

Sumário

Editorial	03
1. Padronização de dieta enteral semiartesanal disponibilizada aos usuários acompanhados pelas equipes de saúde da Atenção Básica Andrea Paes Marega	05
2. Projeto Terapêutico Singular em um município do interior paulista: um estudo de caso Andréa Maria Castilho, Karoline Cristina Giroto, Lilian Aparecida Jacob, João Antonio de Oliveira Palma, Paula Arantes Rodrigues Lima, Renata Chitomi Onishi.....	09
3. A experiência do município de Bragança Paulista como Coordenador de um COAPES Regional (Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino – Saúde) Lisamara Dias de Oliveira Negrini	13
4. Judicialização de Medicamentos e Formação da Comissão de Avaliação Técnica (C.A.T.): análise do impacto na saúde nos últimos seis anos Sérgio Renato Macedo Chicote, Jéssica Cristina Caretta Teixeira, Alcides Antônio Maciel Júnior	17
5. Movimente-se com a Música e a Dança - Ação Produtora de Vidas da Terceira Idade Gisele Prata Real, Cremilde Martins Tavares, Karen Kiss Henke, Maira Heise, Rosângela Mendes Vieira	22
6. Redução da Taxa de Mortalidade Infantil do Município de Guarujá a partir de um esforço intersetorial e da responsabilização de cada ponto da rede de saúde Fernanda Bessa Lafayette Alves, Ana Terezinha Lopes Praça, Maria Angela Segantini Cheida Faria, Jamile Cristina Favero	27
7. Da dimensão terapêutica à forma de resistência: relatos sobre uma oficina de hip hop no CAPS ad Renascer da Fênix Mayara Ap. Bonora Freire, Leonardo Bonadio Silva, Patrícia Cardozo Schmidt, Maria Emília Cortella	31
8. Realização de festa popular com participação de portadores de transtornos mentais crônicos do CAPS de Registro-SP Emília Mitsuko Kimura Noguti, Paula Fernanda Dobravec Rossetti, Roberta Martins Airoldi, Sttefano Juan Bomfim Merfa	36
9. Acupuntura, Automassagem e Auriculoterapia no Município de Mogi das Cruzes: implantação das Práticas Integrativas e Complementares na Rede Básica Municipal Adriano Sergio Granado, Guilherme dos S. de B. Lordelo, Marina Mancini Consolaro, Rebeca R. B. Orechowshi, Patrícia Guterres Oliveira, Marcello Delascio Cusatis	38

10. Projeto Acolhe Mamãe/Bebê Guaçuano	
Ana Paula Cunha, Gisele Peres, Carolina Baruffi, Graziela Lellis, Ana Claudia F. Cezaroni	41
11. Canal Profissional: TV Educativa e Interativa como Instrumento de Formação e Fortalecimento do SUS	
Kellen Reis Henrique, Lucia Langanke de Oliveira, Marcella Jeane Duarte, Nilciany Camargo Holm Cunha, Renato Maia da Silva	45
12. Formação para conselheiros em saúde	
Aline David de Farias, Margareth Denise Mayoral, Maria de Jesus Assis Ribeiro, Merilin Vieira de Oliveira Alencar, Paulo Cristian Silva de Paula, Tânia Regina Toledo	49
13. Compartilhando informações em saúde como instrumento de gestão	
Cláudia Angélica Leme de Almeida	54
14. Educação Permanente: Estratégia de gestão para mudança de modelo de atenção à Saúde e fortalecimento do SUS em município do interior Paulista	
Juliana Pierami de Freitas	57
15. Redescobrimo a fala: intervenção teatral com pacientes afásicos atendidos no Município de São Vicente	
Aline Rodrigues Malachias, Luciana Gushiken	61
16. Curso de Cuidadores Informais	
Raquel Zaicaner, Ana Lúcia Comino Funari	64
17. A redução das internações psiquiátricas no município de Catanduva enquanto produto do processo de reorganização da Rede de Atenção Psicossocial	
Tiago Aparecido da Silva, Ronaldo Carlos Gonçalves Junior	66
18. Construção da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Bárbara d'Oeste	
Aline Zeeberg, Danieli Marinho de Souza, Solange Cristina Camargo de Moreira Couto	72

30 anos de SUS e o Congresso do COSEMS/SP

Chegamos ao nosso Congresso anual na cidade de Rio Claro, fruto de grandes esforços do COSEMS/SP e do Município. Sem dúvida, é um ano particular este 2018. São 30 anos da promulgação de nossa Constituição Cidadã que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), o maior sistema de acesso universal do mundo. Apesar das vicissitudes naturais de um enorme sistema como o nosso, os progressos são evidentes. Não há em nosso país nada semelhante. Áreas sociais e atualmente, a Segurança Pública, enxergam este modelo de organização tripartite e com sentido hierarquizado e descentralizado, a melhor forma de reorganizar suas atividades. Impressionante é a dinâmica do SUS que movimenta constantemente a sociedade e as administrações públicas gerando constantes debates e pactuações.

Outro aspecto fundamental deste nosso Congresso é que estamos em ano eleitoral e isto nos obriga a organizar projetos e propostas para apresentarmos aos futuros governantes como pautas de reivindicações em âmbito estadual e federal. Sabemos que os municípios estão em grande dificuldade na gestão do SUS e esperam maior apoio futuro para continuarem a exercer suas funções de governança, zeladoria e, cada vez melhor, de prestação de serviços. É neste cenário que realizaremos nosso Congresso.

Esta edição da revista BIS traz os estudos, os trabalhos e os relatos das experiências exitosas de nossos municípios. Nossa publicação é a grande oportunidade para que grupos de trabalho e de pesquisa apresentem o que puderam fazer e os projetos em suas áreas de atuação. É a grande

oportunidade para que nossos jovens, comprometidos com os princípios e práticas do SUS, apresentem e perpetuem seus trabalhos e deem visibilidade e publicidade ao que estão fazendo.

É ainda o momento de trocarmos experiências com outros colegas e municípios em áreas de interesse comum, buscando ampliar sua rede de cooperação e intercâmbio de práticas e conhecimentos. São centenas de trabalhos enviados e analisados por comissões de especialistas e a partir destes relatos, os estudos premiados durante nosso evento são apresentados nesta publicação. Estes trabalhos, bem como todos os que participam das mostras, estarão disponíveis em nosso site, como base de dados que auxiliarão futuros estudos ou ações dentro do SUS.

Tenham uma boa leitura e mantenham esta revista como elemento constante de consulta e aperfeiçoamento. Bom Congresso!

Prof. Carmino Antonio de Souza
Presidente do COSEMS/SP

Dra. Luiza Sterman Heimann
Diretora do Instituto de Saúde

Padronização de dieta enteral semiartesanal disponibilizada aos usuários acompanhados pelas equipes de saúde da Atenção Básica

Normalization of handmade enteral diet available to users accompanied by health care teams of Primary Care

Andrea Paes Marega¹

Resumo

No Sistema Único de Saúde (SUS) é pequeno o número de usuários que tem condições financeiras de adquirir Nutrição Enteral (NE), embora o fornecimento de fórmulas nutricionais especiais esteja previsto pelas políticas de saúde pública brasileira, cabendo aos estados da Federação seu fornecimento, assegurando ao usuário o direito ao acesso. Atualmente, há uma diversidade grande de fórmulas industrializadas no mercado, seja a base de módulos ou de dieta nutricionalmente completa, entretanto, tornam-se de alto custo quando administradas por tempo indeterminado ou por longo período. Na tentativa de atender tal demanda, a Secretaria Municipal de São José do Rio Preto realizou um trabalho com o objetivo de elaborar e determinar as características físico-químicas de uma fórmula confeccionada com ingredientes de fácil aquisição e baixo custo, e que possa ser preparada em ambiente doméstico, facilitando a administração da NE e favorecendo o atendimento das necessidades nutricionais dos pacientes da rede submetidos a este tipo de terapia nutricional. Este trabalho foi de grande relevância ao serviço público municipal, pois verificou-se a viabilidade e segurança da oferta da formulação, do ponto de vista físico-químico e de composição nutricional, e levou em consideração o baixo custo financeiro da formulação.

Palavras-chave: Atenção Básica, Nutrição Enteral, Promoção da Saúde.

Abstract

In the Brazilian Health System (SUS), there is a small number of users who can afford Enteral Nutrition (NE), although the provision of special nutritional formulas should be provided by the Brazilian public health policies, assuring the user the right to access. Currently, there is a large diversity of industrialized formulas in the market, whether the basis of modules or nutritionally complete diet, however, become costly when administered indefinitely or for a long period. In an attempt to solve this demand, the Municipal Secretariat of São José do Rio Preto carried out a work with the objective of elaborating and determining the physicochemical characteristics of a formula made with easily purchased and inexpensive ingredients and that can be prepared in facilitating the administration of NE and favoring the nutritional needs of the network patients submitted to this type of nutritional therapy. This work was of great relevance to the municipal public service, as it was verified the viability and safety of the formulation offer from a physical-chemical point of view and nutritional composition, and took into consideration the low financial cost of the formulation.

Keywords: Primary Health Care, Enteral Nutrition, Health Promotion.

¹ Andrea Paes Marega (vigilancianutricional@riopreto.sp.gov.br) é Nutricionista formada pela Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Botucatu-SP, Especialista em Terapia Clínico-Hospitalar pelo Centro Universitário de Rio Preto (UNIRP), Especialista em Alimentação e Nutrição na Atenção Básica pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Gerente de Vigilância Nutricional – Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto-SP.



Introdução

No Sistema Único de Saúde (SUS) é pequeno o número de usuários que tem condições financeiras de adquirir Nutrição Enteral (NE), embora o fornecimento de fórmulas nutricionais especiais esteja previsto pelas políticas de saúde pública brasileira, cabendo aos estados da Federação seu fornecimento, assegurando ao usuário o direito ao acesso.³

Atualmente, há uma diversidade grande de fórmulas industrializadas no mercado, seja a base de módulos ou de dieta nutricionalmente completa², entretanto, tornam-se de alto custo quando administradas por tempo indeterminado ou por longo período.⁴

O custo oneroso ao SUS frente à demanda crescente de pacientes que necessitam de suporte nutricional, tendo em vista o aumento nos últimos anos da utilização de NE, leva o nutricionista à elaboração de fórmulas artesanais (alimentos convencionais) ou semiartesanais (alimentos convencionais complementada com a dieta industrializada), muitas vezes por meio de tentativas empíricas, em face dos poucos estudos publicados a respeito do assunto.²

A dieta semiartesanal se torna uma alternativa adotada para o tratamento de pacientes que depende de sua utilização para

manutenção ou recuperação do seu estado nutricional. Porém, este tipo de preparação pressupõe cuidados gerais de higiene, manipulação e técnica dietética correta.⁵ Outros aspectos precisam ser avaliados antes da prescrição de uma dieta artesanal ou semiartesanal, como por exemplo, a tolerância e as condições clínicas do paciente, bem como a necessidade de dietas especiais com maior/menor quantidade de determinados nutrientes (nefropatias, hepatopatias, entre outros).⁶

Na tentativa de atender tal demanda, a Secretaria Municipal de São José do Rio Preto realizou um trabalho com o objetivo de elaborar e determinar as características físico-químicas de uma fórmula confeccionada com ingredientes de fácil aquisição e baixo custo, e que possa ser preparada em ambiente doméstico, facilitando a administração da NE e favorecendo o atendimento das necessidades nutricionais dos pacientes da rede submetidos a este tipo de terapia nutricional.

Metodologia

No segundo semestre de 2013, profissionais da Rede Municipal de Saúde de São José do Rio Preto iniciaram os testes de dietas artesanais

e semiartesanais encontradas na literatura. Os testes levavam em consideração: quantidade de resíduo na peneira, gotejamento no equipo e qualidade nutricional. Após inúmeras tentativas e adaptações, desenvolveram uma fórmula semiartesanal com amido de milho, batata inglesa farinha de trigo, açúcar refinado, carne bovina, leite semidesnatado, óleo de soja refinado e fórmula industrializada normocalórica, normoproteica em pó. A dieta desenvolvida se mostrou ser normocalórica (1,24 kcal/ml), de fácil escoamento pelo equipo, de boa qualidade nutricional e com um custo médio 157% inferior ao da fórmula industrializada.

A análise da composição centesimal foi realizada no início de 2014 pelo Instituto Adolfo Lutz de São José do Rio Preto, que auxiliou no desenvolvimento do trabalho. A análise da fluidez e do pH do formulado foram realizadas no laboratório de técnica e dietética do Centro Universitário de São José do Rio Preto.

Resultados

A fórmula elaborada e padronizada na Rede caracterizou-se como normocalórica (1,12 kcal/g), com 1.512 calorias totais, com distribuição do valor calórico total para macronutrientes: 57,4% de carboidratos, 16,2% de proteína e 26,4% de lipídios. Em relação ao teor de proteína, apresentou um valor superior (4,54 g/100g) ao apresentado quando avaliaram fórmulas enterais artesanais a base de hidrolisado proteico de carne, que variou de 2,09 a 2,52g/100g (Atzingen et al, 2007) 1. O pH, com um valor de 6,37, apresentou-se como não interferente na motilidade gástrica e nem relacionado com complicações decorrentes, como a obstrução de sonda. O teor de cinzas, que representam os elementos minerais, resultou em 0,73g/100g de resíduo mineral; superiores,

cujos valores foram de 0,27 e 0,38g/100g para dois tipos de formulados (Menegassi et al, 2007)⁴.

Para análise do custo da dieta, foi realizada pesquisa de mercado no mês de janeiro/14 em estabelecimentos comerciais no município de São José do Rio Preto-SP, e de Instituições de Pesquisas, como o Instituto de Economia Agrícola – IEA (2013), a fim de se obter o valor do formulado elaborado, para posterior comparação aos produtos industrializados similares. Após levantamento das informações, foram estabelecidos valores médios para cada alimento e realizado cálculo do custo aparente da formulação para 250 ml do produto, resultando em R\$ 1,73. Esse valor não leva em conta o custo indireto como gás, energia elétrica e mão de obra.

Para avaliar a aplicabilidade da dieta, outro estudo desenvolvido na Rede foi realizado. Nele foi realizada a avaliação dos pacientes que utilizaram a dieta semiartesanal desenvolvida no ano de 2014, após três meses de acompanhamento. Concluiu-se que 70% de homens e 80% de mulheres apresentaram ganho de peso e houve aumento de circunferências e pregas cutâneas, que são indicadores de reserva calórica e proteica, refletindo em um prognóstico positivo para os pacientes.

Em relação aos custos ao município, ao comparar o segundo semestre de 2013 com o primeiro semestre de 2014, mesmo com um aumento de 15% de beneficiários no programa de dieta, verificou-se uma redução de 35% do consumo de latas de dieta industrializada.

Conclusão

Elaborou-se uma fórmula dietética semiartesanal nutricionalmente equilibrada, com valor energético total e distribuição de macronutrientes

bem definidos, que atendeu aos critérios previamente estabelecidos, de fácil utilização no domicílio, a um custo acessível à realidade socioeconômica.

Este trabalho foi de grande relevância ao serviço público municipal, pois verificou-se a viabilidade e segurança da oferta da formulação, do ponto de vista físico-químico e de composição nutricional, e levou em consideração o baixo custo financeiro da formulação.

A iniciativa otimizou custos aos SUS e ampliou a oferta, assistindo maior número de pacientes em NE que necessitavam de suporte nutricional para manutenção ou recuperação do estado nutricional.

O trabalho também contribuiu com informações importantes sobre um assunto no qual os artigos científicos são ainda muito escassos na literatura, podendo servir de modelo para outros municípios que também vivenciam a problemática da demanda crescente de pacientes que necessitam do suporte nutricional num Sistema de Saúde com poucos recursos para aquisição destes insumos.

Considerações Finais

Ressaltam-se a importância de verificar as condições de higiene do domicílio e o grau de compreensão do cuidador antes da prescrição da dieta semiartesanal. É essencial a avaliação realizada equipe multiprofissional para adaptações na dieta e acompanhamento do estado nutricional/clínico do paciente em uso de NE.

Referências

1. Atzingen MCV. et al. Composição centesimal e teor de minerais de dietas enterais artesanais. Rev. Bras. Tecnol. Agroind., 2007; 1(2): 37-47.
2. Baxter YC, Waitzberg DL, Pinotti HW, Cecconelo I. Fórmulas enterais poliméricas e especializadas. In: Waitzberg, DL. Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica. 4. ed. São Paulo: Atheneu; 2009. p.859-880.
3. Fink JS. Criação e implantação de um centro de referência em fórmulas nutricionais especiais no Rio Grande do Sul: avaliação do impacto sobre o atendimento aos usuários e custos do Estado. Dissertação [Mestrado em Ciências Médicas] Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
4. Menegassi B, Santana LS, Coelho JC, Martins AO, Pinto JPAN, Costa TMB, et al. Características físico químicas e qualidade nutricional de dietas enterais não industrializadas. Alimentos e Nutrição. 2007; 18(2):127-132.
5. Riboldi GP, Frazzon J, d'Azevedo PA, Frazzon APG. Antimicrobial resistance profile of Enterococcus spp isolated from food in Southern Brazil. Braz. J. Microbiol. 2009 Mar 40 (1): 125-128.
6. Santos VFN, Bottoni A, Morais T B. Qualidade nutricional e microbiológica de dietas enterais artesanais padronizadas preparadas nas residências de pacientes em terapia nutricional domiciliar. Rev. Nutr. 2013 Abr; 26(2): 205-214.

Projeto Terapêutico Singular em um município do interior paulista: um estudo de caso

Andréa Maria Castilho^I, Karoline Cristina Giroto^{II}, Lilian Aparecida Jacob^{III}, João Antonio de Oliveira Palma^{IV},
Paula Arantes Rodrigues Lima^V, Renata Chitomi Onishi^{VI}.

Resumo

Este trabalho tem como objetivo apresentar o estudo de caso de uma das participantes do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do município de Brejo Alegre, desenvolvido no ano de 2015. O relato de caso foi baseado nas etapas de construção do PTS implantado no município. 1ª Etapa: realização de diagnóstico e análise da usuária, levando à conclusão a respeito dos riscos, vulnerabilidades e potencialidades da mesma. Na 2ª etapa foram definidas as ações e metas. Na 3ª etapa foi realizado o acompanhamento e reavaliação do caso. Resultados: os maiores benefícios alcançados com a participação no PTS foram as melhoras obtidas no quadro físico (independência funcional), emocional e social, além da inovação de uma equipe interdisciplinar discutir o caso. Os resultados da usuária apresentados demonstram a importância da prática do PTS para a equipe de Atenção Básica do município de Brejo Alegre, fazendo com que o uso deste instrumento se torne parte da rotina desta equipe.

Palavras-chave: projeto terapêutico singular, atenção básica, equipe interdisciplinar.

Abstract

This work aims to present the case study of one of the participants of the project Unique Therapeutic (PTS) of the municipality of Brejo Alegre, developed in the year 2015. The case report was based on the stages of construction of the PTS deployed in the city. 1st step: realization of diagnostics and user analysis, leading to the conclusion about the risks, vulnerabilities and potential. In step 2 were defined the actions and goals. The third step was performed the monitoring and reassessment of the case. Results: the greatest benefits achieved with the participation in PTS were the improvements obtained physical (functional independence), emotional and social, in addition to the innovation of an interdisciplinary team to discuss the case. The results of user presented demonstrate the importance of the practice of the PTS for basic care of the municipality of Brejo Alegre, making the use of this instrument becomes part of the routine of this team.

Keywords: therapeutic singular project, basic attention, interdisciplinary team.

^I Andréa Maria Castilho (andreamariacastilho@gmail.com), é fisioterapeuta da UBSF de Brejo Alegre, graduada pela Universidade Estadual de Londrina e especialista em Fisioterapia do Trabalho e Ergonomia pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

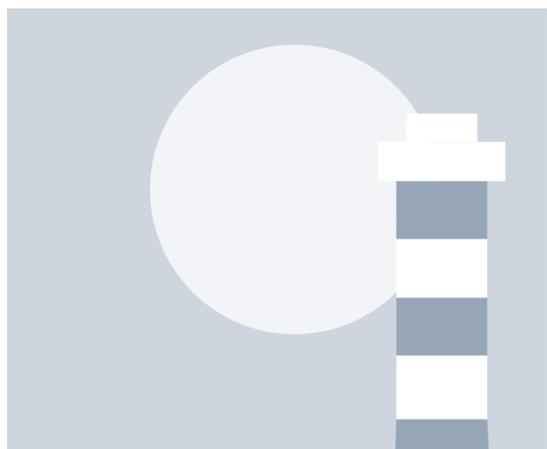
^{II} Karoline Cristina Giroto (karol_giroto@hotmail.com), é enfermeira da ESF de Brejo Alegre, graduada pela Unisaiesiano de Araçatuba.

^{III} Lilian Aparecida Jacob (ed-fisico-lilian2@outlook.com), é educadora física da Academia da Saúde de Brejo Alegre, licenciada em educação física pela Unioledo de Araçatuba.

^{IV} João Antonio de Oliveira Palma (joliveira.farma@uol.com.br), é farmacêutico da UBSF de Brejo Alegre, graduado pela UNIP e especialista em Análises Clínicas pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto e Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica pelo Centro Universitário de Rio Preto.

^V Paula Arantes Rodrigues Lima (paula.arantes@hotmail.com), é psicóloga da UBSF de Brejo Alegre, graduada pela Universidade Estadual de Maringá e especialista em Saúde Pública e Saúde da Família pela Unisaiesiano de Araçatuba.

^{VI} Renata Chitomi Onishi (drrconishi@gmail.com), é médica da ESF de Brejo Alegre, graduada e especialista em Estratégia de Saúde da Família e Medicina do Trabalho pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.



Introdução e Justificativa

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. Geralmente, é dedicado a situações mais complexas. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações.¹

Tendo-se em vista a importância de uso de novos instrumentos para aumentar a resolutividade de casos que até então não foram solucionados pelos métodos tradicionais da Atenção Básica e a importância da equipe interdisciplinar na prática do cuidado em saúde, a implantação da prática do PTS se fez necessária no município de Brejo Alegre.

Objetivo

Este trabalho tem como objetivo apresentar o estudo de caso de uma das 15 participantes do 1º grupo de PTS do município de Brejo Alegre, desenvolvido no período de março a dezembro de 2015.

Metodologia

O relato de caso será baseado nas etapas de construção do PTS implantado no município. Cada caso ficou sob a responsabilidade de uma equipe gestora, com a função de acompanhar e articular ações.

Na primeira etapa foi realizado o diagnóstico e análise do caso, possibilitando a conclusão a respeito dos riscos, vulnerabilidades e potencialidades da usuária:

– Identificação da usuária: J.C.P.S., 34 anos, sexo feminino, casada, dois filhos, bom relacionamento familiar, apresentando como doença de base, esclerose múltipla, além das seguintes comorbidades: diabetes mellitus tipo 1, gonartrose e derrame articular em joelho E. Realizado exame físico da paciente por fisioterapeuta, que está descrito no quadro comparativo reavaliação.

– Fatores de risco e vulnerabilidade: risco menor no escore da escala de Coelho.

– Construção do Genograma e Ecomapa. Na análise do Genograma foi observado um relacionamento familiar harmonioso. Já no Ecomapa destacamos dificuldade de relacionamento social devido ao temor do preconceito decorrente das sequelas de sua doença base.

– Lista de problemas identificados pela equipe e usuária: alimentação incorreta; incapacidade

para atividade física; baixa autoestima; medo do preconceito; limitações impostas pela doença principal: deambulação e outras AVD prejudicadas.

Após a análise da etapa anterior, na segunda etapa, foram definidas pela equipe do PTS, as ações e metas para o caso, as quais foram negociadas com a usuária em questão e seus familiares. As seguintes ações foram traçadas: avaliação e acompanhamento com psicóloga e nutricionista da UBSF; médica ESF realizou os encaminhamentos para serviços de referência; fisioterapeuta da UBSF ficou responsável pela manutenção do acompanhamento fisioterapêutico (iniciado em 17/11/2014), pelos contatos necessários com serviços de referência para tratamento interdisciplinar e confecção de órteses e pelo encaminhamento para atividade física quando

liberado pelos médicos especialistas (neurologista e ortopedista que acompanham o caso).

Na terceira etapa foi realizado o acompanhamento e reavaliação do caso. Composta pelas seguintes ações: avaliação inicial da equipe gestora foi realizada em 30/03/2015 e reavaliação final em 8/12/2015; reuniões de equipe foram realizadas mensalmente, com discussão do caso baseada nas reavaliações tanto da equipe gestora quanto dos profissionais que estavam diretamente envolvidos com as ações; além de redefinição de condutas (quando necessário), sempre discutidas com a usuária.

Resultados

O exame físico inicial e final demonstrou os dados discriminados no quadro 1.

Quadro 1: Exame físico da usuária.

	30/03/2015	27/11/2015
ADMs	Flexão de joelho E: 80°, D: 130°	Flexão de joelho E: 110°, D: 130°
	Flexão de quadril E: 40°, D: 90°	Flexão de quadril E: 90°, D: 90°
	Dorsi E: 10° em planti, D: 10°	Dorsi E: 5° em planti, D: 15°
Tônus	Hipertonia em MIE	Hipertonia leve em MIE
Trofismo	Hipotrofia em MIE	Hipotrofia em MIE
FM	Grau 1 para dorsi E	Grau 1 para dorsi E
	Grau 2 para planti E	Grau 3 para planti E
	Grau 3 para fl/add/abd quadril e fl/ext joelho E	Grau 3+ para fl/add/abd quadril e fl/ext joelho E
Sensibilidade (superficial-tátil)	Anestesia em dorso mão E, coxa e dorso pé E; demais regiões hemicorpo E com hipoestesia.	Hemicorpo E com hipoestesia
Motricidade involuntária	Espasmos musculares frequentes	Ausente
Atividades funcionais	Semidependente para DD→DL→sentada→em pé	Independente para DD→DL→sentada→em pé
Marcha	Semidependente (apoio de cuidador)	Deambula independentemente com órtese (tutor + bengala)
Equilíbrio	Regular (necessita apoio em ortostatismo)	Permanece sem apoio em ortostatismo

Seguem as sínteses dos resultados dos acompanhamentos dos profissionais no quadro 2.

Quadro 2: Síntese dos acompanhamentos.

Profissional	Resultados
Psicóloga	• Adesão total à ação com acompanhamento quinzenal, com melhora da autoestima e aceitação da doença.
Nutricionista	• Acompanhamento nutricional realizado por meio de avaliação nutricional, confecção de plano alimentar e reavaliações mensais; • Aderiu às orientações e plano alimentar recebidos; • Glicemia controlada.
Fisioterapeuta	• Acompanhamento três vezes por na semana, com assiduidade às sessões; • Treinamento e orientação para realização diária de exercícios domiciliares; • Melhora na reavaliação física, com destaque para independência funcional; • Contato mensal com neurologista e ortopedista para discussão do caso.
Atividade Física	• Em agosto de 2015, iniciou hidroterapia individual, após discussão do caso com neurologista e ortopedista, tendo evoluído em outubro para grupal com assistência da fisioterapeuta ou barra; • Nesta mesma época, iniciou bicicleta estacionária e musculação de baixa intensidade (baixos pesos e poucas repetições); • Realiza Pilates 2 vezes por na semana.
Serviços de Referência	• Encaminhada à Rede Lucy Montoro para tratamento interdisciplinar e confecção de órteses. Iniciou uso de órtese (tutor + bengala) em julho de 2015.

Considerações finais

Segundo relatos da usuária e análise dos resultados, os maiores benefícios alcançados com a participação no PTS foram as melhoras obtidas no seu quadro físico (independência funcional), emocional e social, além da inovação de uma equipe interdisciplinar discutir o seu caso. Isso demonstra a importância da prática do PTS para a equipe de Atenção Básica do município de Brejo Alegre, fazendo com que o uso deste instrumento se torne parte da rotina desta equipe e facilitador da obtenção da integralidade dos usuários.

Colaboraram na execução deste trabalho: Adriana Cabral Avanço, Andreia Aparecida Nascimento da Cruz, Cidinéia Francisca de Souza Geminiano, Elaine Marcos dos Santos, Eliane

Aparecida do Nascimento Hashimoto, Germina Ribeiro Grigoletto, Gislene Pereira Jacob, Monaliza Caldeira Jacob, Elimara Ipólito dos Santos, Elita Gaziele Gonçalves, Fernanda Paula da Silva, Miriam Padre do Nascimento, Norma Bonilha Grigoletto, Emerson Abel Roseiro Pereira, Fernanda Carolina Benício dos Santos, Maristela Paula Amoroso, Lúcia Regina Cardoso de Sá.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2007

A experiência do município de Bragança Paulista como Coordenador de um COAPES Regional (Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino – Saúde)

The experience of the municipality of Bragança Paulista as Coordinator of a COAPES Regional (Organizing Contract of Public Action Teaching – Health)

Lisamara Dias de Oliveira Negrini¹

Resumo

O COAPES compreende uma ação conjunta dos Ministérios da Saúde e Educação para o fortalecimento das ações de integração ensino-serviço-comunidade. Este trabalho objetiva apresentar a experiência do município de Bragança Paulista como Coordenador de um COAPES Regional, composto por cinco municípios e cinco instituições de ensino, a partir da descrição de sua construção articulada, resultados preliminares e desafios para a sua consolidação. Para a sua estruturação se buscou a construção democrática, visando transparência e atendimento das demandas apresentadas. Dentre os resultados preliminares pode-se destacar: a formulação de projetos singulares, a organização da rede de serviços e a estruturação de processos formativos estruturados. A construção da Rede Escola no SUS e para o SUS busca impulsionar a integração ensino-serviço-comunidade nos territórios, seja no âmbito da formação técnica, da graduação, dos programas de residência e de pós-graduação em saúde.

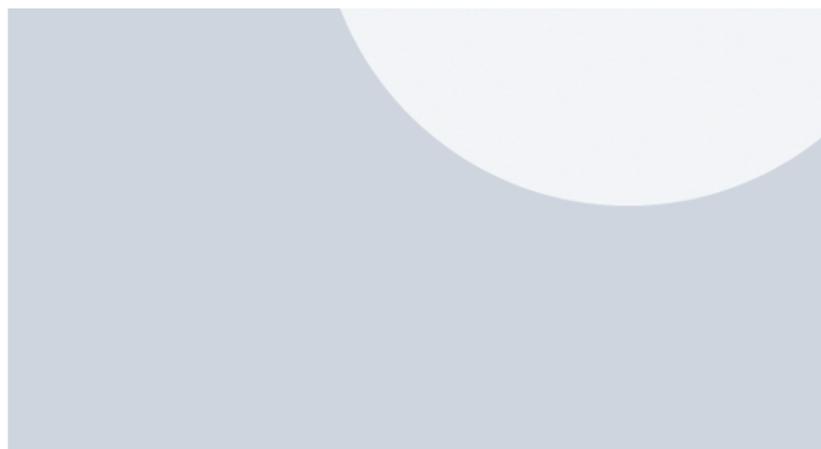
Palavras-chave: Educação em Saúde, Redes, Recursos Humanos.

Abstract

COAPES comprises a joint action of the Ministries of Health and Education to strengthen the actions of teaching-service-community integration. This work aims to present the experience of the municipality of Bragança Paulista as Coordinator of a Regional COAPES, composed of 05 municipalities and 05 educational institutions, from the description of its articulated construction, preliminary results and challenges for its consolidation. For its structuring was sought the democratic construction, aiming at transparency and meeting the demands presented. Among the preliminary results we can highlight: the formulation of unique projects, the organization of the service network and the structuring of structured training processes. The construction of the School Network in the SUS and for the SUS seeks to boost the teaching-service-community integration in the territories, whether in the technical training, undergraduate, residential and postgraduate programs in health.

Keywords: Health Education, Network, Human Resources.

¹ Lisamara Dias de Oliveira Negrini (lisamaraol_iveira@yahoo.com.br) é Enfermeira, especialista em Gestão e Auditoria em Saúde, coordenadora do Núcleo de Educação Permanente SUS na Secretaria Municipal de Saúde de Bragança Paulista-SP e professora convidada na Universidade São Francisco.



Introdução e Justificativa

Segundo documentos do Ministério da Saúde² o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) compreende uma ação conjunta dos Ministérios da Saúde e Educação para o fortalecimento das ações de integração ensino-serviço-comunidade e a efetivação dos compromissos da educação com a melhoria dos indicadores de saúde e qualificação dos trabalhadores.

Nesta perspectiva, é reconhecido que a prática entre serviço e ensino seja de grande importância para a consolidação do SUS, uma vez que o conhecimento construído a partir das vivências experimentadas em um cenário de aprendizagem, pode se difundir por intermédio dos sujeitos que por ali passam, impulsionando a melhoria da assistência, da gestão e da formação em saúde, fortalecendo assim políticas públicas de saúde e educação, com vistas à satisfação do usuário¹.

Com o intuito de reordenar a lógica de integração ensino-serviço-comunidade no município de Bragança Paulista e Região de Saúde de Bragança, sua Secretaria Municipal de Saúde iniciou em 2016, as discussões acerca de se aperfeiçoarem as relações entre rede de serviços e

instituições formadoras, admitindo a necessidade da formação de uma rede escola, onde se potencialize a formação dos futuros trabalhadores do SUS, além da qualificação dos trabalhadores de saúde que compõem o SUS local.

Tal iniciativa teve como resultado a assinatura do COAPES Regional, com a participação de cinco municípios da região de Bragança, dentre eles: Atibaia, Bragança Paulista, Pedra Bela, Piracaia e Socorro, além de cinco instituições de ensino, sendo duas de nível técnico e três de nível superior.

Metodologia

As discussões iniciais acerca do COAPES incidiram em 2015. Com o entendimento de sua essência, estrutura e objetivos, a proposta de contratualização regional foi levada aos municípios e instituições de ensino da Região de Bragança, a partir da realização de três Seminários Regionais, estruturados de modo a apresentar o COAPES como proposta para a integração ensino-serviço-comunidade, articular a participação regional e finalmente, elaborar o contrato com base nas necessidades regionais. Participaram destes Seminários, trabalhadores e gestores de saúde, representantes dos conselhos municipais

de saúde, docentes e administração das instituições de ensino, além de representantes do DRS-VII – Campinas, por intermédio do CDQ – SUS, Apoiadores Regionais do Programa Mais Médicos para o Brasil e COSEMS-SP.

Para a estruturação do COAPES – Contrato, Plano de Contrapartida e Regulamento, o Comitê Gestor buscou a construção democrática, visando transparência e atendimento das demandas apresentadas, tomando como base, a legislação vigente.

Além das atividades inerentes a integração ensino-serviço-comunidade, Bragança Paulista teve o papel de organizar e articular o processo de contratualização, de informar à Comissão Executiva Nacional do COAPES sobre o início e o andamento dos processos de contratualização, além de monitorar e apoiar o uso do SISCOAPES, na organização das informações do território e das instituições de ensino, ampliando a transparência e instrumentalizando a participação do controle social.

Resultados

Embora se trate de um projeto jovem, diversos resultados favoráveis puderam ser observados no município de Bragança Paulista após a contratualização do COAPES, sendo eles:

1. Formulação de projetos singulares, com a definição de responsabilidades e garantia de continuidade, por meio da estruturação de equipes híbridas e contrapartidas específicas;
2. Organização da rede de serviços, com a reestruturação das relações, de modo que o cenário de prática promova a integração das equipes e o aprendizado mútuo, visando a melhor qualidade dos processos de formação em saúde e da assistência ofertada ao usuário SUS;
3. Estruturação de processos formativos estruturados, com a oferta de 15 bolsas de

estudo integrais para o ano 2017, sendo: 01 de nível técnico e 14 de nível superior (07 de graduação e 07 de pós-graduação), além da realização de mais de 10 oficinas de aprimoramento profissional, atingindo mais de 200 servidores municipais.

Conclusões

A construção da Rede Escola no SUS e para o SUS busca impulsionar a integração ensino-serviço-comunidade nos territórios. Para isso, o COAPES deverá ser construído de modo a garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde como cenário de prática para a formação em saúde, seja no âmbito da formação técnica, da graduação, dos programas de residência e de pós-graduação em saúde.

Apesar das potencialidades ora demonstradas, inúmeros são os desafios acerca da consolidação do COAPES para a estruturação da integração ensino-serviço-comunidade, são eles:

- Deficiências da Rede SUS, tais como: alta rotatividade dos profissionais e gestores de saúde, infraestrutura incompatível com as necessidades, falta de sistematização do processo de trabalho e de articulação intersetorial;
- Descompasso entre o conteúdo dos currículos universitários e as demandas dos serviços, além da pouca disponibilidade do corpo docente no planejamento/acompanhamento das atividades de ensino e na definição de indicadores de avaliação.

Deste modo, torna-se fundamental que experiências como a do município de Bragança Paulista, seja compartilhada, uma vez que ecoam resultados práticos positivos das potencialidades da integração ensino-serviço-comunidade, como

ferramenta para a consolidação do SUS, a partir da reestruturação da formação em saúde, da qualificação profissional e do fortalecimento da rede de serviços e indicadores de saúde.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
2. Fundação Oswaldo Cruz. Laboratório de Informações em Saúde. Instituto de Comunicação e Informação em Ciência e tecnologia. Avaliação de desempenho do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
3. Moimaz SAS, Saliba NA, Zina LG, Saliba O, Garbin CAS. Práticas de ensino-aprendizagem com base em cenários reais. *Comunic Saude Educ* 2010 jan-mar 14 (32):69-79. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100006&lng=pt&tlng=pt. 10.1590/S1414-32832010000100006 [acesso em 11 fev/2015].

Judicialização de Medicamentos e Formação da Comissão de Avaliação Técnica (C.A.T.): análise do impacto na saúde nos últimos seis anos

Judicialisation of Medicines and Training of the Technical Evaluation Committee (C.A.T.): analysis of the impact on health in the last six years

Sérgio Renato Macedo Chicote^I, Jéssica Cristina Caretta Teixeira^{II}, Alcides Antônio Maciel Júnior^{III}

Resumo

A Judicialização da saúde pública nos dias atuais vem gerando inúmeros problemas para os gestores, acarretando na desestruturação do planejamento dos serviços de saúde. Neste trabalho foram utilizados dados referentes à judicialização de medicamentos durante o período de janeiro 2011 a dezembro de 2016 em Ituverava/SP com população estimada pelo IBGE de 41.414 habitantes. O objetivo deste foi de analisar o impacto da judicialização de medicamentos na saúde do município e como a Comissão de Avaliação Técnica (C.A.T.), constituída por uma equipe multiprofissional auxiliou na redução de gastos. Foram 404 judicializações; em 2011 foram 41 ações e gastos R\$ 52.641,03/ anuais; em 2012 foram 67 ações e gastos R\$ 126.249,03/ anuais; em 2013 foram 98 e gastos R\$ 257.530,22/ anuais; em 2014 foram 89 e gastos R\$ 648.098,76/ anuais; em 2015 foram 109 e gastos R\$ 922.028,80/ anuais; em 2016 foram 128 e gastos R\$ 684.900,60/ anuais. Conclui-se que com a C.A.T. foi possível diminuir os gastos por meio de uma análise mais detalhada das judicializações, não deixando de atender a população, norteando-se pelos princípios do SUS para esse atendimento.

Palavras-chave: Judicialização. Impacto. Redução.

Abstract

The Judicialization of public health in the present day has generated innumerable problems for the managers, causing in the destructuring of the planning of the health services. In this study, data regarding the legalisation of drugs were used during the period from January 2011 to December 2016 in Ituverava/SP, with a population estimated by the IBGE of 41,414 in habitants. The purpose of this study was to analyze the impact of the judicialization of medicines on the health of the municipality and how the Technical Evaluation Committee (C.A.T.), made up of a multiprofessional team, helped to reduce expenses. There were 404 judicialisations; in 2011 there were 41 shares and expenses R\$ 52,641.03/year; in 2012 there were 67 shares and expenses of R\$ 126,249.03/year; in 2013 they were 98 and spent R\$ 257,530.22/year; in 2014 were 89 and spent R\$ 648,098.76/year; in 2015 they were 109 and spent R\$ 922,028.80/year; in 2016 were 128 and spent R\$ 684,900.60/year. It is concluded that with C.A.T. it was possible to reduce expenditures through a more detailed analysis of the judicialization, not neglecting to attend to the population, being guided by the SUS principles for this service.

Keywords: Judiciary. Impact. Reduction.

^I Sérgio Renato Macedo Chicote (sergiochicote@yahoo.com.br) é Biomédico, Mestre em Ciências Médicas com ênfase em Patologia Experimental, Gestor em Saúde Pública na Secretaria Municipal da Saúde de Ituverava-SP.

^{II} Jéssica Cristina Caretta Teixeira (jessica1_cristina@hotmail.com) é Bióloga, Especialista em Gestão em Saúde, Graduada em Enfermagem, Pós-graduada em Vigilância em Saúde Ambiental e Profissional de Informação Educação e Comunicação na Secretaria Municipal da Saúde de Ituverava-SP.

^{III} Alcides Antônio Maciel Júnior (saudeituverava@gmail.com) é Médico Cirurgião Geral, Especialista em Cirurgia Geral, Especialista em Gineco-Obstetrícia e Secretário Municipal da Saúde de Ituverava-SP.



Introdução

Atualmente, um dos maiores desafios para os gestores em saúde é o crescente número de judicializações referente a produtos, tratamentos e procedimentos de saúde, que na grande maioria não são disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que demanda planejamento sobre a gestão do orçamento da saúde em relação aos serviços prestados¹.

A judicialização em saúde apresenta múltiplas faces e tem sido intensamente debatido no Supremo Tribunal Federal (STF), fato ao qual envolve o Estado para sua aquisição, devido à necessidade de uma resposta rápida para o início do tratamento⁶. E está cercada por fatores políticos, sociais, éticos, jurídicos e sanitários que necessitam de uma visão multidisciplinar⁵.

A política de assistência farmacêutica de fornecimento de medicamentos segue o princípio da universalidade. A lei que rege sobre o direito à saúde e políticas do SUS não são direcionadas a uma classe social específica ou com limites de recurso financeiros para compra de medicamentos, embora há certos medicamentos que não são ofertados pelo SUS nas unidades de saúde³.

Os gastos com aquisição de medicamentos exercem grande impacto na Assistência Farmacêutica (AF), devido ao grande número de ações

movidas pelos usuários do SUS para sua aquisição, por meio do Direito Constitucional. Por intermédio do judiciário, medicamentos que não são fornecidos pelo SUS ou descritos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (medicamentos de alto custo) são introduzidos pelas diretrizes para o tratamento e, conseqüentemente acarreta em falhas no abastecimento de medicamentos da AF⁴.

Decisões judiciais baseadas em prescrições médicas com nomes comerciais ou que não estejam listados pelo SUS, ou seja, que estão fora Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUNE) e na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), os quais não se tem comprovação científica, geram em custos altos para a saúde e nem sempre garantem eficiência no tratamento. Deve-se analisar a possibilidade da utilização de medicamentos fornecidos pelos SUS, com custos baixos e que sejam capazes de se estabelecer a cura do paciente, garantindo acesso, qualidade e segurança do tratamento, dentro dos limites dos recursos públicos².

O aumento do número de ações acarreta em transtornos para o setor público de finanças do Estado, que acaba sendo ineficiente, pois perde seu poder de compra. A distribuição de medicamentos de forma inconseqüente privilegia

pacientes com mais recursos financeiros para custear advogados e acesso à informação, gerando prejuízos em relação aos que têm maior necessidade⁷.

Objetivo

O objetivo do presente trabalho foi analisar o impacto da judicialização de medicamentos na saúde no município de Ituverava-SP e o papel desempenhado pela Comissão de Avaliação Técnica (C.A.T.) na redução de gastos.

Metodologia

A partir de 2011, a Secretaria Municipal da Saúde iniciou o levantamento do número de judicializações de medicamentos, gastos financeiro e identificação dos medicamentos de menor e maior custo. Em 2016, com análise do aumento de ações e valores gastos anualmente de forma exacerbada, foi criada Comissão de Avaliação Técnica (C.A.T.), formada por uma equipe técnica de enfermeiras, médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, assistente social, nutricionista, gestor

em saúde, com reuniões semanais, com o objetivo de diminuir os gastos financeiros, pensando no coletivo e ao mesmo tempo atender a população, dando acesso a rede pública de saúde. Inicialmente, foi apresentado para os juizes da comarca um dossiê do município com toda sua rede, estruturada em unidades básicas, de média e alta complexidade, demonstrou-se os indicadores de saúde, diminuição de internações, Acidente Vascular Cerebral, Infartos do miocárdio entre outras. O intuito maior na criação da C.A.T. foi de dar suporte ao Judiciário, sendo um respaldo técnico em saúde, sendo essa comissão avaliadora de forma mais detalhada juntamente com a sua equipe a real necessidade do fornecimento desses medicamentos para o usuário esgotando-se todos os meios de tratamentos existentes pelo SUS.

Resultados

A tabela 1 apresenta o número de ações atendidas e as despesas durante o período de 2011 a 2016.

Tabela 1. Quantidade de ações atendidas durante o ano e despesas.

Ano	Quantidades de ações atendidas	Despesas
2011	41	R\$ 52.641,03
2012	67	R\$ 126.249,03
2013	98	R\$ 257.530,22
2014	89	R\$ 648.098,76
2015	109	R\$ 922.028,80
2016	128	R\$ 684.900,27

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Ituverava, 2017.

A tabela 2 apresenta os medicamentos de menor custo por unidade e despesas.

Tabela 2. Medicamentos de menor custo por unidade e valor total gasto.

Ano	Medicamento de menor custo por unidade	Despesas
2011	Amitriptilina 25 mg	R\$ 1,30
2012	Losartana 50 mg	R\$ 0,03
2013	Ácido Acetilsalicílico 100 mg	R\$ 0,009
2014	Ácido Acetilsalicílico 100 mg	R\$ 0,012
2015	Ácido Acetilsalicílico 100 mg	R\$ 0,017
2016	Ácido Acetilsalicílico 100 mg	R\$ 0,017

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Ituverava, 2017.

A tabela 3 apresenta os medicamentos de maior custo por unidade e despesas.

Tabela 3. Medicamentos de maior custo por unidade e despesas.

Ano	Medicamento de maior custo por unidade	Despesas
2011	Lucentis 10 mg/ml – ampola	R\$ 2.261,49
2012	Lucentis 10 mg/ml – ampola	R\$ 2.261,49
2013	Teriparatida 250 mcg/ml – caneta (Fortéo)	R\$ 2.710,00
2014	MabThera 500 mg/frasco 50 ml (Rituximabe)	R\$ 4.182,54
2015	Brentuximabevedontina 50 mg	R\$ 11.284,26
2016	Afinitor	R\$ 9.663,60

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Ituverava, 2017.

Considerações Finais

O crescimento exacerbado da judicialização em saúde referente a medicamentos e insumos deste município, sendo uma das premissas do SUS está no atendimento coletivo, e com esse crescimento da judicialização, percebemos o comprometimento deste atendimento, assim, há uma necessidade de entender melhor esse processo por meio de dados obtidos pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Ituverava, podendo ser mudado paradigmas para que haja atendimento de qualidade, para mais usuários e com aplicação correta dos recursos, assim foi feito, pela criação da C.A.T., comissão que com sua equipe

multiprofissional, pode avaliar todas as ações, e requerimentos administrativos que são inseridos na SMS de Ituverava. Podemos observar uma diminuição nos gastos em 2016 (R\$ 684.900,27) em relação a 2015 (R\$ 922.028,80), cerca de 26%, mesmo com um aumento do número de ações em 2016 (128), maior que em 2015 (109), chegando a 19% a mais do que em 2015. Portanto, esperamos com a criação da C.A.T. poder contribuir com uma melhor distribuição dos medicamentos e insumos, atingir a coletividade e sem injustiças, podendo atender à população dentro dos princípios que norteiam o SUS.

Referências

1. Chieffi AL, et al. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. Rev de Saúde Pública. 2010; 44 (3), 422.
2. Gontijo GD. A judicialização do direito à saúde. Rev Médica de Minas Gerais. 2010; 20 (4), 610.
3. Medeiros M, et al. A tese da judicialização da saúde pelas elites: os medicamentos para mucopolissacaridose. Ciência & Saúde Coletiva. 2013; 18 (4), 1890.
4. Neto OHC, et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. Rev de Saúde Pública. 2012; 46 (5), 785.
5. Pandolfo M, et al. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. Rev de Salud Pública. 2012; 14 (2), 342.
6. Pepe VLF, et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15 (5), 2406.
7. Vieira FS. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. Rev de Saúde Pública. 2008; 42 (2) 368.

Movimente-se com a Música e a Dança – Ação Produtora de Vidas da Terceira Idade

Movement with Music and Dance - Life-Proving Action of the Third age

Gisele Prata Real^I, Cremilde Martins Tavares^{II}, Karen Kiss Henke^{III}, Maira Heise^{IV},
Rosangela Mendes Vieira^V.

Resumo

O aumento do número de idosos no mundo, no Brasil e em Santos é uma realidade a ser enfrentada pelos gestores de saúde. Como estratégia inovadora de enfrentamento do processo de envelhecimento ativo, seguindo a linha de cuidado integral e respeitando a singularidade de cada indivíduo, nasceu o Programa Movimente-se com a Música e com a Dança (PMMD), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O objetivo deste artigo é descrever o PMMD e sua expansão no SUS do município de Santos-SP na perspectiva da integralidade do cuidado. Estudo realizado com as idosas do grupo inicial sugeriu que as ações realizadas foram efetivas em diminuir a condição depressiva após um longo prazo de participação. Apostou-se no profissional de referência em cada Unidade atuante do PMMD fortalecendo o vínculo com a comunidade. Em 2016 encontramos este projeto em 14 Unidades de Saúde, atingindo 270 idosos e 45 profissionais técnicos atuantes. Tivemos uma expansão para 45% das UBS de Santos, a adesão dos idosos aumentou em 20 vezes nestes anos e temos 88,2% dos técnicos capacitados atuando. Conclui-se que investindo nesta prática de saúde integrativa para promover saúde, a SMS, corrobora com os propósitos do Programa Nacional de Saúde do Idoso.

Palavras-chave: Assistência a Idosos, Envelhecimento da População, Integralidade em Saúde.

Abstract

The large number of elderly people in the world, in Brazil and in Santos is a reality to be faced by health managers. As an innovative strategy for coping with the aging process, with a view to integral care and respecting the individuality of each individual, the Movement with Music and Dance Program (MMDP) of the Municipal Health Department was born. The purpose of this article is to describe the MMDP and its expansion in the SUS in Santos/SP city. The activity is done in a group, weekly, one-hour long. Participants are seated in a circle of chairs and perform choreographic movements with the sound of songs. They also include group dynamics, date celebrations, health education activities, workshops, presentations at events and activities outside the walls. A study conducted in 2010 suggested that the actions performed were effective in reducing the depressive condition in long term participation. In 2016 there was an investment in the program and we had an expansion to 45% of Santos' UBS. Adherence of the elderly has increased by 20 times in these years. It is concluded that with this practice of integrative health to promote health, the Health Department corroborates with the purposes of the National Program of the Elderly Health.

Keywords: Elderly, Physical Activity, Health, Third Age.

^I Gisele Prata Real (giselereal@santos.sp.gov.br) é Cirurgiã-Dentista, Gerontóloga e atual Coordenadora do Programa Movimente-se com Música e a Dança da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Santos.

^{II} Cremilde Martins Tavares é Gerontóloga e idealizadora do Programa Movimente-se com a Música e a Dança.

^{III} Karen Kiss Henke (karen.k.henke@gmail.com) é Médica Clínica Geral da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Santos, Mestra em Ciências da Saúde pela UNIFESP Baixada Santista e Preceptora da UNILUS.

^{IV} Maira Heise é Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual de São Paulo, atua como Assistente Social Apoiadora no Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Santos e Professora da Graduação de Serviço Social na Universidade de São Paulo.

^V Rosangela Mendes Vieira é Psicóloga, atua na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Santos.



Introdução

O crescente número de idosos no Brasil e no mundo é uma realidade, e em Santos este quadro não é diferente. A pirâmide etária invertida leva a novos olhares sobre o envelhecimento; que passa a ser visto como fase de muitas possibilidades de aprendizagem envolvendo dimensões psicológicas, influenciadas por fatores que contribuem para a percepção de aspectos subjetivos que irão determinar o enfrentamento e a qualidade de vida do idoso.

Ações relativas a atividades sociais que facilitem e promovam formação de grupos de idosos, que estimulem uma vida associativa e saudável por meio de atividades recreativas, físicas e culturais, são contribuições cujos efeitos vão além da manutenção da capacidade funcional, melhorando também outras esferas da saúde, entre elas a depressão¹.

É neste caminho de buscar novas estratégias para o enfrentamento do processo de envelhecimento, com vistas à integralidade do cuidado e respeitando a singularidade de cada indivíduo, que nasceu o Programa Movimento-se com a Música e com a Dança (PMMD), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que tem como objetivo a promoção da Saúde por meio da Dança Sênior (DS).

Objetivo

Descrever o PMMD da SMS e sua expansão, visando à promoção de saúde para idosos usuários do SUS do município de Santos-SP na perspectiva da integralidade do cuidado.

Material e Métodos

O PMMD foi idealizado em 2008 a partir da experiência realizada com munícipes do Programa para Hipertensos e Diabéticos da Unidade Básica de Saúde Bom Retiro. Diante da constatação de que grande parte dos usuários desse programa se tornou assíduo nos grupos após terem incluído a DS no início dos encontros, os profissionais envolvidos (educadora em saúde e dirigente de DS, médica, enfermeira e agente comunitária de saúde) apostaram na DS como uma ação promotora de saúde com grande potencial de aderência pelos usuários e estruturaram o “MOVIMENTO-SE COM A MÚSICA E COM A DANÇA” como um programa do município a ser expandido para outras unidades de saúde, o que aconteceu progressivamente ao longo dos anos seguintes, com ótimos resultados nas Unidades que foram aderindo.

A DS, que no âmbito da saúde é considerada uma prática terapêutica e integrativa, trabalha as vertentes espacial, intra e interpessoal, lógica, corporal e existencial. Utiliza movimentos que

são aprendidos facilmente ao som de músicas variadas e abordam aspectos como postura, ritmo, orientação espacial e percepção, estimulando a mobilidade das articulações e movimentos musculares, aumentando a flexibilidade, agilidade, resistência, equilíbrio, lateralidade, coordenação motora e segurança no domínio do corpo. Influencia a capacidade respiratória e circulatória, diminui o grau de depressão e aumenta a socialização. Trabalha também a capacidade intelectual e cognitiva.

O PMMD é divulgado por meio de cartazes e convites distribuídos nas UBS, em Visitas Domiciliares realizadas pela equipe e pela imprensa da SMS. O público alvo é prioritariamente de pessoas idosas, mas estende-se aos adultos com quadros depressivos, déficit de memória e deficiência física (exceto visual).

Realizado por meio do trabalho com grupos, os encontros são semanais com uma hora de duração. Os participantes são posicionados sentados em um círculo de cadeiras e realizam movimentos de cabeça, braços, mãos, tronco, pernas e pés. Podem-se utilizar acessórios como, por exemplo, pequenas garrafas plásticas, fitas coloridas, bastões de madeira, blocos de espuma, além de outros acessórios que são produzidos pelos participantes, como por exemplo chocalhos.

O PMMD inclui ainda, como complemento, dinâmicas de grupo, confraternizações em datas comemorativas, atividades de educação em saúde, oficinas, apresentações em eventos e atividades extramuros, onde os idosos podem explorar e fazer um reconhecimento de território e dos recursos públicos do município ampliando sua rede de cuidado, pois acabam sendo inseridos em outros programas e atividades ofertados pelo município e têm a oportunidade de passear e visitar mais locais que podem ser ocupados.

Quanto à organização do processo de trabalho, cada Unidade de Saúde elegeu profissionais

de referência técnico, capacitados, para conduzir o PMMD. Vale ressaltar ainda que com vistas a propiciar um Programa de Promoção de Saúde de forma integrada optou-se por nomear um profissional de referência gestor na SMS, que supervisiona o programa no município; é responsável por apoiar no planejamento, monitoração e avaliação do PMMD.

A coleta de dados é realizada de forma permanente pelos técnicos de referência de cada Unidade de Saúde por meio de um diário de atividades local, onde são registrados o planejamento e o desenvolvimento de cada encontro, bem como o número de participantes.

A avaliação e monitoramento do PMMD são realizados pelo profissional de referência gestor por meio da visita institucional semanal, com o propósito de acompanhar, *in loco*, o envolvimento dos profissionais nas unidades de saúde que conduzem o programa; observar o vínculo estabelecido entre profissionais e usuários, além de obter informações importantes que possam subsidiar o processo de gestão.

Resultados

A adesão crescente de usuários e a originalidade da proposta despertaram o interesse dos profissionais em realizar uma pesquisa na UBS Bom Retiro, entre 2010 e 2011, cuja conclusão permitiu sugerir que as ações realizadas foram efetivas em diminuir a condição depressiva desta população depressiva após um período em longo prazo de participação².

Ainda como resultado, podemos citar a aposta no profissional de referência, o que legitima o trabalho em rede; o fato de cada Unidade atuante do PMMD ter sua própria equipe do PMMD, estreitando vínculo com a comunidade e a instituição da educação continuada, por meio de oficinas trimestrais para os profissionais.

O início do projeto se deu em 2008 na UBS BR, com 13 idosos e uma profissional capacitada em DS. Em 2016 encontramos este projeto em 14 Unidades de Saúde (UBS e USF), atingindo 270 idosos e 45 profissionais técnicos atuantes. Tivemos uma expansão para 45 % das Unidades de Saúde de Santos, a adesão dos idosos aumentou em 20 vezes nestes anos e temos 88,2% dos técnicos capacitados atuando.

Segundo o censo do IBGE estima-se em 2016, uma população de 434.359 na cidade de Santos, sendo 191.912 homens e 227.488 mulheres. Estima-se que existam 49.668 pessoas do sexo feminino acima de 60 anos e 30.685 idosos do sexo masculino (3).

Considerando que aderem ao programa um público predominantemente feminino, embora homens frequentem e se beneficiem, vamos aqui contabilizar as mulheres. Em 2016 tivemos a participação de 254 idosas no programa, ou seja, 0,31% do total estimado para o município. Esse número se torna expressivo diante das constatações observadas na melhora da qualidade de vida destas pessoas.

No início de 2016, a SMS reconhecendo a importância do PMMD e seus reflexos diante dos benefícios individuais e coletivos, bem como o fortalecimento dos vínculos entre usuários e equipe de saúde que potencializaram o cuidado longitudinal e a extensão desses benefícios a outros territórios, entendeu que era o momento de ajustar a estrutura de seu funcionamento.

Neste sentido, capacitou novos profissionais de diferentes categorias, o que aumentou a oferta do programa e possibilitou que cada Unidade atuante do Programa pudesse contar com profissionais da sua própria equipe na condução do PMMD, onde se elegeu um profissional de referência e os demais, também capacitados,

que atuassem como apoiadores na condução da atividade, estreitando os vínculos com a comunidade.

Ajustou-se ainda a estrutura para trabalho em rede, passando a contar com um profissional de referência gestor na SMS, que supervisione o programa no município responsável pelo planejamento, monitoração e avaliação do PMMD.

Podemos citar ainda o processo de divulgação da promoção de saúde como uma prática potencializadora no âmbito da atenção primária, uma vez que este programa vem participando e se apresentando com frequência em congressos e reuniões de gestão, sensibilizando gestores e equipes de saúde.

Ressalta-se ainda que o PMMD possibilitou ao idoso participante uma nova perspectiva de vida. Alguns depoimentos de idosos que frequentam a atividade apontam de forma qualitativa as transformações no modo de ver o mundo e a si mesmo:

E1: "(...) a minha vida era ficar chorando, já tinha vez praticamente que eu nem banho queria tomar. A vida não é chorar, é ser alegre. Como eu só vivia fechada dentro de casa, agora pra me encontrar em casa é a coisa mais difícil."

E2: "(...) eu tava depressiva em casa sozinha. A minha irmã: vai, vai, vamos lá vai ser muito gostoso, você vai sair dessa. De fato foi muito bom. Aprendi a viver porque eu tava muito pra baixo. Agora to com vontade de viver, sair, passear, viajar."

E3: "(...) as pessoas que não foram não sabem o que estão perdendo, porque aquilo é maravilhoso, maravilhoso; aquilo é uma benção."

E4: "(...) essa atividade ajudou um pouco a minha saúde porque antes eu não podia fazer assim (gesto das mãos nos pés) e agora já me abaixou."

Conclusão

Ao investir no PMMD, utilizando esta prática de saúde integrativa para promover saúde, a SMS, sem dúvida, vem ao encontro dos propósitos do Programa Nacional de Saúde do Idoso, que tem como “propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoeceram e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade”⁴.

O PMMD em Santos oferta as ações de prevenção e promoção de saúde de forma lúdica, pelo olhar do usuário, e com a responsabilidade técnica dos profissionais envolvidos integrando essas ações de forma natural aos princípios do SUS.

Referências

1. Baptista MN, Morais PR, Rodrigues T, Silva JAC. Correlação entre sintomatologia Depressiva e Prática de Atividades Sociais em Idosos. *Avaliação Psicológica. Aval psicol.* [periódicos na Internet]. 2006, 5 (1): 77-85. [acesso em 20 fev 2018]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712006000100009&lng=pt&nrm=i so. ISSN 2175-3431
2. Henke KK, Tavares CM, Guerra RLF. Gerontoativação Activity Improves Depressive Symptoms in Older Women Met in a Basic Health Unit in the Municipality of Santos-SP. In: *Anais of congress International Convention on Science, Education and Medicine in Sport-ICSEMIS, 2016, Ago 31-set 4, Santos, Brasil.* p.813-4. [acesso em 20 jun 2017]. Disponível em: <http://cev.org.br/biblioteca/anais-do-congresso-mundial-de-ciencias-do-esporte-icsemis-2016/>
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Indicadores da população do Bairro do Gonzaga – Cidade de Santos – Estado de São Paulo e Brasil.* Brasília. 2010 [acesso em 20 jun 2017]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/cidades>
4. Coordenação Geral dos Direitos do Idoso. Secretaria Nacional de Promoção Defesa dos Direitos Humanos. *Dados sobre o Envelhecimento no Brasil – 2012* [Acesso em: 09 abr 2017]. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoaidosa/dadosestatisticos/DadosobreoenvelhimentonoBrasil.pdf>

Redução da Taxa de Mortalidade Infantil do município de Guarujá a partir de um esforço intersetorial e da responsabilização de cada ponto da rede de saúde

Infant Mortality Rate Reduction in the city of Guarujá based on an intersectoral effort and the accountability of each point in the health network

Fernanda Bessa Lafayette Alves^I, Ana Terezinha Lopes Plaça^{II}, Maria Angela Segantini Cheida Faria^{III},
Jamilé Cristina Favero^{IV}.

Resumo

A redução da Taxa de Mortalidade Infantil é um objetivo perseguido pela Gestão Municipal de Saúde e considerando a tendência crescente de anos anteriores, o município de Guarujá vem desenvolvendo estratégias para identificar as causas e desenvolver ações com vistas à sua redução. Sabendo que os principais motivos para o aumento da mortalidade infantil são assistência inadequada ao pré-natal e ao recém-nascido no âmbito hospitalar, além de desnutrição e ausência de saneamento básico, foi desenvolvido um trabalho que integrou todos os pontos da rede de atenção, com diferentes abordagens, considerando a especificidade de cada ponto. Daí surgiu a atribuição de responsabilidade a cada um sobre esse importante indicador de saúde que reflete não apenas a saúde infantil, mas também as condições de vida da população. A partir dessas ações articuladas, o município conseguiu atingir a menor taxa de mortalidade desde 2009, passando de 21,4 mortos por mil nascidos vivos para 13,5 no ano de 2016.

Palavras-chave: Mortalidade infantil, Pré-Natal, Assistência Hospitalar.

Abstrat

The Infant Mortality Rate reduction is an objective pursued by the Municipal Health Management and considering the growing tendency of previous years, the city of Guarujá has been developing strategies to identify the causes and develop actions with a view to their reduction. Knowing that the main reasons for the increase in infant mortality are inadequate prenatal care and newborn care in the hospital, in addition to malnutrition and lack of basic sanitation, a work was developed that integrated all the points of the care network, with different approaches, considering the specificity of each point. This gave rise to the attribution of responsibility to each one on this important health indicator that reflects not only the children's health, but also the living conditions of the population. Based on these articulated actions, the Municipality managed to reach the lowest mortality rate since 2009, from 21.4 deaths per thousand live births to 13.5 in 2016.

Keywords: Infant Mortality, Prenatal Care, Hospital Care.

^I Fernanda Bessa Lafayette Alves (felafayette@hotmail.com) é médica, formada pela Faculdade de Medicina de Taubaté com residência em Ginecologia e Obstetrícia, especialização em Preceptoría de Residência Médica, atua como membro do comitê de Mortalidade Materno-infantil da prefeitura municipal de Guarujá.

^{II} Ana Terezinha Lopes Plaça (anatlplaça@hotmail.com) é enfermeira, possui especialização em Saúde Pública e atua como Coordenadora de Vigilância Epidemiológica no município de Guarujá.

^{III} Maria Angela Segantini Cheida Faria (angelasegantini@gmail.com) é enfermeira formada pela Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia Don Domenico, possui especialização em UTI e Socorrismo, em Saúde Pública, Saúde da Família e Gestão da Clínica. Atua como Coordenadora de Atenção Básica no município de Guarujá.

^{IV} Jamilé Cristina Favero (jamilfavero@gmail.com) é bióloga formada pela Universidade Santa Cecília, com especialização em Gestão de Saúde Pública pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e Educação em Saúde para Preceptores do SUS pelo Instituto Sírio Libanês, atua como Coordenadora de Atenção Básica no município de Guarujá.



Introdução

A redução da Taxa de Mortalidade Infantil é um objetivo perseguido pela Gestão Municipal de Saúde. Considerando a tendência crescente de anos anteriores, o município de Guarujá vem desenvolvendo estratégias para identificar as causas e desenvolver ações com vistas à sua redução, conseguindo atingir no ano de 2016 a menor taxa desde 2009, graças a um esforço intersetorial.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a taxa de mortalidade infantil é um dos principais indicadores das ações na área de saúde pública e é obtida dividindo o número de óbitos de menores de um ano de idade, pelo número de nascidos vivos, multiplicado por 1.000 na população residente em determinado espaço geográfico e período. Esse indicador é de fundamental importância para avaliar não apenas a saúde infantil, mas também as condições de vida de uma população (SEADE, 2016), bem como a qualidade de vida e o índice de desenvolvimento humano e por meio dele, obtemos informações sobre a eficácia dos serviços públicos, sendo de extrema relevância seu acompanhamento e formulação de estratégias para sua redução.

Sabe-se que os principais motivos do aumento da mortalidade infantil são: assistência

inadequada ao pré-natal, deficiência na assistência hospitalar aos recém-nascidos, ausência de saneamento básico e desnutrição.

Segundo o IBGE a taxa de mortalidade infantil no Brasil no ano de 2015 foi de 13,82, do Estado de São Paulo de 10,8, o da Região Metropolitana da Baixada Santista de 14,9 e do município de Guarujá de 16,4.

Objetivos

De acordo com o comitê de Mortalidade Materno infantil e fetal do município de Guarujá, uma parcela desses óbitos poderia ser evitada, sendo que no ano de 2015, 51% das causas evitáveis estão relacionadas à adequada atenção a mulher na gestação. Diante desse cenário, identificou-se a necessidade de fortalecer, qualificar e humanizar a assistência pré-natal em nosso município, pela adoção de estratégias institucionalizadas em todos os pontos de atenção, com responsabilização dos vários atores e definição dos papéis de cada um, sempre com foco na redução da taxa de mortalidade infantil.

A finalidade da experiência é melhorar a qualidade do atendimento pré-natal por meio de ações efetivas com o objetivo de reduzir a taxa de mortalidade infantil.

Metodologia

A estratégia inicia em abril de 2014, onde a Região Metropolitana da Baixada Santista formalizou um Pacto Regional para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, devido à necessidade de dar respostas positivas a esse indicador que crescia ano após ano na região.

No ano de 2015, as enfermeiras da rede básica foram submetidas a visita à maternidade para acompanhar a forma e a orientação pelas quais as gestantes chegavam no hospital, desde a recepção da gestante até o puerpério imediato e amamentação. Essa experiência identificou a necessidade de maior vínculo da unidade de saúde com a gestante, da importância do preenchimento adequado da carteira de pré-natal, da realização dos exames em tempo oportuno e ajudou a transformar a maneira de prestar o cuidado pré-natal na rede básica de saúde.

Em janeiro de 2016 a gestão municipal iniciou uma auditoria dos prontuários, onde foram selecionados aleatoriamente 10% de prontuários de puérperas de todas as unidades de saúde do município, totalizando 20 unidades e após as análises foram desencadeadas diversas ações:

Captação e acolhimento precoce das gestantes com testes de gravidez em todas as unidades e abertura imediata do pré-natal com demanda livre de agendamento e se o teste for negativo encaminhamento ao planejamento familiar.

Humanização do atendimento de pré-natal com revisão de protocolo laboratorial e de doenças do ciclo gravídico puerperal, teste rápidos de HIV e VDRL em todas as unidades, agendamento de USG precoce, adequação do calendário vacinal, consulta odontológica e avaliação de risco

gestacional na abertura de pré-natal e nas consultas subsequentes, resultando na identificação precoce das gestantes de risco e encaminhamento ao ambulatório de pré-natal de alto risco em tempo oportuno.

Ampliação dos agentes comunitários como acolhedores e fazendo busca ativa das gestantes faltosas.

Parceria com a Promotoria Pública para a convocação das gestantes faltosas de maior vulnerabilidade.

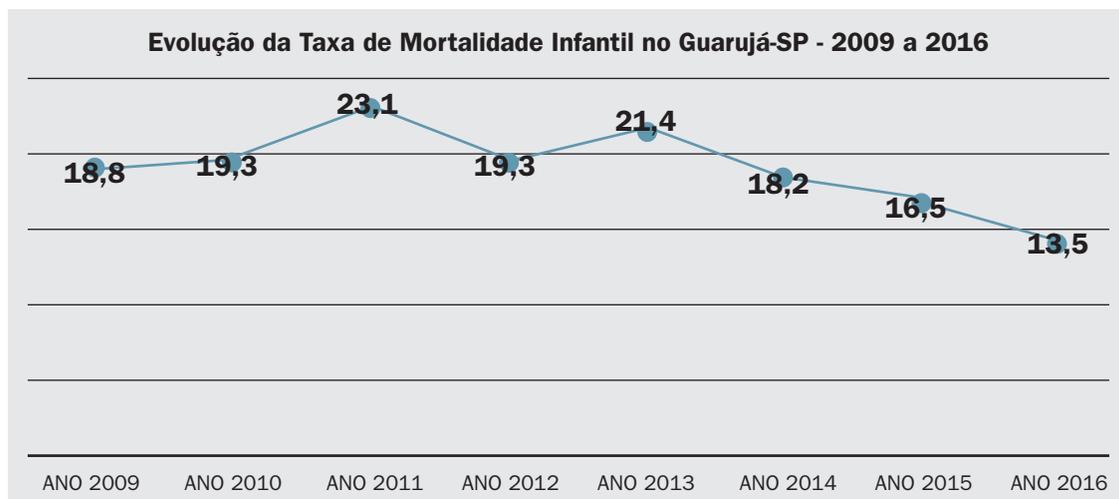
Implementação do projeto IMPLANON para moradores de rua, usuárias de droga, gestantes adolescentes, HIV positivas e pacientes com transtorno mental ou rebaixamento do nível de entendimento.

Atualização das fichas, carteira de pré-natal e fluxo de atendimento e reuniões com todos os profissionais envolvidos com o pré-natal para sensibilização da importância da melhoria da qualidade do pré-natal.

Resultados

Como resultado alguns indicadores passaram a ter melhora imediata, como o percentual de sete ou mais consultas de pré-natal que em 2013 era de 67,57%, passou em 2015 para 72,96% e em 2016 para 74,71%. Os nascidos vivos de mães menores de 20 anos em 2013, 17,49% para 16,82% em 2015 e 15% em 2016. (SINASC) demonstrando que o trabalho individualizado com as adolescentes tem surtido efeito, porém como toda política pública de saúde, terá seus efeitos mais relevantes ao longo dos anos e após investimentos sistemáticos na educação dessa população.

Finalmente, a taxa de mortalidade infantil vem decrescendo, sendo em 2013 de 21,4, 2014 de 18,2, 2015 de 16,4 e de 2016 de 13,5, sendo o índice mais baixo desde 2009.



Fonte: Vigilância Epidemiológica – Guarujá /SP

Considerações Finais

O resultado desse trabalho, que sempre ensejará novos aportes visa à gestão do cuidado qualificado e integrado com a participação e responsabilização de todos os atores envolvidos.

Concluindo a qualificação permanente da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério estão relacionadas a uma boa condição de saúde da mãe e do recém-nascido e perseguir essa qualificação é um objetivo da gestão municipal.

Referências

1. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia. Taxa de Mortalidade Infantil no Brasil, 2015.
2. Manual de vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal, 2ª edição, 2009.
3. SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. 2016. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/>>.
4. SINASC-Sistema de informação de Nascidos Vivos. Ministério da Saúde, disponível em datasus.saude.gov.br

Da dimensão terapêutica à forma de resistência: relatos sobre uma oficina de hip hop no CAPS ad Renascer da Fênix

*From the therapeutic dimension to the form of resistance: reports about a hip hop workshop at the
CAPS ad Renascer da Fênix*

Mayara Ap. Bonora Freire^I, Leonardo Bonadio Silva^{II}, Patrícia Cardozo Schmidt^{III},
Maria Emília Cortella^{IV}, Isabela Dal Poz Ferreira Terribile^V

Resumo

Este artigo pretende narrar sobre as potencialidades de uma oficina de hip hop, construída coletivamente com as(os) usuárias(os) do CAPS ad de Ourinhos, município localizado no interior do Estado de São Paulo. As oficinas acontecem em encontros quinzenais, no CAPS ad. Realizamos parcerias com diversos coletivos de hip hop do município, os quais têm, voluntariamente, ofertado sua envergadura cultural, estimulando as(os) usuárias(os) a desenvolverem tanto suas habilidades para a rima, a música, a dança e o desenho, quanto a capacidade de externalizar angústias, opiniões e alegrias. As oficinas têm proporcionado o fortalecimento do vínculo de muitas (os) usuárias (os) no serviço, proporcionando momentos de prazer, dando voz às suas demandas e promovendo cidadania. A expressão pelas canções aparece como uma maneira muito rica de elaboração e de ressignificação da vida, assim como de construção de novas formas de viver. Dessa maneira, espalhar a cultura do hip hop neste espaço é resistir às diversas exclusões sociais, dar voz àquelas (es) que são, diariamente, silenciados, e lutar por uma sociedade mais justa e menos excludente.

Palavras-chave: oficinas terapêuticas, CAPS ad, hip hop.

Abstract

This article intends to narrate about the potentialities of a hip-hop workshop, built collectively with the users of the Psychosocial Care Center, alcohol and drugs in Ourinhos, a city located in the interior of São Paulo state. The workshops take place in biweekly meetings, in the CAPS ad. We have partnerships with several hip hop collectives in the county, who have voluntarily offered their cultural scope, encouraging users to develop their skills for rhyme, music, dance and drawing as well as the ability to externalize anguish, opinions and joys. The workshops have strengthened the bond of many users in the service, providing moments of pleasure, giving voice to their demands and promoting citizenship. The expression by the songs appears as a very rich way of elaboration and resignification of the life, as well as of construction of new ways of living. In this way, to spread the hip hop culture in this space is to resist the various social exclusions, give voice to those who are daily silenced, and to fight for a more just and less exclusive society.

Keywords: therapeutic workshops, Psychosocial Care Center, alcohol and drugs, hip hop.

^I Mayara Ap. Bonora Freire (ma_bfreire@hotmail.com) é Psicóloga, graduada pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – campus de Assis. Mestranda em Psicologia e Sociedade pela mesma Universidade e Coordenadora do CAPS ad.

^{II} Leonardo Bonadio Silva (leo_bonadio@yahoo.com.br) é estudante do 4º de Psicologia pelas Faculdades Integradas de Ourinhos e Auxiliar administrativo do CAPS ad.

^{III} Patrícia Cardozo Schmidt (patyssoca@hotmail.com) é graduada em História pela Faculdade de Filosofia de Jacarezinho e Artesã do CAPS ad.

^{IV} Maria Emília Cortella (cortellasohcortella@hotmail.com) é Psicóloga, graduada pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – campus de Bauru. Pós-graduanda em Psicologia, na Universidade Estácio de Sá e Psicóloga do CAPS Ad.

^V Isabela Dal Poz Ferreira Terribile (isa.dalpoz@hotmail.com) é Terapeuta ocupacional do CAPS ad, graduada pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro.



Introdução

O uso de substâncias psicoativas sempre esteve presente na humanidade, seja em rituais religiosos, místicos, políticos (como na Grécia Antiga), culturais e festivos. A alteração do estado de consciência é algo buscado por nós, seres humanos, em diversos e distintos momentos: a fim de celebrar a vida, a fim de tamponar angústias, ou, simplesmente, para sentir prazer. Contudo, em nossa sociedade contemporânea, sustentada pelo Modo Capitalista de Produção, os problemas causados pelo uso compulsivo – não apenas de substâncias – têm gerado desconforto, inquietação, assim como têm sido alvo de debates diários. As compulsões atuais já se tornaram diagnósticos: toxicomanias, alcoolismo, Síndrome de Becky Bloom, entre outros tantos – ismos e manias. Em uma sociedade cujo imperativo de vida é o consumo, as instâncias institucionais e coletivas têm marcado os corpos com formas de existência nas quais a falta não pode ser tolerada. No que se refere ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas, particularmente, este aparece como um dos principais efeitos

de nossa contemporaneidade, ocupando lugar de destaque nas discussões e na proposição de Políticas Públicas.

Estamos diante de um sofrimento psíquico que tardou a ser considerado como tal, devido à moralidade e ao preconceito impregnados ao tema. Cabe ressaltar aqui que sofrimento psíquico difere do conceito de doença, uma vez que consideramos os problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas como um sintoma social⁵.

Considerar simplesmente o crack uma doença crônica e recidivante que age no cérebro produzindo tolerância é um reducionismo perigoso que, aliado às políticas proibicionistas, demagógicas e midiáticas, alimentam a contrafissura por toda a superfície expressiva social, inserindo-se nos processos de subjetivação dos drogados e dos não drogados (p.31)

No Brasil, graças ao processo constante de lutas de diversas gerações, pudemos acompanhar, no decorrer dos anos 2000, a ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS ad), objetivando o cuidado

de base comunitária e articulado com os demais componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS, instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011⁴, prioriza, enquanto diretrizes, o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; a promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; o combate a estigmas e preconceitos, assim como a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.

Os CAPS ad, enquanto componentes dessa rede, surgem como uma aposta, enquanto lócus e ethos de produção de subjetividades, de construção de laços afetivos, de promoção de saúde e de novas formas de existir para as(os) usuárias de álcool e outras drogas. São novos dispositivos de atenção, inspirados na Reforma Psiquiátrica e no paradigma da Redução de Danos, paradigma este de busca incondicional pela integralidade do cuidado, pela escuta qualificada e diferenciada – livre de preconceitos, julgamentos e estigmas –, pela informação, orientação e o fornecimento de insumos de prevenção, bem como pelo cuidado com o corpo e a subjetividade das pessoas. A garantia de direitos, aqui, aparece como ponto de partida, não de chegada.

Inspiradas(os) pelo paradigma da Redução de Danos e visando à construção de autonomia e cidadania das(os) usuárias(os), encontramos no *hip hop* uma potencialidade inventiva e de resistência.

A arte de rua traz, para o nosso cotidiano, a realidade de uma população que sofre com os efeitos da desigualdade social, assim como denuncia uma sociedade excludente e opressora. No Brasil, o histórico do movimento *hip hop* advém da década de 1980, primeiramente, se manifestando pela dança com o *break*. Se desenvolve, posteriormente, em todas as vertentes do

hip hop, como a música, as rimas, o desenho e o *Graffiti*. Há muitas vertentes dos elementos do hip-hop no contexto brasileiro, passando pelo estilo gangster, underground e o contemporâneo lírico. O preconceito em torno deste universo é grande, pois as letras das músicas, em sua maioria, falam do cotidiano de favelas, lutas, crimes e do próprio preconceito. A marginalização da cultura *hip hop* ocorre, sobretudo, devido à marginalização desta população que constrói sua própria forma de manifestação e de produção simbólica (OLIVEIRA, 2015). Percebemos este mesmo estigma direcionado ao uso de álcool e outras drogas, ainda compreendido a partir de um viés proibicionista e que criminaliza o sujeito.

Neste sentido, este artigo pretende narrar sobre as potencialidades de uma oficina de *hip hop*, construída coletivamente com as(os) usuárias do CAPS ad de Ourinhos, município localizado no interior do Estado de São Paulo. Para além das dimensões artísticas, justifica-se a oficina no campo terapêutico, em que as(os) usuárias podem expressar suas vivências construindo a prática da rima, da dança e do grafite, visto que o poder de se expressar em palavras também é utilizado como ferramenta terapêutica, cantando e rimando aquilo está preso dentro de si. A música exerce uma forte influência sobre a expressão, e o *hip hop* se mostra enquanto possibilidade de interrogar o mundo e suas iniquidades. Buscamos, também, o reconhecimento desta cultura enquanto instrumento de transformação e crítica social.

Metodologia

As oficinas acontecem em encontros quinzenais, no CAPS ad. Realizamos parcerias com diversos coletivos de *hip hop* do município, os quais têm, voluntariamente, ofertado sua envergadura

cultural, estimulando as(os) usuárias(os) a desenvolverem tanto suas habilidades para a rima, a música, a dança e o desenho, quanto a capacidade de externalizar angústias, opiniões e alegrias. As atividades, acompanhadas também pelas(os) trabalhadoras(es) do serviço, contam com exercícios e dinâmicas de rimas, grafite e dança.

Resultados

Sabe-se que muito deste universo do *hip hop* tem crescido no Brasil, e que as vitórias sociais deste movimento são muitas. Temos acompanhado o mesmo processo de conquistas no cotidiano do CAPS ad. As oficinas têm proporcionado o fortalecimento do vínculo de muitas(os) usuárias(os) no serviço, proporcionando momentos de prazer, dando voz às suas demandas e promovendo cidadania. Em uma dessas oficinas, ocorreu a grafitação das paredes do CAPS com as(os) usuárias(os). Em uma das paredes, foi grafitada a Fênix, símbolo do nome escolhido pelas(os) usuárias(os). Ademais, discutimos coletivamente sobre o *Graffiti* enquanto arte e sobre as formas de resistência da cultura do *hip hop* frente a uma ordem instituída e naturalizada. Muitos *raps* foram criados neste espaço, e muitas histórias foram contadas. Histórias de luta, de sofrimento, de violência e de violação de direitos.

Em qualquer suporte, ser expressivo é terapêutico. O terapêutico não é clínico necessariamente. É o que ajuda você a transformar e crescer. Pela arte – de uma Poesia, do *rap*, de um desenho de *graffiti* – também posso falar do amor, da dor, da consciência coletiva¹. (p.52)

Como exemplo das potencialidades da Oficina, compartilhamos algumas dessas histórias.

J. L., 20 anos, chegou ao CAPS ad encaminhado por uma Comunidade Terapêutica, com diversos delírios psicóticos e muito agressivo. Apresentava histórico de uso abusivo de drogas desde os 12 anos. Estava em situação de rua e possuía vínculos familiares bastante fragilizados. Resistente ao uso de medicamentos para ajudar na contenção da crise, a equipe optou por respeitar sua decisão. Com o manejo diário e intensivo acolhimento, percebemos que J. L. começou a interessar por algumas atividades propostas pelo serviço, sobretudo, a Oficina de *hip hop*, espaço que contribuiu para sua reorganização psíquica. O usuário cantava e compunha músicas como forma de expressão de sua história de vida e sentimentos. Compreendemos a dimensão terapêutica da oficina para o processo de cuidado de J. L., bem como na contenção de sua crise. Atualmente, ele retomou sua vida laborativa e não se encontra mais em situação de rua. Visita o CAPS ad, com frequência, participa de algumas atividades terapêuticas, em especial a Oficina de *hip hop*.

M. F., 31 anos, chegou ao CAPS ad encaminhado pelo CAPS II deste município, com diagnóstico de comorbidade: esquizofrenia e uso prejudicial de *crack*. Iniciou uso de drogas aos 13 anos. Passou por quatro internações, sendo que a última ocorreu em Hospital de Custódia, onde ficou por sete anos. Apresenta delírios psicóticos com os quais se identifica – segundo ele, possui três filhos “imaginários” – e intensifica uso de *crack* quando se angustia com tais delírios, sobretudo quando para de delirar. Após iniciar sua participação nas oficinas de *hip hop*, o usuário passou a escrever diversas letras de músicas, relacionadas à sua vida, ao CAPS e à realidade do crime. Tem participado de “batalhas de rima”, externas ao CAPS, o que, em nossa percepção, contribui para ampliação de seu repertório simbólico e de sua autonomia. O *rap*, para M. F. aparece como

um instrumento terapêutico nos momentos em que apresenta mais angústias e desejos de morte ou de usar *crack*.

Entendemos que a expressão pelas canções aparece como uma maneira muito rica de elaboração e de ressignificação da vida, assim como de construção de novas formas de viver. Conforme relataram Rotondaro⁸ e Braga², a escrita, seja de diários, poemas, ou letras de *rap*, tem papel fundamental na exposição de sofrimentos, de vivências e na criação de novas formas de ser. Nesse sentido, podemos dizer que ao comporem seus raps, J. L. e M. F. puderam criar novas formas de serem sobrepujando suas identidade de usuários de drogas e alcançando um papel político e de representatividade social ao denunciarem realidades, desigualdades e angústias comuns entre seus pares.

Acusando uma sociedade violenta e desigual, o *rap* usa do princípio da não violência, inspirado por Martin Luther King Jr. e Mahatma Gandhi, para criticar preconceitos e escrachar costumes conservadores, indo na contramão da sua realidade, combatendo a violência com a conscientização dos problemas sociais e econômicos^{6,9}. O movimento *hip hop*, como um todo, tem o importante papel de levar a periferia, e suas questões, para espaços e discussões públicas, povoando lugares de onde são excluídos, fazendo política sem a necessidade de se candidatarem a cargos públicos, expondo e provocando a sociedade segregacionista que os cerca ao marcarem prédios, pontes, praças e parques com seus grafites, *beats*, *breaks* e *raps* (LOURENÇO, 2010). Por isso, nosso papel enquanto um serviço público de saúde que se pauta nos princípios doutrinários do SUS de universalidade, equidade e integralidade³ é tão importante para fortalecer movimentos de conquista de espaços e de promoção de autonomia e política como o Movimento *hip hop*.

Considerações Finais

A atenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas deve priorizar a ampliação do repertório simbólico desses sujeitos, os movimentos de emancipação e as práticas de criação e invenção, orientadas pelo paradigma da Redução de Danos, que considera as questões sociais, morais, culturais, territoriais que perpassam o uso. Dessa maneira, espalhar a cultura do *hip hop* neste espaço é resistir às diversas exclusões sociais, dar voz àquelas(es) que são, diariamente, silenciados, e lutar por uma sociedade mais justa e menos excludente.

Referências

1. Bedoian G, Menezes K. org. Por trás dos muros: Horizontes sociais do *graffiti*. São Paulo: Ed. Peirópolis, 2008.
2. Braga CML. A escrita na transicionalidade e a possibilidade de ser do adolescente. *Omnia Saúde* 2012, 9 (1): 12-22.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde ABC do SUS: Doutrinas e princípios. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
4. Brasil. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, nº 247, Seção 1, 26 de dezembro de 2011, pp. 230-232.
5. Lancetti A. *Contrafissura e Plasticidade Psíquica*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2015.
6. Lourenço ML.. Arte, cultura, e política: o movimento *hip hop* e a constituição dos narradores urbanos. *Psicol Am Lat México* 2010, 19.
7. Oliveira RC. *Rap e política: percepções da vida social brasileira*. 1ª Ed. São Paulo: Boitempo, 2015.
8. Rotondaro DP. Os desafios constantes de uma psicóloga no abrigo. *Psicol Cienc Prof Brasília* 2002, 22 (3): 8-13.
9. Silva CYG, Milani RG. Adolescência e tendência antisocial: o *rap* como expressão de uma privação emocional. *Psicol. cienc. prof. Brasília*, v. 35, n. 2, p. 374-388, jun. 2015.

Realização de festa popular com participação de portadores de transtornos mentais crônicos do CAPS de Registro-SP

Carrying out a popular party with the participation of people with chronic mental disorders of the CAPS de Registro-SP

Emília Mitsuko Kimura Noguti^I, Paula Fernanda Dobravec Rossetti^{II}, Roberta Martins Airoidi^{III},
Sttefano Juan Bomfim Merfa^{IV}

Resumo

A Festa da Solidariedade é um evento que ocorre anualmente na cidade de Registro-SP. Com início no ano de 2006, surgiu no intuito de ser um espaço de arrecadação de fundos para associações e entidades sociais, assim como para divulgar seus trabalhos. Participam desse evento cerca de 30 instituições, atraindo um público de mais de 20.000 pessoas vindas de Registro e cidades vizinhas. O CAPS iniciou sua participação na Festa da Solidariedade em 2012 e tem utilizado os recursos adquiridos para fins de socialização de seus usuários. A participação do CAPS nesta festa tem como função ser uma solução para socialização de portadores de transtornos mentais fazendo com que sejam sujeitos ativos em um dos eventos mais colaborativo para a manutenção das atividades sociais desempenhadas pelo serviço. Como principal resultado dessa ação percebe-se a participação ativa dos usuários no processo de construção e trabalho na Festa da Solidariedade, assim como arrecadação de fundos para demais atividades sociais.

Palavras-chave: Saúde Mental, Integração Comunitária.

Abstract

The Solidarity Party is an event that takes place annually in the city of Registro-SP. Beginning in 2006, it was created to be a fundraising space for associations and social entities, as well as to publicize their work. About 30 institutions participate in this event, attracting an audience of over 20,000 people from the Registry and neighboring cities. The CAPS began its participation in the Solidarity Party in 2012 and has used the resources acquired for the purpose of socializing its users. The participation of the CAPS in this party has the function of being a solution for the socialization of people with mental disorders, making them active actors in one of the most collaborative events for the maintenance of the social activities performed by the service. The main result of this action is the active participation of the users in the process of construction and work in the Solidarity Festival as well as fundraising for other social activities.

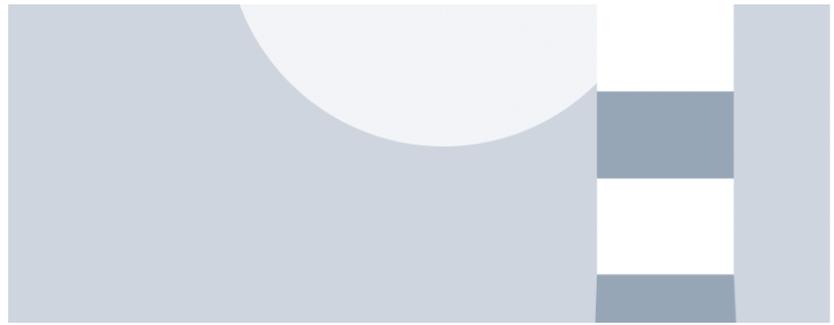
Keywords: Mental health, Community Integration.

^I Emília Mitsuko Kimura Noguti é Terapeuta Ocupacional formada pela Universidade Federal de São Carlos. Terapeuta Ocupacional no CAPS I Registro-SP.

^{II} Paula Fernanda Dobravec Rossetti (paula.rossetti1@hotmail.com) é Psicóloga formada pela Universidade Federal do Paraná. Especialização em Saúde Mental pela Universidade Católica Dom Bosco/ Portal da Educação. Psicóloga no CAPS I Registro-SP.

^{III} Roberta Martins Airoidi é Médica formada pela Universidade de Taubaté. Residência médica em psiquiatria pela PUC-SP Médica psiquiatra no CAPS I Registro-SP.

^{IV} Sttefano Juan Bomfim Merfa (sjbmerfa@hotmail.com) é Enfermeiro formado na Universidade Claretiana de Batatais. Especialização em Saúde da Família pela Unifesp. Especialização em Saúde Mental pela Unileya. Enfermeiro Coordenador no CAPS I Registro-SP.



A Festa da Solidariedade é um evento que ocorre anualmente na cidade de Registro-SP. Com início no ano de 2006, surgiu no intuito de ser um espaço de arrecadação de fundos para associações e entidades sociais, assim como para divulgar seus trabalhos.

Durante três noites as entidades comercializam alimentos e artesanatos. Além da oportunidade de arrecadação de dinheiro, há ainda concurso de melhor decoração da barraca, arrecadação de lacres de latinhas e venda de bingos. Participam desse evento cerca de 30 instituições, atraindo um público de mais de 20.000 pessoas vindas de Registro e cidades vizinhas.

O CAPS iniciou sua participação na Festa da Solidariedade em 2012 e tem utilizado os recursos adquiridos para fins de socialização de seus usuários. A participação do CAPS nesta festa tem como função ser uma solução para socialização de portadores de transtornos mentais, fazendo com que sejam sujeitos ativos em um dos eventos mais colaborativo para a manutenção das atividades sociais desempenhadas pelo serviço, assim como gerar renda para que o incentivo e a oportunidade para socialização possam ser realizados em outros momentos durante o ano em meios aos quais os usuários geralmente não têm acesso como: praias, aulas de surf, visitas a aquário, museu, cinema e pesqueiro. Dessa forma, trabalha no intuito de expor simples soluções para socialização de portadores de transtornos mentais crônicos.

Inicialmente, realiza-se o planejamento das ações a serem realizadas, entre elas: decoração da barraca a ser elaborada no CAPS por usuários e equipe, definição de funções desde a obtenção de matéria-prima e confecção dos alimentos e escala de trabalho. Incentiva-se que os usuários participem do maior número de tarefas possíveis e tais atividades são realizadas nas oficinas do CAPS. Alguns usuários são convidados a trabalharem na festa conforme suas possibilidades. Durante o restante do ano, com o lucro obtido no evento, todos os usuários são convidados a participarem dos passeios e demais atividades de cultura e recreação.

Como principal resultado dessa ação percebe-se a participação ativa dos usuários no processo de construção e trabalho na Festa da Solidariedade, assim como a arrecadação de fundos para demais atividades sociais.

O CAPS de Registro participou da Festa da Solidariedade nos últimos cinco anos. A cada ano os usuários do serviço estão mais conscientes em relação às suas capacidades de atuação em seu meio. A participação desde a elaboração e acontecimento da festa até nos passeios e demais atividades extra CAPS é possível devido a arrecadação de fundos para tal, comprovando a possibilidade de uma (re) inserção cada vez maior não só em eventos como a Festa da Solidariedade, mas também na sociedade de forma geral.

Acupuntura, Automassagem e Auriculoterapia no município de Mogi das Cruzes: implantação das Práticas Integrativas e Complementares na Rede Básica Municipal

Acupuncture, self-massage and auriculotherapy in Mogi das Cruzes: implementation of Integrative and Complementary Practices in the health basic unity.

Adriano Sérgio Granado^I, Guilherme dos S. de B. Lordelo^{II}, Marina Mancini Consolaro^{III},
Rebeca R. B. Orechowshi^{IV}, Patrícia Guterres Oliveira^V, Marcello Delascio Cusatis^{VI}

Resumo

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC – tem recebido significativos incentivos no âmbito da Atenção Básica em Saúde. O número de práticas complementares foram ampliadas ao longo desses 11 anos da criação da PNPIC. O presente artigo relata a experiência de implantação de algumas dessas práticas, a saber, Acupuntura, Automassagem e Auriculoterapia no município de Mogi das Cruzes, a partir de 2016, contribuindo com a resolutividade no sistema da Atenção Básica, especialmente nas demandas referentes à saúde mental.

Palavras-chave: Política Nacional de Práticas Integrativas, Atenção Básica, Medicina Tradicional Chinesa, Acupuntura.

Abstract

The National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPIC) has received significant incentives in the scope of Basic Health Care. The number of complementary practices has been expanded throughout the 11 years of the PNPIC's creation. The present article reports an experience of the implementation of some of the practices, like, Acupuncture, Self-massage and Auriculotherapy in the Municipality of Mogi das Cruzes from 2016, contributing to the resolution in the system of Primary Care, especially in the demands related to mental health.

Key words: National Policy on Integrative and Complementary, Basic Health, Traditional Chinese Medicine.

^I Adriano Sérgio Granado (granadomtc@mail.com). Psicólogo, Especialista em Saúde da Família e Acupuntura, Prefeitura de Mogi das Cruzes.

^{II} Guilherme dos S. de B. Lordelo (guilhermesbl@gmail.com). Psicólogo, Especialista Psicologia de Jungiana e Acupuntura, Prefeitura de Mogi das Cruzes.

^{III} Marina Mancini Consolaro (marina.consolaro@gmail.com). Psicóloga, Especialista em Acupuntura, Prefeitura de Mogi das Cruzes.

^{IV} Rebeca R. B. Orechowshi (diretorredebasica.sms@pmmc.com.br). Enfermeira, Diretora do Departamento de Rede Básica, Prefeitura de Mogi das Cruzes.

^V Patrícia Guterres Oliveira (supervisaomedica.sms@pmmc.com.br). Médica, Supervisão Médica do Departamento de Rede Básica, Prefeitura de Mogi das Cruzes.

^{VI} Marcello Delascio Cusatis (teocusatis@gmail.br). Biomédico, Especialista em gestão de saúde pelo PROAHSA, Secretário de Saúde, Prefeitura de Mogi das Cruzes.



Introdução e Justificativa

Acupuntura, as Práticas Corporais da Medicina Tradicional Chinesa e a Auriculoterapia compõem atualmente as Práticas Integrativas e Complementares no SUS. A organização e oferta desses serviços têm sido consideradas e adotadas como estratégias importantes de ampliação dos cuidados em saúde da população por diversos municípios brasileiros.

Em janeiro de 2016 a Prefeitura de Mogi das Cruzes iniciou a oferta da acupuntura para pacientes de saúde mental e a partir de junho de 2016 incrementou as Práticas Complementares pela oferta da Automassagem e Auriculoterapia aos pacientes da rede básica municipal.

Objetivos

Relatar experiência sobre o projeto de inserção de atividades referentes às Práticas Integrativas e Complementares – Acupuntura, Práticas Corporais em MTC/Automassagem e Auriculoterapia – em UBS's do município de Mogi das Cruzes a partir da vivências das equipes que compõem a estruturação e oferta desses equipamentos de saúde.

Metodologia

Em meados de 2015 três psicólogos que atuavam na Atenção Básica e tinham habilitação para o exercício da Acupuntura fizeram contato com o Departamento de Rede Básica e apresentaram o projeto de inserção do procedimento da Acupuntura para ampliação da oferta do cuidado em saúde mental de pacientes em atendimento nas respectivas unidades de saúde de atuação desses profissionais. A direção do Departamento da Rede Básica Municipal solicitou que durante o processo de formalização do procedimento junto ao órgão do Ministério da Saúde (MS), fosse discutida a proposta de implantação desse serviço com a gerência de cada UBS para apoio e viabilização da prática da Acupuntura nessas unidades de saúde. Em razão de o projeto sustentar uma efetiva e difundida prática em MTC e por consolidar a inserção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no âmbito da saúde, todo apoio logístico (sala de atendimento, material descartável, agendamento de pacientes, etc.) foram disponibilizados, dando início em janeiro de 2016, aos procedimentos de Acupuntura. Logo as experiências com os pacientes mostraram-se promissoras e a ampliação das Práticas Complementares se fizeram necessárias. Deste modo, a equipe rediscutiu o projeto

inicial passando a incrementar, a partir de junho de 2016, a atividade em grupo de Automassagem pertencente às Práticas Corporais da MTC e sessões de Auriculoterapia para pacientes da rede básica de saúde. Todos os procedimentos disponibilizados possuem código próprio de acordo com a Tabela Unificada do SUS.

Resultados

A aprovação e a busca dos pacientes pelas atividades de Acupuntura, Práticas Corporais da MTC/Automassagem e Auriculoterapia têm servido de termômetro para a gestão municipal difundir ainda mais as ações referentes às Práticas Integrativas e Complementares. Consolidadas estas atividades já se discutem a capacitação e formação de profissionais da rede básica de saúde para ampliação dos grupos de Automassagem, demonstrando o êxito na experiência de implantação das Práticas Integrativas e Complementares no município. Atualmente o fluxo de atendimento em Acupuntura está disponível para pacientes de saúde mental e as atividades de Automassagem e Auriculoterapia são de fluxo aberto/demanda espontânea disponível à população dos territórios de referência das unidades de saúde.

Conclusão

A PNPIC trouxe inovações no cuidado oferecido aos usuários(as) do SUS. A realidade da Atenção Básica imprime cada vez mais a ampliação da oferta de cuidados e sobretudo modelos de atenção pautados na lógica da Promoção e Prevenção em saúde. Nesse sentido as Práticas Complementares como a Acupuntura, Automassagem e Auriculoterapia desempenham papel significativo enquanto melhorias da Rede de Saúde. No município de Mogi das Cruzes essas modalidades de atenção foram efetivadas e beneficiam pacientes da Atenção Básica. O fortalecimento das Práticas Complementares deve receber apoio da Gestão Municipal para consolidação enquanto Política Pública.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS: atitude de ampliação de acesso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Projeto Acolhe Mamãe/Bebê Guaçuano

“Acolhe Mamãe/Bebê Guaçuano” Project

Ana Paula Cunha^I, Gisele Peres^{II}, Carolina Baruffi^{III}, Graziela Lellis^{IV},
Ana Cláudia F. Cezaroni^V, Jaqueline Serra^{VI}

Resumo

O Projeto “Acolhe Mamãe/Bebê Guaçuano” culminou com a descentralização do Teste do Pezinho que antes era realizado pela Santa Casa de Misericórdia e passou a ser realizado em todas as Unidades de Atenção Básica do município de Mogi Guaçu. O Protocolo baseia-se num roteiro pré-elaborado de assistência e acompanhamento a ser realizado em puérperas e recém-nascidos (RN) da área de abrangência da Unidade de Saúde. A implantação deste protocolo proporciona maior integração na equipe, fortalecendo seu vínculo com a puérpera e o RN, e, com isso, facilita o acesso ao serviço de saúde e a adesão ao acompanhamento. O projeto visa a melhorar a adesão ao acompanhamento das mães e crianças nas Unidades de Atenção Básica, além de fortalecer o vínculo destas com a equipe de saúde, diminuir as complicações no período puerperal, melhorar a adesão ao aleitamento materno, atuar em algum problema com a lactação, realizar o teste do pezinho e vacinação precocemente, orientar quanto aos cuidados com o coto umbilical, agendar consultas de puericultura com pediatra/enfermeiro, consulta puerperal, e Teste da Orelhinha, além da possibilidade de monitorar, prevenir e detectar precocemente alguma intercorrência.

Palavras-chave: Atenção Básica, Triagem neonatal, Promoção da saúde

Abstract

The project “Acolhe Mamãe/Bebê Guaçuano” culminated in the decentralization of the Guthrie test that was previously carried out by Santa Casa de Misericórdia and started to be carried out in all Basic Care Units of the municipality of Mogi Guaçu. The Protocol is based on a pre-elaborated roadmap of care and follow-up to be carried out in puerperas and newborns (NB) of the area of coverage of the Health Unit. The implementation of this protocol provides greater integration in the team, strengthening its link with the puerperium and the NB, and, thus, facilitates access to the health service and adherence to follow-up. The project aims to improve adherence from mothers and children in Primary Care Units, in addition to strengthening their link with the health team, reducing complications in the puerperal period, improving adherence to breastfeeding, acting on some problem with lactation, application of Guthrie test and vaccination early, guide the care of the umbilical stump, schedule childcare consultations with pediatrician / nurse, puerperal consultation, and OAE testing, as well as the possibility of early monitoring, prevention and detection of some intercurrentence.

Keywords: Primary Health Care, Neonatal screening, Health Promotion

^I Ana Paula Cunha (ana-p-c@ig.com.br) é enfermeira. Especialista em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde – Enfermagem – PROFAE – Escola Nacional de Saúde Pública – Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, UNESP-Botucatu. Especialista em Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde pelo Hospital Sírio Libanês. Especialista em Micropolítica da Gestão e do Trabalho em Saúde pela Universidade Fluminense. Coordenadora da Atenção Básica do Município de Mogi Guaçu-SP

^{II} Gisele Peres (gipebre@gmail.com) é enfermeira. Especialista em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde – Enfermagem – PROFAE – Escola Nacional de Saúde Pública – Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, UNESP-Botucatu. Especialista em Saúde da Família pela Uniararas. Coordenadora da Estratégia de Saúde da Família de Mogi Guaçu-SP

^{III} Carolina Baruffi (carolbaruffi10@hotmail.com) é enfermeira. Mestre e Especialista em Pediatria Geral pela Unifesp e Enfermeira da UBS Zaniboni I.

^{IV} Graziela Lellis (grazilellis@hotmail.com) é enfermeira. Especialista em Geriatria e Gerontologia pela Unifesp. Especialista em Gestão do Trabalho e educação pela Santa Casa. Especialização em saúde da Família pela Unifesp. Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente e Humanização em Saúde no município de Mogi Guaçu-SP

^V Ana Cláudia F Cezaroni (anacezaroni@hotmail.com.br) é enfermeira. Especialista em Enfermagem e Obstetrícia pela Uniararas e Coordenadora da Unidade Básica de Saúde do Jd. Guaçu Mirim no município de Mogi Guaçu-SP

^{VI} Jaqueline Serra (jaquelinecserra@gmail.com) é Técnica de Enfermagem pelo Colégio São Francisco. Interlocutora no Núcleo de Educação Permanente e Humanização em Saúde no município de Mogi Guaçu-SP



Introdução e justificativa

O Projeto “Acolhe Mamãe/Bebê Guaçuano” culminou com a descentralização do Teste do Pezinho que antes era realizado pela Santa Casa de Misericórdia e agora, acontecendo em todas as Unidades de Atenção Básica do município de Mogi Guaçu. O Protocolo baseia-se num roteiro pré-elaborado de assistência e acompanhamento a ser realizado em puérperas e recém-nascidos (RN) da área de abrangência da Unidade de Saúde. A implantação deste protocolo proporciona maior integração na equipe, fortalecendo seu vínculo com a puérpera e o RN, e, com isso, facilita o acesso ao serviço de saúde e adesão ao acompanhamento. Este momento tornou-se um meio para esclarecer dúvidas, orientar as famílias sobre os cuidados com a puérpera e RN e para identificar precocemente as mais variadas situações, podendo nestas, intervir e evitar complicações. A promoção e manutenção da saúde materna e neonatal apresentam resultados positivos tanto para a família como para o trabalho da equipe. A implantação de um protocolo com roteiro de acompanhamento sistematizado organiza o trabalho da equipe e torna as intervenções mais efetivas. Trabalhando de forma multiprofissional, a equipe desenvolve um cuidado integral a todas as puérperas e RN, de acordo com as necessidades individuais de cada família. Tanto o puerpério para a mulher, como os primeiros dias de vida do RN, são períodos onde os cuidados devem atender às necessidades do binômio mãe-bebê.

Objetivos

Os objetivos do projeto visam a melhorar a adesão ao acompanhamento das mães e crianças nas Unidades de Atenção Básica, além de fortalecer o vínculo destas com a equipe de saúde, diminuir as complicações no período de puerpério, melhorar a adesão ao aleitamento materno, atuar em algum problema com a lactação, realizar o teste do pezinho e vacinação precocemente, orientar quanto aos cuidados com o coto umbilical, agendar consultas de puericultura com pediatra/enfermeiro, consulta puerperal, e Teste da Orelhinha, além da possibilidade de monitorar, prevenir e detectar precocemente alguma intercorrência.

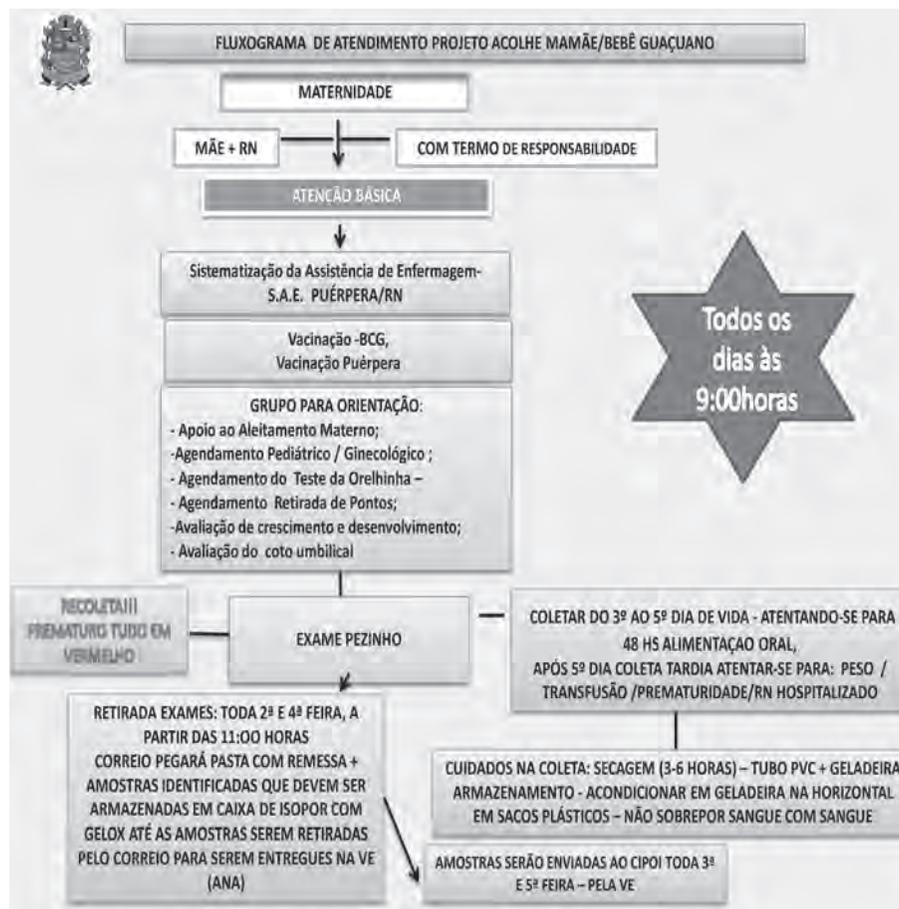
Metodologia

Durante o Pré-Natal, toda gestante deverá receber um folder com orientações a respeito do horário e dias para realização de Teste do Pezinho, Vacinação, Apoio ao Aleitamento Materno, Agendamento Pediátrico/Ginecológico, Agendamento do Teste da Orelhinha, Agendamento retirada de pontos, Avaliação do crescimento e Desenvolvimento do RN e Avaliação do coto umbilical, além de conter informações sobre o Teste do Pezinho, Aleitamento Materno, Visita à Maternidade, Orientações para ida à Maternidade: quando devo ir?, direito ao acompanhante, Contato pele a pele e Sinais de Parto. Este folder deverá ser entregue no Pré-Natal às gestantes e é realizada a leitura do mesmo junto com ela para que as orientações e o

esclarecimento de dúvidas sejam feitos. Tal procedimento pode ser feito pelo Enfermeiro, Técnico/Aux Enfermagem, A. C. S. visando a orientá-la para o parto e sua ida para Maternidade e também orientações para seu retorno à Unidade Básica de Saúde. Na Maternidade, novamente a puérpera deverá receber estas orientações, irá assinar o Termo de Responsabilidade e será encaminhada juntamente com seu bebê à unidade mais próxima de sua residência para assistência e acompanhamento. Este atendimento deverá acontecer entre o 3º e o 5º dia após o parto. Na chegada da puérpera e recém-nascido na Unidade Básica de Saúde/USF, deverão ser acolhidos e já na recepção serão providenciados o cartão da criança e o Cartão SUS, e encaminhados para equipe de enfermagem para

realização da assistência e orientações. A equipe de Enfermagem deve acolher o recém-nascido e mãe, parabenizando pela chegada do bebê e pela vinda à unidade. Para tal, implantamos os seguintes instrumentos de sistematização: 1 – Sistematização de Assistência de Enfermagem no Puerpério e RN; 2 – Sistematização de Assistência de Enfermagem ao RN 3 – Sistematização de Assistência de Enfermagem no Puerpério. Além disso, foram elaborados também um fluxograma de atendimento e um guia para coleta do Teste do Pezinho. Com a implantação destes instrumentos, a equipe de enfermagem fica amparada e norteada para a assistência e realização dos vários procedimentos, além de todas as orientações que deverão ser realizadas ao binômio mãe/recém-nascido.

Figura 1 – Fluxograma de Atendimento do Projeto “Acolhe Mamãe/Bebê Guaçuano.



Resultados

Após seis meses de aplicação do projeto, com início em Junho/2016, foram levantados como pontos positivos: – O acesso ficou facilitado para a paciente, pois agora realiza o exame próximo de sua residência; – Consulta com pediatra e puerperal já ficam agendadas e já é agendado também o Teste da Orelhinha, o que facilita para as mães; – Aumentou em muito o vínculo com a equipe, que também se mostrou toda mobilizada para a realização do projeto; – Muitas outras questões são abordadas e um número maior de informações importantes são transmitidas; – Retorno extremamente gratificante para a equipe de gestão; Algumas intervenções pontos de dificuldades a serem trabalhados: – A Maternidade está encaminhando para unidades que não são a referência de AB correta. Como intervenção iremos encaminhar

o roteiro de bairros e unidades de referência; – Dificuldade para retirar *clamp* umbilical – Verificar a possibilidade de compra de pinça adequada – Mogi Guaçu possui uma Penitenciária Feminina e recém-nascidos de lá estão chegando tardiamente para o exame e as mães não estão tendo o acompanhamento. Como proposta iremos reunir com a penitenciária para viabilizar uma solução; – Verificar código do win-saúde para registro do exame.

Considerações finais

Com a implantação do protocolo, o trabalho da equipe ficou mais organizado, de forma a ordenar as ações a serem desenvolvidas com recém-nascido/puérpera, além de maior vínculo com equipe, tornando as intervenções mais efetivas, bem como a continuidade do cuidado com binômio mãe/recém-nascido.

Canal Profissional: TV Educativa e Interativa como Instrumento de Formação e Fortalecimento do SUS

Professional Channel: Educational and Interactive TV as an Instrument for Training and Strengthening SUS

Kellen Reis Henrique^I, Lucia Langanke de Oliveira^{II}, Marcella Jeane Duarte^{III},
Nilciany Camargo Holm Cunha^{IV}, Renato Maia da Silva^V.

Resumo

O Canal Profissional da Rede São Paulo Saudável – TV Corporativa da SMS-SP, sediado na Escola Municipal de Saúde Pública, foi criado em 2008 com o objetivo de transmitir conteúdo educativo para as Unidades de Saúde. Em 2016 o projeto de consolidação da TV como educativa e interativa propôs a readequação de seu conteúdo por meio da reformulação da grade de programação, construída coletivamente com os trabalhadores da saúde, visando a despertar o seu interesse, incentivando-os à reflexão do trabalho e informação, e assim alcançar impactos e mudanças positivas na Atenção à Saúde da População. Para isso ampliou-se o acesso ao conteúdo produzido na TV com a adequação do canal no YouTube e implantaram-se ferramentas de interação – WhatsApp, E-mail e Chat, além de parcerias para alavancar a divulgação, roteiros baseados nos conceitos do SUS e melhorias na qualidade técnica e estética. Com a integração de mídias do total de inscritos no YouTube em todo o ano de 2016, 67% foram registrados só entre agosto e dezembro. A interação que era nula foi de 924 participações neste mesmo período.

Palavras-chave: educação em saúde, TV educativa, mídias alternativas.

Abstract

The Professional Channel of the São Paulo Healthy Network - Corporate TV of SMS-SP, headquartered at the Municipal School of Public Health, was created in 2008 with the objective of transmitting educational content to the Health Units. In 2016 the TV consolidation project as educational and interactive model proposed the readjustment of its contents through the reformulation of the programming grid, built collectively with the health workers, aiming to arouse their interest, encouraging them to reflect on work and information, and thus achieve positive impacts and changes in the Attention to the Health of the Population. In order to do this, access to the content produced on TV with the adaptation of the channel on YouTube was amplified and interaction tools were implemented - WhatsApp, E-mail and Chat, as well as partnerships to leverage the dissemination, scripts based on SUS concepts and improvements in technical and aesthetic quality. With the integration of media from total YouTube subscribers throughout 2016, 67% were recorded only between August and December. The interaction that was null was 924 participations in this same period.

Keywords: Health education, educational TV, alternative media.

^I Kellen Reis Henrique (kellenreis.tv@gmail.com) é Bacharel em Comunicação Social com habilitação em Jornalismo pela Unitau.

^{II} Lucia Langanke de Oliveira (lloiveira@prefeitura.sp.gov.br) é Bacharel em Odontologia; Pós-graduada em Gestão de Pessoas pela Fundação Getúlio Vargas – FGV – São Paulo.

^{III} Marcella Jeane Duarte (marcellajduarte@bol.com.br) é Bacharel em Comunicação Social com habilitação em Jornalismo – Unip; Pós-graduada em Comunicação Empresarial – Metodista.

^{IV} Nilciany Camargo Holm Cunha (nilciany@gmail.com) é Bacharel em Publicidade e Propaganda pela Universidade Mackenzie; Pós-graduada em Marketing pela PUC-SP – Atualmente está como coordenadora do Núcleo de Comunicação e TV Corporativa do Centro de Desenvolvimento, Ensino e Pesquisa em Saúde – CEDEPS – da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

^V Renato Maia da Silva (maiajazz@gmail.com) é Bacharel em Radialismo pela Universidade Estadual Paulista – Unesp.



Introdução e Justificativa

O Canal Profissional, TV Corporativa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, sediada na Escola Municipal de Saúde Pública e integrante da Rede São Paulo Saudável, nasceu em 2008 com o objetivo principal de transmitir conteúdo educativo para as Unidades de Saúde visando a melhorar a capacitação de seus trabalhadores por meio da Educação a Distância, impactando na melhoria da atenção à saúde da população do município de São Paulo. Sua estrutura conta com uma rede de transmissão e recepção de sinais com cerca de 1.000 pontos de TV digital via satélite, além de um estúdio de gravação e geração.

Considerando que São Paulo é a maior cidade do País, o Canal Profissional tem o compromisso de trabalhar na defesa do SUS e compartilhar o conteúdo produzido com todo o Brasil. Para isso, a Escola Municipal de Saúde Pública investe em tecnologias que possibilitam o acesso universal e a interatividade com os trabalhadores da saúde e o público em geral.

Desde sua criação a programação do Canal Profissional vem sendo pensada e revisada buscando melhor atender às necessidades dos trabalhadores e da gestão. Percebendo a importância de uma participação mais ativa dos trabalhadores nos conteúdos, em 2016 a programação

passa a ser interativa com enfoque exclusivamente na educação no trabalho.

Pensando nisso um primeiro programa foi planejado, dando início a essa reestruturação, o *Formação em Debate*. Criado em um novo formato, com uma linguagem mais leve e permitindo a interatividade, seu conteúdo é baseado nas dúvidas e questionamentos dos trabalhadores da saúde. Devido à expressiva participação, essa experiência deu início a uma nova concepção da grade para o Canal, estendendo o conceito para outros programas.

Objetivo

Consolidar o Canal Profissional como uma Televisão Educativa e Interativa reformulando a grade de programação, por meio da construção coletiva com os trabalhadores da saúde. Tal ação visa a despertar o interesse do trabalhador, incentivando-o à reflexão do trabalho e informação e assim alcançar impactos e mudanças positivas na Atenção à Saúde da População.

Metodologia

A adequação do Canal no YouTube – criado em 2012, ampliou o acesso a todo o conteúdo da TV pela Internet, e a introdução de ferramentas de interatividade (WhatsApp, e-mail e chat)

completou a lista de ações iniciais. A interatividade conquistada, por si só também foi uma metodologia valiosa.

A estratégia envolveu ainda ampliar a divulgação por meio de banco de dados de e-mail, envio de Comunicado Saúde e ações nas Redes Sociais (Facebook, Twitter, WhatsApp). Parcerias firmadas com o Programa Telessaúde Redes do Município de São Paulo e da Rede Humaniza SUS também passaram a contribuir com essa publicidade.

A construção de uma nova identidade visual para o Canal e para cada programa da grade, além da adequação de formatos televisivos clássicos às necessidades da nova programação foram algumas das ferramentas usadas na busca de melhorias técnicas e estéticas.

Os roteiros passaram a aprofundar os conceitos do SUS, fomentando o trabalho em equipe e evitando a fragmentação de conteúdos por categorias de trabalho.

A linguagem passou a reconhecer todos os trabalhadores como integrantes do SUS São Paulo sem discriminar servidores e colaboradores das Organizações Sociais. E ainda incentiva a aproximação das Unidades com os territórios e suas realidades, potencializando o trabalho em conjunto com conselhos gestores e população.

Resultados

Entre as conquistas estão a criação de novos programas e a ampliação do acesso ao conteúdo produzido na TV por meio do Canal no YouTube ([youtube.com/CanalProfissional-SMS-SP](https://www.youtube.com/CanalProfissional-SMS-SP)), método utilizado pelos maiores canais de Televisão atualmente.

O impacto se deu ainda nas interações por e-mail, WhatsApp e chat no YouTube com dúvidas, sugestões, críticas e elogios. Resultado também percebido na interatividade em tempo real, ou

seja, nas transmissões ao vivo, chegando a outros locais do Brasil (Belo Horizonte, Manaus, Rio de Janeiro, Campo Grande) e do exterior (Portugal, Angola, Buenos Aires).

Com essa integração de mídias, do total de inscritos no YouTube, em todo o ano de 2016, 67% foram registrados só entre agosto e dezembro. A interação que era nula foi de 924 participações neste mesmo período.

Parte importante dessa conquista foi percebida também com o maior envolvimento das áreas técnicas do gabinete da Secretaria Municipal da Saúde, impactando na qualidade do conteúdo e na variedade de temas abordados.

O aperfeiçoamento das questões técnicas e estéticas garantiu ao Canal Profissional se aproximar do padrão de qualidade de TV aberta.

Considerações Finais

Se compararmos a programação do início das atividades do Canal Profissional à atual é fácil perceber o avanço não só no que se refere ao conteúdo, mas também em questões técnicas. O Canal é uma potência presente nas Unidades de Saúde, permitindo que as equipes o assistam e discutam seu conteúdo, aplicando o real conceito de Educação Permanente.

Um trabalho de vanguarda que serve como modelo para diversos outros serviços de saúde espalhados pelo Brasil, uma vez que a Rede São Paulo Saudável e a Escola Municipal de Saúde Pública/SMS são pioneiras na esfera municipal nesta nova forma de capacitar e formar seus trabalhadores. É uma das principais fontes de informação (Transmissão de notícias), capacitação (cursos EAD) e atualização profissional (Programas para esclarecimento de dúvidas), além de uma valiosa ferramenta de diálogo entre a gestão e o trabalhador da saúde, sem a necessidade de deslocamento físico.

O reconhecimento da TV como uma ferramenta para auxiliar o trabalhador no enfrentamento de sua rotina é sentido pela interação cada vez mais frequente e expressiva.

Ao iniciar as atividades visando à consolidação do Canal Profissional por meio da interatividade com os trabalhadores do SUS, a equipe de produção desse conteúdo também foi impactada: ampliaram-se as discussões de cada ação, integraram-se as tarefas em equipe, o trabalho tornou-se mais conexo, refletindo em todo o processo de se fazer a TV.

Formação para conselheiros em saúde

Training for health counselors

Aline David de Farias^I, Margareth Denise Mayoral^{II}, Maria de Jesus Assis Ribeiro^{III},
Merilin Vieira de Oliveira Alencar^{IV}, Paulo Cristian Silva de Paula^V, Tânia Regina Toledo^{VI}

Resumo

Guarulhos é a segunda maior cidade em índice populacional no Estado de São Paulo. Diversos indicadores apontam a cidade com discrepantes contrastes sociais e produtora de desigualdades entre os seus habitantes. O Conselho Municipal de Saúde é um órgão colegiado, composto por pessoas de diferentes segmentos da sociedade, com caráter permanente, deliberativo e fiscalizador, normativo e autônomo. Em Guarulhos, o Conselho foi criado em dezembro de 1990. Por meio dos conselhos de saúde, os cidadãos podem influenciar as decisões do governo relacionadas à saúde e, também, ao planejamento e à execução de políticas de saúde, bem como da adequada utilização dos recursos. Nos últimos anos a gestão participativa foi reconhecida como uma das áreas prioritárias na Secretaria de Saúde de Guarulhos. Houve maior aproximação da gestão com o controle social por meio de reuniões do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos Gestores das unidades de saúde. A capacitação e valorização dos conselheiros é muito importante, pois, empoderados, podem contribuir com informações atualizadas acerca das disputas presentes nos espaços de controle social. Neste artigo será abordado a qualificação na capacitação e o aumento do número de conselheiros participantes nos cursos formadores.

Palavras-chave: Conselheiros de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, formação.

Abstract

Guarulhos is the second largest city in population index at São Paulo state. Several indicators punctuate the city with discrepant social contrasts and producer of inequalities among its inhabitants. The Municipal Health Council is a collegiate organ, composed of people from different segments of society, with a permanent, deliberative and inspectorial, normative and autonomous character. In Guarulhos, the Council was created in December 1990. Through health councils, citizens can influence government decisions related to health, as well as the planning and execution of health policies, as well as the adequate utilization resources. In recent years, participatory management has been recognized as one of the priority areas in the Guarulhos Health Department. There was a greater approximation of management with social control through meetings of the Municipal Health Council and the Management Councils of the health units. The training and valuation of the counselors is very important, because, empowered, they can contribute with updated information about the disputes present in social control spaces. This article will discuss training qualification and the increase of the number of counselors participating in training courses.

Keywords: Health Counselors, Municipal Health Council, training.

^I Aline David de Farias é fonoaudióloga, fez Aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto Saúde, Especialista em Processos Educacionais em Saúde para Preceptores do SUS pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa e é Apoiadora da Educação Permanente na Região Pimentas/Cumbica em Guarulhos.

^{II} Margareth Denise Mayoral é Enfermeira, Especialista em Processos Educacionais em Saúde para Preceptores do SUS pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, Aprimoramento em Preceptoría do SUS pela Unifesp, Aprimoramento em Envelhecimento pela Fiocruz, Especialista em Urgência e Emergência pela Universidade de Guarulhos e Apoiadora da Educação Permanente na Região Cantareira em Guarulhos.

^{III} Maria de Jesus Assis Ribeiro é Assistente Social, Mestre em Serviço Social pela PUC-SP, Especialista em Combate à Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes pela USP.

^{IV} Merilin Vieira de Oliveira Alencar é Enfermeira, Especialista em Gestão Hospitalar pela UNICID e Especialista em Saúde Pública com ênfase em ESF-Unifesp.

^V Paulo Cristian Silva de Paula tem formação em Sistemas de Informação e é Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde de Guarulhos.

^{VI} Tânia Regina Toledo (taniartoledo@gmail.com) é Psicóloga, Especialista em Psicologia Hospitalar pela PUC-SP, Especialista em Gerência de Unidade de Saúde pela FSPUSP, Especialista em Processos Educacionais em Saúde para Preceptores do SUS pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa e Apoiadora da Educação Permanente na Região São João/Bonsucesso em Guarulhos.



Introdução

Guarulhos é a segunda maior cidade em índice populacional no Estado de São Paulo e o 13º lugar no PIB nacional (IBGE, 2013). A população é de 1.221.979 habitantes residentes no município de Guarulhos (IBGE 2010). Em 2015 o IBGE estimou que o município de Guarulhos contava com 1.314.781 habitantes. Diversos indicadores apontam a cidade com discrepantes contrastes sociais e produtora de desigualdades entre os seus habitantes. Ou seja, as condições de vida, de trabalho e

renda são desiguais entre os moradores da cidade. Essas diferenças apresentam-se como determinantes sociais em saúde que interferem diretamente nas condições de saúde das pessoas. Nesta perspectiva, os Conselhos Gestores representam ampliação dos espaços de participação popular na consolidação do SUS. Tem como função o planejamento, avaliação, fiscalização e controle da execução das políticas e das ações de saúde, em sua área de abrangência e características do serviço.

Breve histórico

O Conselho Municipal de Saúde é um órgão colegiado, isto é, composto por pessoas de diferentes segmentos da sociedade, com caráter permanente, deliberativo e fiscalizador, normativo e autônomo.

Em Guarulhos, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi criado pelo Decreto 16.293 em 3 de dezembro de 1990, enquanto exigência legal prevista nas Leis 8.080/90 e 8.142/90 (Lei Orgânica da Saúde). Os Conselhos Gestores em Saúde das Unidades do município de Guarulhos foram instituídos por meio da LEI Nº 5.776, DE 7 DE JANEIRO DE 2002.

A Lei 8.142/90 estabelece como finalidade do Conselho de Saúde verificar se a assistência prestada atende às necessidades da população, e se a formulação das políticas de saúde propostas pelo município orientam as ações condizentes com o que a população precisa e se as legislações que pautam o SUS estão sendo cumpridas.

Por intermédio dos conselhos de saúde, os cidadãos podem influenciar as decisões do governo relacionadas à saúde e, também, o planejamento e a execução de políticas de saúde, bem como da adequada utilização dos recursos.

1. Definem-se como Conselho Gestor os membros eleitos para comporem os conselhos locais das unidades de saúde (usuários/as, trabalhadores/as e gestores/as) das UBS, Especialidades, Pronto Atendimento e Hospitais, mas que não necessariamente fazem parte do Conselho Municipal de Saúde.

2. Até o ano 2016 este grupo condutor estava formado por: representantes da Escola Sus, do Conselho Municipal de Saúde, do Núcleo de Gestão Participativa, das Regiões de Saúde e dos Hospitais e de Conselheiros Gestores.

Papel dos Conselheiros de Saúde

Os conselheiros são a ligação entre o conselho de saúde e o grupo social que representam. Cada conselheiro representa uma parte da sociedade e está no conselho para levar as necessidades e as sugestões da sua comunidade e/ou entidade a qual representa para as políticas de saúde.

Dentre as diversas competências do Conselho, destacam-se: implementar a mobilização e articulação contínua da Sociedade; estabelecer, controlar, acompanhar e avaliar a política de Saúde do município; avaliar e deliberar sobre contratos e convênios; examinar e propor soluções sobre propostas e denúncias; participar e apoiar na organização da Conferência Municipal de Saúde; fiscalizar a movimentação dos recursos financeiros repassados à Secretaria da Saúde e sua devida aplicação.

Justificativa

Nos últimos anos a gestão participativa foi reconhecida como uma das áreas prioritárias na Secretaria de Saúde de Guarulhos. Houve maior aproximação da gestão com o controle social por meio de reuniões do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos Gestores das unidades de saúde¹, realização de plenárias da saúde participativa, das miniconferências, das conferências municipais e regionais de saúde e a oferta de cursos de formação para Conselheiros/as de Saúde. Até o ano 2015 a formação para conselheiros/as acontecia em formatos distintos. Havia uma formação para os conselheiros/as municipais e outra formação para os conselheiros/as gestores/as de saúde. No entanto, uma inquietação sempre esteve presente no cotidiano dos conselheiros de saúde (municipais e locais), qual seja, a falta de aproximação entre essas duas instâncias de controle social, por exemplo, alguns conselheiros locais sequer tinham conhecimento sobre a localização do conselho municipal, tampouco demandava questões para aquele conselho. Essa questão também sempre foi motivo de inquietação para o grupo condutor² que construía o processo pedagógico desses dois cursos de formação.

Diante dessas reflexões, no ano 2016 o grupo condutor propôs uma mudança estrutural: unir os dois cursos em um único, passando a ser intitulado como “Formação para Conselheiros e Conselheiras em Saúde”. Este trabalho tem a intenção de apresentar essa mudança pedagógica no processo de formação dos conselheiros/as de saúde, bem como os avanços e desafios identificados.

Objetivo

Unificar os dois cursos para Conselheiros/as em Saúde favorecendo maior aproximação e articulação entre o Conselheiros/as Municipais de Saúde e os Conselheiros/as Gestores das unidades de saúde, bem como fortalecer o controle e a participação social no município de Guarulhos.

Metodologia:

Para reformulação da proposta pedagógica foi utilizada uma metodologia de encontros dialógicos, voltados para a escuta dos atores envolvidos (usuários/as, trabalhadores/as e gestores/as) – por meio de reuniões do grupo condutor em

conjunto com representantes do Conselho Municipal da Saúde, das Regiões de Saúde e outros departamentos da saúde. Os princípios e diretrizes da Política de Humanização permeou a construção da formação, especialmente no que se refere à gestão participativa. De fato, o controle social no município demonstra o reconhecimento e legitima as ações e conceitos da Política de Humanização, os quais cita recorrentemente e solicita sejam lembrados e aplicados nas práticas da atuação no SUS. Partindo então da metodologia ativa e problematizadora e das diretrizes da humanização, o grupo condutor iniciou a elaboração de uma Matriz Pedagógica, com temas que contemplassem as expectativas tanto dos conselheiros/as municipais, como dos conselheiros/as gestores, contendo: A construção histórica do SUS, A história dos Conselhos de Saúde de Guarulhos, Funcionamento dos Conselhos, O Sistema de Saúde de Guarulhos, Processo Saúde Doença, Redes de Atenção em Saúde, Rotina de uma Unidade de Saúde e Programa Pró-Rede Saúde.

A formação contou com uma aula inaugural, quando foram convidados atores importantes no fortalecimento da participação popular, como militantes do movimento pelo fortalecimento do SUS da zona leste de São Paulo e acadêmicos que discutem o tema na academia. Foi um encontro denso e emocionante. Além disso, celebrar é sempre importante e contamos com a apresentação da Banda da Guarda Civil Metropolitana de Guarulhos, tornando o evento festivo e alegre.

Outro fator que merece destaque foi a redução do tempo de formação. Até 2015, a formação para conselheiros levava meses para ser concluída, pois eram encontros quinzenais ou mensais. Nesse novo formato optou-se por encontros semanais, ou seja, a formação totalizou seis encontros semanais, com carga horária total de 24 horas (quatro horas diárias). O que exigiu

das Regiões de Saúde um trabalho intenso de divulgação e mobilização de conselheiros junto às unidades de saúde. Utilizando-se de metodologias ativas, o grupo primou por garantir um espaço de diálogo aberto e problematizador em cada encontro. Os recursos didáticos utilizados visavam a provocar e subsidiar as discussões como por exemplo filmes sobre os sistemas de saúde e elaboração de material visual pelos participantes como a construção de maquete de sucata, para subsidiar a discussão das características do território em discussão. Situar a evolução do sistema de saúde na linha do tempo em contraponto à experiência de cada um – especialmente dos mais velhos –, na utilização dos serviços, constituiu uma rica experiência para todos, quando cada um pode localizar dificuldades e avanços na construção do sistema público de saúde, a partir dos relatos das experiências de cada um dos participantes. Outro aspecto interessante foi que alguns conselheiros municipais já em segundo mandato e mais experientes, puderam atuar como multiplicadores, realizando importante contribuição na formação dos que iniciavam o processo na atuação como conselheiros gestores.

Quanto ao material didático o grupo condutor reuniu esforços para construir um único material intitulado: “Caderno para Conselheiros e Conselheiras em Saúde”, com a proposta de um material prático, contendo as informações necessárias para o exercício do controle social, reduzindo a densidade do conteúdo e mantendo as citações das referências, substituindo as duas apostilas anteriormente elaboradas. Sendo assim, o caderno ficou com o seguinte conteúdo: apresentação, introdução, como surgiu o movimento popular e os conselhos de saúde, diferença entre saúde pública e saúde privada, carta dos direitos e deveres dos usuários do SUS, o que é o controle social em saúde, para que servem os conselhos e as conferências,

como participar do Conselho Municipal de Saúde, funcionamento dos conselhos de saúde, composição dos conselhos de saúde, o papel dos usuários/as, trabalhadores/as e gestores/as da saúde nos conselhos de saúde, como se constitui e organiza a rede de saúde no município, o que é e para que serve o Plano Municipal de Saúde, como acompanhar o orçamento do SUS, o que é o Pró-Rede Saúde, (Programa de Recursos Descentralizados na Saúde), outros canais de participação, telefones úteis, indicação de sites para consultas de legislações, referências bibliográficas e anexos.

Resultados

Um dos fatores que merece destaque foi a valorização dos conselheiros municipais (usuários/as) como protagonistas no processo de formação, empoderados pelo resgate histórico e político de criação dos conselhos e contribuindo com informações atualizadas acerca das disputas presentes nos espaços de controle social. Comparando com as últimas edições do curso, houve um aumento do número de participantes: em 2014/2015 foram formados 148 conselheiros/as e em 2016 totalizaram-se 350 conselheiros/as formados.

Considerações Finais

Como fator positivo destaca-se a participação conjunta dos representantes das duas instâncias – conselho municipal e conselho gestor – no mesmo processo de formação, o qual favoreceu um espaço importante de troca de

saberes, que somaram visões diferenciadas sobre a saúde pública no município. A participação de representantes dos usuários, dos trabalhadores e dos gestores proporcionou aos participantes a visão mais ampliada, onde cada um pode perceber o ponto de vista do outro na complexa teia de relações formada pelo trabalho realizado na saúde.

A cada edição do curso são revistos conceitos e formatos, procurando atualizar e potencializar os aprendizados de todos no processo.

Como desafio aponta-se a perspectiva de encantar mais gestores/as, trabalhadores/as e usuários/as da saúde para uma construção crítica, participativa e coletiva do SUS. Outro desafio é oferecer esta formação permanente e aberta para população em geral que tenha interesse nas questões de controle social, para motivar e fortalecer a participação de modo mais consciente e autônomo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Conselhos de Saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS. Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Para entender o controle social na saúde/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
3. Guarulhos. Secretaria de Saúde. Conselho Municipal de Saúde de Guarulhos – Guia prático, 2011-2012.
4. Palma JLL . SILVA M. Os movimentos populares e a conquista da participação no sistema único de saúde. Encontros de memória e história São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2016

Compartilhando informações em saúde como instrumento de gestão

Sharing health information as a management tool

Cláudia Angélica Leme de Almeida¹

Resumo

Este trabalho apresenta um projeto realizado no município de Embu das Artes de implantação de um Núcleo de Informação em Saúde, com o objetivo de subsidiar as tomadas decisões dos gestores e ajudar no planejamento das ações em saúde do município. Foram realizadas diversas ações junto às unidades de saúde como: a sensibilização em relação à importância das informações, um alinhamento conceitual sobre como coletar os dados da forma mais fidedigna possível e discussões sobre o resultado das informações fornecidas. Após esse processo de sensibilização e alinhamento conceitual, passou-se a disponibilizar sistematicamente, para as unidades de saúde, os relatórios com indicadores de saúde, o que levou a uma democratização da informação em saúde e uma segurança ao gestor na escolha dos caminhos e prioridades a seguir, permitindo que este trabalhe efetivamente dentro dos princípios do SUS. Os trabalhadores tornaram-se protagonistas e corresponsáveis pelas informações em saúde.

Palavras-Chave: Planejamento, informações, indicadores.

Abstract

This work presents a project carried out in the city of Embu das Artes to implement a Health Information Nucleus, with the purpose of subsidizing the decision making of the managers and helping in the planning of the health actions of the municipality. A number of actions were carried out at the health units such as awareness of the importance of information, a conceptual alignment on how to collect data in the most reliable way possible and discussions on the results of the information provided. After this process of awareness and conceptual alignment, reports with health indicators were systematically available to the health units, which led to a democratization of health information and a safety to the managers in their choices of paths and priorities, allowing them to work effectively within the principles of SUS. Workers became protagonists and co-responsible for health information.

Keywords: Planning, information, indicators.

¹ Cláudia Angélica Leme de Almeida (fonoclualmeida@gmail.com) é graduada em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1992), mestrado em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2001). Atualmente é professora da FAAP (Faculdade Armando Álvares Penteado) e coordenadora do setor de Planejamento em Saúde da Prefeitura de Embu das Artes.



Introdução e Justificativa

O município de Embu das Artes, a partir de julho de 2009, devido à precariedade de informações em saúde que subsidiassem a tomada de decisões dos gestores, investiu na implantação de um núcleo de informações que pudesse elaborar relatórios, evidenciar e democratizar as informações de saúde tanto para as unidades de saúde como para a população de forma geral. O núcleo de informações passou a compor o setor de Planejamento em Saúde da Secretaria de Saúde de Embu das Artes.

Ter um núcleo de informações para tomada de decisões é fundamental para entendimento da saúde e definição de políticas locais. Segundo Almeida (1995, pp 470)

...os indicadores epidemiológicos são importantes na programação em saúde, pois dada a própria natureza, dos dados usados na sua construção permitem recuperar as informações sobre a população como um todo, não se restringindo apenas à clientela usuária SUS. Somente com estas informações pode obter-se uma melhor compreensão do modelo assistencial e de seus problemas, colaborando para sua reorientação, onde e quando se fizer necessário. A prática corrente de alocação de recursos com base na relação entre o programado e

produzido tende a manter a atual organização dos serviços. Cabe, ainda, enfatizar a importância do uso de informações epidemiológicas para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde contribuindo para a identificação e correção de pontos de estrangulamento da atenção à saúde.

A partir dessa proposta de ter as informações de saúde democratizadas e analisadas, os gestores puderam ter um olhar mais crítico para a situação de saúde, podendo trabalhar mais efetivamente com os princípios do SUS de:

1. Equidade – elegendo como prioridade, por meio das informações em saúde, a população de maior vulnerabilidade.

2. Universalidade – garantindo, por intermédio da otimização das informações, o acesso aos serviços de saúde de forma consciente e participativa por parte dos munícipes, que passaram a ter um entendimento maior dos fluxos e da rede que compõe a Atenção à Saúde.

3. Integralidade – permitindo, pelas informações, se pensar num leque de ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência a doentes, propiciando uma sistematização do conjunto de práticas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde. Tudo isso subsidiado por indicadores de saúde.

Objetivos

Implantar um Núcleo de Informações em saúde de forma a subsidiar as tomadas de decisões dos gestores e ajudar no planejamento das ações em saúde do município. Esse projeto tem como objetivos específicos a sensibilização das unidades de saúde para as informações em saúde, a fidedignidade da coleta de dados e a democratização da informação.

Metodologia

Iniciaram-se primeiramente um processo de sensibilização em relação à importância das informações junto às unidades de saúde e um alinhamento conceitual com estas unidades, de forma que elas pudessem entender como se deve coletar dados e ter o mesmo entendimento no envio dessas informações que posteriormente seriam condensadas pelo Núcleo de Informações.

Foram realizados muitos encontros com os diversos setores que compõem as unidades de saúde para alinhar como deveria ser a coleta de dados e, a partir desses encontros, houveram discussões sobre o resultado das informações fornecidas, de forma que os trabalhadores da saúde puderam ver no que se transformava aquele dado que eles forneciam para a Secretaria de Saúde.

Foi muito gratificante para os trabalhadores, entender qual era o objetivo de se coletarem tantos dados, que a princípio pareciam apenas uma tarefa burocrática.

Após esse processo de sensibilização e alinhamento conceitual, passou-se a disponibilizar sistematicamente, para as unidades de saúde, os relatórios com indicadores de saúde. Além disso, houve um intenso trabalho, realizado pelo Núcleo de Informação, de monitoramento de dados enviados, de forma a criar uma atitude crítica junto aos trabalhadores, antes do envio das informações à Secretaria da Saúde. Hoje, os trabalhadores da saúde já conseguem entender se

uma informação é pertinente e se condiz com a realidade do município.

Resultados

Com a implantação do Núcleo de Informação em Saúde compondo o setor de Planejamento em Saúde, foi possível uma democratização da informação em saúde e uma segurança ao gestor na escolha dos caminhos e prioridades a seguir, permitindo que este trabalhe efetivamente dentro dos princípios do SUS. Além disso, criou-se junto aos trabalhadores da saúde, uma cultura de se privilegiar as informações. Os trabalhadores tornaram-se protagonistas e corresponsáveis pelas informações em saúde.

Considerações Finais

Ter uma cultura de valorização da informação em saúde é fundamental para embasar o trabalho do gestor. Esse processo foi iniciado em Embu das Artes em 2009, mas ainda há a necessidade de ampliação do Núcleo de Informação em Saúde, de forma a publicizar cada vez mais as informações.

Há um projeto, na Secretaria da Saúde, de se criarem salas de situação e de se equipar as unidades de saúde com Banners, contendo informações atualizadas mensalmente de indicadores de saúde locais, com o objetivo de aumentar a participação da população no entendimento das ações realizadas em torno da saúde.

Referências

1. Almeida, F. Márcia. O uso de informações em saúde na gestão dos serviços. In Saúde soc. vol. 4 nº 1-2 São Paulo 1995
2. Pinheiro, R. Integralidade. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Acesso em 25 de mar. 2014. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html..>

Educação Permanente: Estratégia de gestão para mudança de modelo de atenção à Saúde e fortalecimento do SUS em município do interior Paulista

Permanent Education: Management strategy to change health care model and SUS strengthening in an municipality interior of São Paulo state

Juliana Pierami de Freitas¹

Resumo

Trata-se de um relato de experiência de uma vivência realizada no campo da gestão municipal de saúde que tinha como proposta a realização de encontros de educação permanente com os trabalhadores de saúde para reorganizar o sistema de saúde do município de Paranapanema-SP, levando em consideração o modelo de atenção às condições crônicas. Os encontros foram realizados mensalmente com a participação das equipes da atenção básica, apoiados por um tutor municipal, articulador da atenção básica e facilitadores do CONASS. Dentre os resultados, ressaltam-se a implantação do cronograma de atividades e reuniões com horário protegido, implantação do sistema de informação com prontuário eletrônico, reorganização das agendas de atendimentos priorizando o cuidado continuado às condições crônicas e instituição de apoio matricial em saúde mental. Este processo contribuiu para transformar práticas de gestão, havendo necessidade de fixação deste processo, o qual pode ser utilizado para fortalecer o SUS.

Palavras-chave: sistema único de saúde, educação permanente, gestão.

Abstract

This is an experience report of a lived experience in the field of municipal health management that had the proposal to hold permanent education meetings with health workers to reorganize the health system of the municipality of Paranapanema/SP, considering the model of attention to chronic conditions. The meetings were held monthly with the participation of the primary care teams, supported by a municipal tutor, articulator of basic care and facilitators of CONASS. Among the results, it is worth mentioning the implementation of the schedule of activities and meetings with protected hours, implementation of the information system with electronic medical records, reorganization of care schedules prioritizing the continued care of chronic conditions and institution of matrix support in mental health. This process has contributed to transform management practices, and there is a need to establish this process, which can be used to strengthen SUS.

Keywords: Brazilian Health System, Continuing education, Organization and Administration.

¹ Juliana Pierami de Freitas (ve.juliana@paranapanema.sp.gov.br) é Enfermeira, Mestre e Especialista em cuidado Pré-natal e Coordenadora da Atenção Básica de Paranapanema-SP.



Introdução

A transição demográfica acelerada e uma transição epidemiológica singular expressa na tripla carga de doenças: infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença fortemente hegemônica das condições crônicas, mostram a necessidade de contínuo aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual enfrenta ao longo de sua construção muitos desafios financeiros, operacionais, estruturais ou de gestão. Como marco neste sentido, notam-se falta de coesão entre as necessidades de saúde da população e as políticas apresentadas pelo sistema, visto a morosidade que o sistema apresenta em transpor um sistema de atenção organizado para atender às condições agudas, voltado ao cuidado contínuo das condições crônicas.³

É importante ressaltar que as antigas práticas centradas na doença, devem ser repensadas, haja vista, as mesmas não se harmonizam com o sistema público vigente e as necessidades de saúde apresentadas pela população.⁴

Diante a necessidade de enfrentar o desafio de atender às reais necessidades de saúde da população, a educação permanente em saúde (EPS) pode ser expressa como ato político em defesa do trabalho no SUS, a qual oportuniza a

adesão dos trabalhadores durante processos conjuntos de gestão participativa com tendência transformadora, obtida por meio do estímulo à reflexão crítica sobre os processos de trabalho das equipes, contribuindo para o alcance de gestão e atenção qualificada.^{1,2}

A educação permanente pressupõe a melhoria da qualidade da assistência prestada pela qualificação dos profissionais da saúde, na intenção de alterar o modelo biologicista para um modelo preventivista. Tal processo desenvolvido por intermédio da problematização pode trazer significado aos trabalhadores envolvidos com vistas à construção de um novo modo de organizar e praticar os cuidados em saúde, incorporando as “necessidades de saúde da população” como sujeito principal das ações de cuidado.⁴

A incorporação da EPS no município de Paranapanema tem ensejado promover mudanças nos processos de trabalho, visando a modificar o modelo de atenção vigente para assistir à população de acordo com suas reais necessidades de saúde.

Objetivo

Relatar uma experiência de educação permanente, como estratégia para reorganização do

sistema de saúde do município de Paranapanema-SP, levando em consideração o modelo de atenção às condições crônicas.

Metodologia

Caracterização do município

O município de Paranapanema esta localizado no interior do Estado de São Paulo, com população em torno de 19.126 habitantes. A cidade é formada por dois núcleos urbanos: a sede e o distrito, além dos bairros rurais adjacentes espalhados por extensa área territorial e está inserido na área de abrangência do DRSVI de Bauru (RRAS 9). Atualmente possui três equipes de saúde da família e duas unidades básicas tradicionais compondo a rede básica.

Prática da educação permanente no município

O processo de consolidação e fortalecimento da educação permanente no município foi impulsionado pelos desdobramentos das ações desenvolvidas pelo projeto “Planificação da Atenção Primária”, na região de saúde do Vale do Juruimir em dezembro de 2015, com apoio do CO-NASS e articulador da atenção básica da região.

Em um primeiro momento foi selecionado um profissional do município para desempenhar o papel de tutor, o qual a partir de fevereiro de 2016 acompanhou junto à equipe de apoio no município de Avaré, momentos mensais de discussão acerca dos processos de trabalho e organização de uma equipe de saúde intitulada “unidade laboratório”, totalizando sete encontros de janeiro a dezembro de 2016. Concomitantemente, essas discussões foram reproduzidas nas cinco unidades do município. Participaram dos encontros os profissionais das equipes de saúde envolvidas com apoio do tutor municipal e articulador da atenção básica, os quais acompanhavam as

reuniões das equipes e desencadeavam discussões acerca primeiramente do perfil epidemiológico e de morbimortalidade do município e subsequentemente sobre aspectos para a construção de um Modelo de Atenção às Condições Crônicas, segundo critérios de risco e acesso.

Resultados

Diante da construção e problematização do cenário de práticas, durante os encontros de educação permanente, os participantes foram estimulados a pensar e exercer intervenções que atuassem sobre os problemas identificados no sistema de saúde do município, culminando com a criação e cumprimento de um cronograma de atividades e reuniões com horário protegido para a continuidade do processo da EPS, o que permitiu além de redefinir as áreas de atuação de cada equipe a partir de decisão conjunta, repensar e reconhecer o território intimamente, por meio da análise da população e sua situação de saúde, bem como sobre os fatores condicionantes e determinantes presentes no território.

Este processo despertou a necessidade em quantificar dados de morbimortalidade, estatísticas e proporções acerca da população vivendo com condições crônicas, sobre a continuidade do cuidado que estava sendo prestado bem como instituição de indicadores para análise e planejamento, o que encorajou a gestão e equipes na implantação do sistema de informação e prontuário eletrônico já existente e disponibilizado no município, porém não utilizado como parte integrante do cuidado por falta de adesão dos profissionais.

Por intermédio das discussões sobre o acesso e as necessidades da população vivendo no território, as equipes também reorganizaram as agendas de atendimentos consensualmente entre todos os membros da equipe, com definição de prioridades e cuidado continuado das

condições crônicas e agendamento por horário definido.

Na medida em que os processos de discussões foram avançando e se reorganizando, as equipes identificaram a falta de integração com outros pontos de atenção e uma insuficiência na rede para o atendimento em saúde mental acarretando a inserção dos profissionais da reabilitação e especialidade neste processo de educação permanente, o que culminou com a instituição de apoio matricial pelo atendimento conjunto e discussão dos casos para elaboração de plano de intervenção com a participação de todos os atores envolvidos no cuidado.

Considerações finais

A mudança do modelo de atenção e de gestão compreende a perspectiva da micropolítica das práticas cotidianas por meio do envolvimento entre os modos de assistir e a gestão em busca do enfrentamento dos desafios para concretização do SUS.⁵

Diante dos resultados obtidos por meio do processo de educação permanente, no município de Paranapanema, pode-se destacar com clareza, que o mesmo contribuiu para transformar e reorganizar algumas práticas de gestão e atenção em saúde na rede de serviços do município. Importante ressaltar a participação ativa de diversos atores na proposição de estratégias, mediante desenvolvimento de reflexões que analisaram a construção do cuidado, o que possibilitou o reconhecimento por parte dos profissionais e gestão envolvidos neste processo, que a situação brasileira de tripla carga de doenças com forte

predomínio de condições crônicas exige um novo modelo de atenção.

Considera-se ainda, a necessidade de fixação deste processo, o qual pode ser utilizado para fortalecer o SUS, bem como oportunizar outras discussões necessárias para mudança de modelo de atenção como: utilização de protocolos e instituição das linhas de cuidado, estratificação de risco das condições crônicas e eventos agudos, construção de procedimentos operacionais padrão e para o acompanhamento e análise dos indicadores, que podem sofrer transformações ao longo do tempo.

Referências

1. Baduy RS, Nunes EFPA, Bortoletto MSS, Carvalho BG, Oliveira KS, Orquiza SMC. Encontros Regionais de Educação Permanente (EREP) movimentando a gestão em rede na saúde – Narrativa de uma vivência. Revista Espaço para a Saúde 2014 jun, 15(2): 47-55 jun/2014.
2. Cavalcanti YW, Padilha WWN. Qualificação de processos de gestão e atenção no município de Caaporã, PB: relatos de tutoria de educação permanente em saúde. Saúde debate 2014 jan-mar 38(100): 170-180.
3. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
4. Daniel HB, Sandri JVA, Grillo LP. Implantação de política de educação permanente em saúde no Rio Grande do Sul. Trab Educ Saúde 2014 set-dez 12(3): 541-562.
5. Vasconcelos MFF, Nicolotti CA, Silva JF, Pereira SMLR. Entre políticas (EPS – Educação Permanente em Saúde e PNH – Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS). Interface Comunicação Saúde Educação 2016, 20:981-91.

Redescobrimo a fala: intervenção teatral com pacientes afásicos atendidos no município de São Vicente

Rediscovering speech: theatrical intervention with aphasic patients attended in the Municipality of São Vicente

Aline Rodrigues Malachias¹, Luciana Gushiken^{II}

Resumo

O trabalho foi feito por duas fonoaudiólogas do Centro de Reabilitação para pacientes com sequelas neurológicas do município de São Vicente e um professor de teatro, com um grupo de dez pacientes com AFASIA. O projeto existiu de 2009 a 2013, com encontros semanais de duas horas, onde se trabalhavam amplamente as formas expressivas (verbais, gestuais, expressões faciais, emoção), resgate de memória, evocação, abstração, exteriorização de sentimentos. Os ensaios eram fundamentados em exercícios que propiciavam lembranças, associações cerebrais e estimulavam a capacidade de elaboração e improvisação. Exploramos basicamente, recursos da técnica teatral (como jogos, encenações, relaxamentos corporais, reflexão sobre as diferentes formas de comunicação próprias e alheias) com vistas à ampliação de possibilidades expressivas. Com os ensaios surgiu a possibilidade de participar de festivais de teatro amador na Baixada Santista e, assim, foi criado o Grupo Viva Vida de Teatro para Afásicos.

Palavras-chave: Afasia, teatro, linguagem, reabilitação.

Abstract

The work was done by two speech therapists from the Rehabilitation Center for patients with neurological sequelae in the Municipality of São Vicente and a theater teacher, with a group of ten patients with AFASIA. The project existed from 2009 to 2013, with weekly meetings of two hours, where the expressive forms (verbal, gestural, facial expressions, emotion), memory rescue, evocation, abstraction and externalization of feelings were widely worked. The essays were based on exercises that provided memories, brain associations and stimulated the ability to elaborate and improvise. We explore, basically, the resources of the theatrical technique (such as games, scenarios, body relaxations, reflection on the different forms of communication of our own and others) with a view to expanding expressive possibilities. With the rehearsals came the possibility of participating in amateur theater festivals in the Baixada Santista and, thus, the Viva Life Theater Group for Aphasics was created.

Keywords: Aphasia, theater, language, rehabilitation.

¹ Aline Rodrigues Malachias (alinihamalachias@hotmail.com) é fonoaudióloga na Secretaria da Saúde de São Vicente-SP graduada pela Fundação Lusíada e especialização em Voz com extensão em cabeça e pescoço e aprimoramento em neurológicos adultos pela Santa Casa de São Paulo.

^{II} Luciana Gushiken (lucianagushiken@hotmail.com) é fonoaudióloga na Secretaria da Saúde de São Vicente-SP graduada pela Fundação Lusíada com aprimoramento em Audiologia Clínica pelo HCFMUSP. Atua como Responsável Técnica do Reabilitar.



Introdução e Justificativa

Murdoch¹ (1997), define afasia como uma perda da função de linguagem, manifestada por dificuldade de produção de fala, leitura e escrita, envolvendo uma redução da capacidade de interpretar e formular elementos linguísticos com significado.

Sendo a afasia caracterizada por uma alteração no funcionamento da linguagem em que a mesma reduz-se a significantes aparentemente não interpretados, podemos compreender que o sujeito se desloca da posição de falante para uma posição contrária, devido à desorganização do discurso.

Nesse sentido, mesmo diante das limitações lesionais, o fonoaudiólogo está habilitado a promover uma adequação da linguagem alterada, abrindo novas possibilidades no processo de reabilitação. Frente a isso, vimos a possibilidade de associar recursos da técnica teatral para potencializar a capacidade expressiva dos pacientes atendidos na reabilitação de fala/linguagem.

Objetivo

O desenvolvimento do teatro com afásicos iniciou-se no ano de 2009 e teve seu término em 2013 com a participação de duas fonoaudiólogas do Centro Especializado à Saúde da Pessoa com Deficiência – “Reabilitar” do município de São Vicente e do professor de teatro. O objetivo central

foi a criação de estratégias diversificadas a fim de desenvolver as ações comunicativas e interativas principalmente por meio do uso funcional da linguagem, onde a construção da mesma se fez mediante o próprio discurso dos pacientes/atores, permitindo a reorganização de seus próprios conteúdos verbais tendo como agente facilitador, a interação discursiva de todo o grupo.

Metodologia

A metodologia utilizada englobou um grupo de dez pacientes em processo de reabilitação de fala/linguagem, todos do sexo masculino, tendo como critério de seleção a preservação (no mínimo razoável) da capacidade de compreensão.

Com relação às condições comunicativas presentes nos pacientes, as dificuldades variaram, existindo a presença de fala estereotipada, agramatismos, presença de jargões, parafasias fonêmicas, anomias.

Os encontros ocorreram semanalmente com a participação das fonoaudiólogas e do professor de teatro, tendo duração de duas horas em cada encontro. A presença do professor de teatro tornou-se enriquecedora no processo, uma vez que este carrega conhecimentos específicos das formas expressivas/comunicativas envolvidas na arte teatral.

Resultado

Durante os meses iniciais foram trabalhadas: formas expressivas (verbais, gestuais, expressões faciais, emoções...), importância do desenvolvimento corporal no processo da encenação, trabalho com resgate da memória, evocação, abstração, exteriorização de sentimentos.

A possibilidade de colocar corpo/fala em movimento repercutiu positivamente no comportamento geral dos pacientes.

Da mímica à encenação, do gesto à voz, narrativas foram ganhando o palco na montagem de pequenas cenas. No jogo da interpretação, cada afásico foi chamado a tomar posição com sua condição atual de fala e/ou gestualidade. Do trabalho conjunto, que resultou da contribuição singular de cada um dos afásicos, concretizaram-se, de um lado, a descoberta de potencialidades encobertas e, de outro a cumplicidade na realização de atos essencialmente enunciativos. Os efeitos do trabalho com essa oficina foram visíveis:

– Os pacientes encontraram vitalidade, tiveram força renovada e incentivo para o tratamento fonoaudiológico.

– Aspectos específicos de linguagem também se mostraram mais desenvolvidos: com

melhora na condição de organização de ideias e pensamentos; linguagem mais voltada para seu caráter interacional; melhor domínio do léxico e relações semânticas; aumento na capacidade de concentração e memória.

Como resultado das aulas/ensaios, surgiu o Grupo Viva Vida de Teatro Para Afásicos, e com grande êxito pudemos participar de alguns festivais de teatro amador da Baixada Santista, recebendo até algumas premiações.

Considerações finais

Podemos concluir que a arte dramática permite desenvolver a socialização dos participantes e aumentar sua confiança e autoestima. Tal efeito positivo decorre da possibilidade de compartilhar experiências diferentes num clima de aceitação e reassseguramento.

Referências

1. Murdoch BE. Desenvolvimento da fala e distúrbios da linguagem. Uma abordagem neuroanatômica e neurofisiológica. Editora Revinter, 1997.

Curso de Cuidadores Informais

Training of Informal Caregivers

Raquel Zaicaner^I, Ana Lúcia Comino Funari^{II}

Resumo

O curso de cuidadores informais tem como objetivo transmitir conhecimentos sobre o processo de envelhecimento, por meio de uma metodologia baseada na Pedagogia de Paulo Freire e da problematização e a Metodologia Ativa; mediante facilitadores da Rede de Saúde envolvendo uma equipe multidisciplinar.

Palavras-chave: Curso de cuidadores, SUS, Equipe multidisciplinar.

Abstract

The training course of informal caregivers aims to transmit knowledge about the aging process, through a methodology based on Paulo Freire's Pedagogy and problematization and Active Methodology; through facilitators of the Health Network involving a multidisciplinary team

Keywords: Caregivers training, Brazilian Health System, Multidisciplinary Team.

Introdução

O aumento da população idosa propiciou a necessidade emergente de novos olhares que compreendam e auxiliem as principais necessidades desta população, no sentido de proporcionar-lhes uma melhor qualidade de vida e de cuidado, especialmente quando possuem alguma patologia ou complicações capazes de gerar incapacidade ou diminuição da capacidade para o autocuidado.

Desta forma, a presença de um cuidador dentro dos lares tem sido cada vez mais frequente e, conseqüentemente, tornou-se também a necessidade de capacitá-lo para esse cuidado,

minimizando riscos, ansiedades e favorecendo uma assistência efetiva.

O cuidado no domicílio proporciona além do precioso convívio familiar que estimula e estreita os laços afetivos, também promove o benefício da diminuição do tempo de internação hospitalar o que reduz muitas outras complicações.

Iniciativa pioneira da Secretaria de Saúde de Taboão da Serra, inserido no Sistema Único de Saúde que tem por compromisso primordial o cuidar, formou até o momento 515 pessoas no curso de Cuidadores Informais.

Esse curso é coordenado pela Secretaria de Saúde em parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Econômico, compondo um

^I Raquel Zaicaner (raquelzaicaner@taboaoaserra.sp.gov.br) é Médica Sanitarista, Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Atualmente atua como Secretária de Saúde do município de Taboão da Serra.

^{II} Ana Lúcia Comino Funari é Psicóloga, Especialista em Gestão da Clínica pelo Instituto Sírio Libanês e Especialista em Psicologia da Saúde pela Universidade Estácio de Sá. Atualmente atua como Coordenadora de Saúde Mental no município de Taboão da Serra.



trabalho articulado em rede entre os profissionais envolvidos.

O Curso de Cuidadores Informais de Taboão da Serra foi elaborado por uma equipe multiprofissional de Servidores Municipais e está estruturado em sete módulos, totalizando 28 horas:

- I – Senescência/ Psicologia/Serviço Social
- II – Enfermagem
- III – Fisioterapia /Terapia Ocupacional
- IV – Nutrição e Fonoaudiologia
- V – Farmácia/Odontologia
- VI – SAMU
- VII – Cine Reflexão: Filme Intocáveis

Objetivo

A finalidade desse curso é capacitar cuidadores informais de pessoas com limitações nas atividades de vida diária, além de propiciar um espaço de encontro e esclarecimento de dúvidas.

Metodologia

A metodologia utilizada foi a da problematização, baseada na pedagogia de Paulo Freire e a metodologia ativa do conhecimento. Aproximando a teoria da prática, respeitando a construção do saber. As estratégias educacionais aplicadas

foram mediante oficinas de sensibilização, cine reflexão, dinâmicas, e rodas de conversa sobre o do papel do cuidador.

Resultado

Iniciativa pioneira da Secretaria de Saúde de Taboão da Serra que tem por compromisso primordial o cuidar, formando até o momento 515 pessoas no curso de Cuidadores Informais.

Considerações finais

A Facilitação das aulas ministradas pela equipe da Saúde por intermédio de uma equipe multidisciplinar fortalece a Rede com os saberes e olhares dentro da Linha de cuidado do Idoso e da Pessoa com deficiência.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 64 p.: il.

A redução das internações psiquiátricas no município de Catanduva enquanto produto do processo de reorganização da Rede de Atenção Psicossocial

The reduction of psychiatric hospitalizations in Catanduva city as a product of the reorganization process of the Psychosocial Attention Network

Tiago Aparecido da Silva^I, Ronaldo Carlos Gonçalves Junior^{II}

Resumo

O município de Catanduva até o ano de 2012 centralizava todas as ações de saúde mental no hospital psiquiátrico e ambulatório de saúde mental. Nesse cenário, a fila de espera para consulta médica em psiquiatria contabilizava 1.224 pacientes, com previsão para primeira consulta em 17 meses. Da mesma forma, os indicadores de saúde apontavam para um sistema fragmentado, pouco resolutivo e de baixa qualidade, evidenciado por uma taxa de 32,5 internações por 10.000 habitantes, sendo superiores à média DRS-XV (20,08) e Estado de São Paulo (17,5). O objetivo foi reorganizar, qualificar e ampliar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), fomentando a redução das internações por transtornos mentais e comportamentais. Para tanto, foram realizados encontros mensais, com a participação intersectorial de diversas instituições, profissionais e gestores. Mediante os encontros foi possível repensar e propor importantes mudanças na formatação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) municipal. Após implantação das estratégias pactuadas com foco na atenção básica, foi possível a redução 50% das internações psiquiátricas, assim como o fim da fila de espera para atendimentos em saúde mental.

Palavras-chave: Redes de Apoio Social, Saúde Coletiva, Saúde Mental.

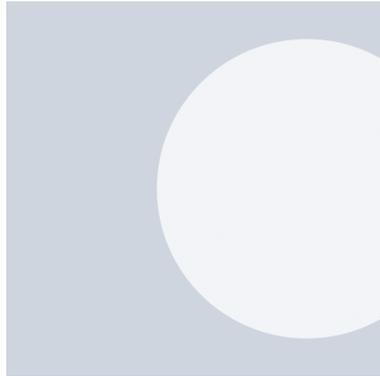
Abstract

Catanduva city centralized all mental health actions in psychiatric hospitals and outpatient clinics by 2012. The waiting list for the psychiatrist's appointment counted 1224 patients, with prediction for the first one within 17 months. Likewise, health indicators pointed to a fragmented, low resolution and low quality system, evidenced by a rate of 32.5 admissions per 10,000 inhabitants, higher than the DRS-XV (20.08) and the São Paulo State (17.5). In view of this scenario, the objective of this action was to reorganize, qualify and expand the Psychosocial Attention Network (RAPS), encouraging the reduction of hospitalizations due to mental and behavioral disorders. For this, monthly meetings were held, with the intersectoral participation of various institutions, professionals and managers. Thus, it was possible to rethink and propose important changes in the format of the Psychosocial Attention Network (RAPS) for the city. Following the implementation of these agreed strategies focused on primary care, it was possible to reduce psychiatric admissions by 50% as well as the end of the waiting list for mental health care.

Keywords: Networks of social support, Public health, Mental health.

^I Tiago Aparecido da Silva (ti.aps@hotmail.com), Enfermeiro, Mestre em Saúde Coletiva, Coordenador do Núcleo de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Catanduva-SP

^{II} Ronaldo Carlos Gonçalves Junior (ronaldo.junior@catanduva.sp.gov.br), Farmacêutico, Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica, Secretário Municipal de Saúde do município de Catanduva-SP



Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído no Brasil pela Lei Federal 8.080 de 1990¹, regula e organiza em todo o território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo. Historicamente podemos observar como um dos principais avanços na consolidação do SUS o processo de descentralização político-administrativa, efetivada por meio da transferência de responsabilidades e de recursos do nível federal para as esferas estaduais e municipais, com ênfase na municipalização. Nesse sentido, os municípios assumiram, a partir dos anos 1990, novas responsabilidades no desenvolvimento de ações e serviços de saúde, sobretudo na Atenção Básica, contribuindo significativamente para ampliação da cobertura e amadurecimento do sistema. Apesar de todo o aparato legal, as Normas Operacionais Básicas se demonstraram insuficientes, na medida em que não abordavam de maneira clara e objetiva a necessária articulação entre os serviços de saúde de uma mesma região, que favoreceriam a consolidação de sistemas municipais autônomos e isolados. Todavia, a articulação intermunicipal não foi pautada como prioridade, no entanto a descontinuidade do cuidado entre os níveis de atenção e a consequente

fragmentação do sistema foram inevitáveis. Uma das estratégias para a superação da fragmentação dos sistemas de saúde, que tem sido buscada por vários países no mundo, está relacionada à organização dos serviços por meio de redes de atenção à saúde (RAS), na medida em que esse modelo permite dar respostas às necessidades dos indivíduos de forma organizada, integrada e orientada pela Atenção Básica, atendendo a uma população adstrita a determinado território. A construção de uma rede de serviços de saúde baseia-se na constatação de que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população, mas envolvem tecnologias de diferentes complexidades e custos. Oficialmente, a RAS foi proposta como componente do SUS pelo Ministério da Saúde por meio de dois instrumentos jurídicos: a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010², que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS, e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011³, que regulamenta a Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990). Em relação ao decreto nº 7.508/2011³, o governo federal, apoiado por estados e municípios, reconhece como prioridade a implantação das chamadas Redes Temáticas, dando novo impulso para a implantação das redes do SUS. Essas redes temáticas foram priorizadas mediante pactuação na Comissão Intergestores Tripartite

(CIT) em 2011 e são elas: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e, por fim, a Rede de Atenção Psicossocial³. Por se tratar do foco deste trabalho, descreveremos com maior detalhe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Prevalência de Transtornos Mentais

Estimativas da Organização Mundial de Saúde apontam que cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de algum transtorno mental e que um em cada quatro indivíduos será afetado por uma doença psiquiátrica em algum estágio da sua vida. Acredita-se, ainda, que esse número vem sofrendo um aumento progressivo com o avançar dos anos, principalmente nos países de baixa a média renda, incluindo neles o Brasil⁴. Estudos nacionais indicam que entre 31% e 50% da população brasileira apresentaram ou apresentarão pelo menos um episódio de transtorno mental durante a vida e, dessas pessoas, entre 20% e 40% necessitam de algum tipo de ajuda profissional⁵. Quanto aos transtornos psíquicos severos e persistentes, o Ministério da Saúde estima que 3% da população necessitam de cuidados contínuos em saúde mental⁶. Recentemente a Organização Mundial de Saúde⁷ divulgou dados do primeiro Relatório Global para Prevenção do Suicídio, identificando que mais de 804 mil pessoas cometem o suicídio anualmente. Desses, 75% ocorrem em países pobres ou em desenvolvimento. Esse número é equivalente a um novo evento a cada 40 segundos, caracterizando-se como a segunda maior causa de morte na faixa etária de 15 a 29. No mesmo documento, a OMS aponta que, para cada morte por suicídio por ano, outras duas pessoas cometem tentativas e sobrevivem. Segundo Botega⁸, no Brasil, para cada atendimento em pronto-socorro, resultante de tentativa de suicídio, outras três pessoas tentaram tirar a própria vida, cinco pessoas planejaram a própria morte e

dezessete pensaram no suicídio como uma alternativa possível para solução de seus problemas. Por fim, o relatório da OMS é enfático ao afirmar que o suicídio é responsável por mais mortes a cada ano do que todas as guerras e outras formas de violência interpessoal juntas.

Atenção à Saúde Mental

Em relação à assistência aos portadores de transtornos mentais, dados divulgados pela OMS⁹ indicam que, em países de baixa renda, cerca de 75% a 85% das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes não têm acesso adequado ao tratamento em saúde mental, o que, em tese, pode estar relacionado ao alto índice de suicídio. Em relação aos países de renda média e alta, esses números reduzem-se, respectivamente, para 35% e 50%. Frente a essa realidade e considerando a Saúde Mental como parte integrante das redes prioritárias, o Ministério da Saúde, mediante a Portaria GM nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011¹⁰, instituiu a RAPS. Essa portaria prevê a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde de pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas. A portaria reforça os princípios da reforma psiquiátrica, que critica o modelo hospitalocêntrico de assistência em saúde, enfatiza o direito ao exercício da cidadania como importante fator de proteção para a saúde mental e preconiza a participação de diferentes atores sociais na formulação de políticas e práticas de atenção psicossocial¹¹.

Com a publicação da Portaria GM nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011¹⁰, os municípios foram desafiados a ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral e promover a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território. Frente ao exposto, no ano de 2012 o município de Catanduva com aproximadamente 120.092 habitantes, centralizava todas

as ações de saúde mental no hospital psiquiátrico e ambulatório de saúde mental. Atenção Básica, composta por 21 equipes de Estratégia de Saúde da Família, 2 Núcleos de Apoio a Saúde da Família e 4 UBS “Tradicionais”, não realizavam os atendimentos aos usuários com transtorno mental leve, ocasionando elevado índice de encaminhamentos e baixa resolubilidade. Nesse cenário, em dezembro de 2012 a fila de espera para consulta médica em psiquiatria contabilizava 1.224 pacientes, com previsão para primeira consulta em 17 meses. Indiferentemente, os indicadores de saúde referente ao mesmo período, apontavam para um sistema fragmentado, pouco resolutivo e de baixa qualidade, evidenciado por uma taxa de 32,5 internações por 10.000 habitantes, sendo superiores à média do DRSXV (20,08) e Estado de São Paulo (17,5).

Objetivo

Reorganizar, qualificar e ampliar a Rede de Atenção Psicossocial no município de Catanduva, fomentando a redução das internações por transtornos mentais e comportamentais.

Metodologia

Caracterização do Local de Estudo

O município de Catanduva com aproximadamente 120.092 habitantes, localiza-se a 390 km da capital do Estado de São Paulo e a 60 km da sede do DRS XV e está situada na zona noroeste do Estado. As atividades econômicas predominantes na região são as indústrias sucroalcooleiras (cana-de-açúcar e derivados), de sucos de frutas, ventiladores, móveis e velas, além de comércio e serviços. Em relação ao saneamento básico, o município de Catanduva conta com cobertura de 97,91% de abastecimento de água da rede pública e de 98,56% de instalações de esgoto sanitário. No ano de 2012 à Atenção Básica, apresentava uma

cobertura total de 98,35%, sendo o principal modelo de atenção a Estratégia de Saúde da Família com cobertura de 63,0%, correspondendo a 21 equipes implantadas. No mesmo período, havia apenas 2 (duas) equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). No que diz respeito aos componentes estratégicos da Saúde Mental, o município dispunha de um serviço/dispositivo de referência para acolhimento aos usuários com transtornos psíquicos graves em nível ambulatorial. No componente da Atenção às Urgências e Emergências, a região contava com um Hospital Geral e com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), ambos disponibilizados para toda a região e sediados no município de Catanduva. Como o Hospital Geral não possuía leitos psiquiátricos habilitados, diante da necessidade de atenção hospitalar, o usuário ainda é transferido para o Hospital Psiquiátrico no município de Catanduva, que também é referência para 102 municípios do Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto. Após a alta, esse hospital encaminha os casos para acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde, por serem essas os únicos equipamentos da região de Catanduva disponíveis para atendimento e acompanhamento longitudinal do usuário, independentemente da gravidade do caso.

Participantes

Participaram do referido processo de reorganização da RAPS todo os profissionais do NASF, coordenador atenção básica, coordenador saúde mental, coordenador educação permanente e representantes das equipes de ESF, CRAS, CREAS e Secretaria da Educação, totalizando aproximadamente 60 participantes.

Procedimento Metodológico

O Fórum Rede de Atenção Psicossocial foi o espaço utilizado para problematização e intervenção. Tal espaço tem se mostrado como um

importante locus de discussão e participação que possibilita a reflexão a respeito da prática de trabalho e consequente tomada de decisão, objetivando o fortalecimento do trabalho em rede, mediante a troca de saberes e experiências de cada participante. No período de reestruturação e pactuação foram realizados seis encontros que aconteceram mensalmente, com duração aproximada de duas horas, sendo o primeiro em 05/2014 e o último em 11/2014. O primeiro encontro teve objetivo de reconhecer as percepções dos profissionais frente às diretrizes do programa, realizar o diagnóstico situacional e a partir de então dialogar sobre a lógica de funcionamento do mesmo. No segundo, foi possível identificar pontos-chaves para promover a mudança, assim como planejar todo o processo com prazos e metas definidas. O terceiro encontro foi destinado para reorganizar a rede assistencial por meio do mapeamento do território, identificando importantes equipamentos sociais, tanto os disponíveis, como os necessários, e por fim propor a reestruturação das equipes NASF, com nova divisão e redimensionamento. Posteriormente no quarto encontro, a participação das equipes de ESF foi de fundamental importância, à medida que contribuiu para repensar todo o processo de trabalho e principalmente a agenda compartilhada entre NASF/ESF, de modo que permitisse encontros presenciais semanais, atividades de grupos, consultas e visitas compartilhadas e outras atividades. O quinto encontro aconteceu presencialmente com cada equipe NASF/ESF em campo, onde a equipe técnica teve a oportunidade de vivenciar a prática junto aos profissionais. E o último encontro foi reservado para avaliar e monitorar as ações implementadas.

Resultados

Gestão em Saúde

O Diagnóstico Situacional permitiu constatar que os 2 (dois) Núcleos de Apoio a Saúde

da Família na modalidade I, não apresentavam o dimensionamento proposto pelo Ministério da Saúde, pois prestavam apoio a dez equipes, enquanto o recomendado era de cinco a nove. Identificou-se também, que o número de profissionais do NASF (44) e a carga horária total (1.460 horas). Esse quantitativo de profissionais de formar desordenada, possibilitou o credenciamento e habilitação de mais 2 (dois) novos NASF, totalizando quatro, além de implantar um CAPS na modalidade II, sem qualquer modificação/contratação no quadro de recursos humanos. Essa reestruturação, possibilitou aumento no incentivo financeiro federal em R\$ 73.086,25/mês, sem a necessidade de aumentar os custos existentes. Reorganização da Rede de Atenção Psicossocial: No componente da atenção básica, ficou pactuado que cada equipe de NASF ficaria responsável pelo apoio de cinco ou seis equipes de ESF, realizando reuniões semanais e se responsabilizando pela condução dos transtornos mentais leves. No componente Especializado, o ambulatório de saúde mental foi desativado, sendo alguns profissionais remanejados para o CAPS II. No processo de trabalho do CAPS II, foram instituídas reuniões semanais de matriciamento (ESF/NASF/CAPS), de acordo com a necessidade das equipes de atenção básica. Em relação ao componente da Atenção Hospitalar e Atenção a Urgência/Emergência, o Hospital Geral que é referência para 19 municípios da Região de Saúde, passou a atender as urgências e emergências psiquiátricas em situações de crise, disponibilizando leitos de observação. Da mesma forma aconteceu com o SAMU e UPA. No componente das Estratégias de Desinstitucionalização foi solicitado incentivo financeiro e estadual e federal para implantação de duas residências terapêuticas previstas para quinze moradores do Hospital Psiquiátrico local e cinco moradores que estão nos Hospitais Psiquiátricos da Região de Sorocaba.

Qualificação profissional e impacto nos indicadores de saúde mental

A nova formatação da RAPS municipal possibilitou o fortalecimento da Atenção Básica, aproximando e integrando as ações do NASF e CAPS. Nesse sentido o matriciamento se demonstrou uma importante ferramenta para qualificação da assistência e educação permanente, permitindo maior segurança dos profissionais frente a condutas terapêuticas e incorporação das ações de saúde mental, diminuindo a resistência e preconceito dos profissionais frente aos indivíduos com sofrimento psíquico e, dessa forma, evitando o encaminhamento desnecessário, o agravamento dos casos leves e consequente uso dos serviços de urgência e internação psiquiátrica. Nesse cenário, foi possível reduzir a taxa de internações psiquiátricas de 32,5 internações/10.000 habitantes (2012), para 16 internações/10.000 habitantes, correspondendo a uma redução de 50%. Por fim, a fila de espera para consulta psiquiátrica que contabilizava 1.224 pacientes em dezembro de 2012, foi zerada em meados de 2016.

Considerações finais

Desconstruir velhos conceitos e paradigmas, ampliar, implantar, integrar, qualificar e avaliar a efetividade das ações, não é tarefa fácil. Todavia, o processo de reorganização da RAPS, nos ensinou que a implantação e integração dos pontos de atenção tal como previsto na Portaria 3.088/2011¹⁰, são eficientes e correspondem satisfatoriamente às necessidades de saúde da população com transtornos mentais e comportamentais. Da mesma forma, ficou evidente que a resolução dos problemas de baixa qualificação e dificuldade de acesso, em algumas situações, não demandam grandes aplicações de recursos financeiros, mais sim um novo olhar para o território, carregado de conhecimento técnico, científico e político.

Referências

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial União 20 set/1990; Seção 1:018055.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2010.
3. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e à articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial União. 29 jun. 2011d; Seção 1, p.1-3.
4. World Health Organization. The world report 2001. Mental health new understanding new hope. Geneva: WHO; 2001.
5. Ximenes NFR. Felix RMS, Oliveira, EM. Jorge, MSB. Concepções, conhecimentos e práticas dos enfermeiros ao cuidar de sujeitos com diagnóstico de depressão: um olhar para o território da atenção primária à saúde. Enfermeira Global. 2009(16).
6. Brasil. Ministério da saúde. Coordenação de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários, Brasília: (DF), 2003.
7. Organização Mundial da Saúde... Preventing suicide: A global imperative. Geneva: WHO, 2014.
8. Botega NJ. Comportamento suicida em números. Debates Psiquiatria Hoje. 2010;2(1):9-11.
9. Organização Mundial da Saúde. Salud mental y desarrollo: poniendo a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable. Ginebra: WHO, 2010.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Republicação da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial União. 21 mai/2013; Seção 1:37.
11. Oliveira A, Alessi N. Cidadania: instrumento do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. Ciência Saúde Coletiva. 2005;10(1):191-203.

Construção da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Bárbara d'Oeste

Construction of the Psychosocial Attention Network of Santa Bárbara d'Oeste

Aline Zeeberg^I, Danieli Marinho de Souza^{II},
Solange Cristina Camargo de Moreira Couto^{III}

Resumo

Este trabalho tem por objetivo apresentar a construção da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS no município de Santa Bárbara d'Oeste a partir de 2013, considerando a ausência de Políticas Públicas de Saúde Mental no município em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Lei 10.216/02 e Portaria MS/GM 336/02. Essa construção iniciou-se com um trabalho visando à mudança de paradigmas dos profissionais da saúde em relação aos cuidados e a atenção à saúde mental até a implantação dos equipamentos que compõem a RAPS. Os resultados obtidos foram a saída de um modelo exclusivamente ambulatorial e manicomial para um modelo preconizado pela Reforma Psiquiátrica e de acordo com as Políticas Nacionais em Saúde Mental. Atualmente temos o CAPS II implantado e os Núcleos AD e Infantil aguardando o credenciamento para CAPS AD e Infantojuvenil e estamos em processo de construção de um CAPS AD III.

Palavras-chave: Saúde mental, Redes, Políticas Públicas.

Abstract

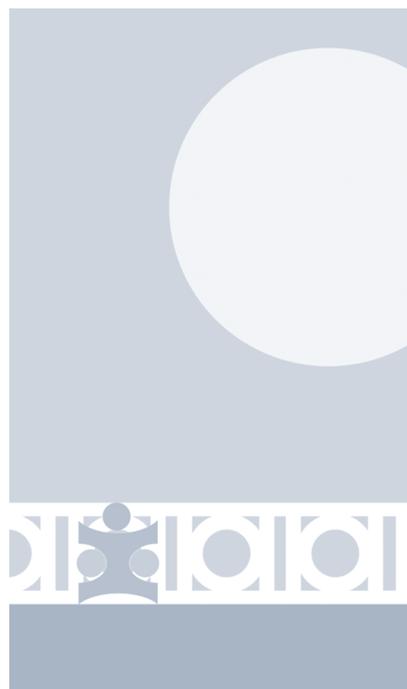
This study aims to present the construction of the Psychosocial Attention Network (RAPS) in the municipality of Santa Bárbara d'Oeste since 2013, considering the absence of Public Mental Health Policies in the municipality in line with the National Mental Health Policy, supported in Law 10.216 / 02 and Administrative Rule MS / GM 336/02. This construction began by changing the paradigms of the health professionals in relation to the care and attention to mental health until the implantation of the facilities that compose the RAPS. The results obtained were the exit of an exclusively outpatient and asylum model for a model recommended by the Psychiatric Reform and according to the National Policies in Mental Health. We currently have CAPS II implanted and the AD and Youth Nuclei awaiting accreditation for CAPS AD and CAPS Youth and we are in the process of building a CAPS AD III.

Keywords: Mental health, Networks, Public policy.

^I Aline Zeeberg (alinezeeberg@gmail.com) é Psicóloga, pós-graduada em Gestão de Projetos no Terceiro Setor e Coordenadora do Núcleo de Atenção Psicossocial Infantojuvenil do município de Santa Bárbara d'Oeste.

^{II} Danieli Marinho de Souza (danieli_marinho@hotmail.com) é Psicóloga e Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial II "Mário José de Carvalho" do município de Santa Bárbara d'Oeste.

^{III} Solange Cristina Camargo de Moreira Couto (couto-solange@bol.com.br) é Psicóloga, Psicanalista e Referência Técnica da Psicologia da Secretaria Municipal de Saúde do município de Santa Bárbara d'Oeste.



Introdução

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Lei 10.216/02 e na Portaria MS/GM 336/02, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, que tem como princípios o respeito à dignidade humana e à liberdade. Conhecida como Reforma Psiquiátrica, esse processo pressupõe uma mudança de paradigma: no lugar do isolamento, o convívio com a família e a comunidade.

É um modelo que garante a livre circulação das pessoas com sofrimento psíquico pelos serviços e pela cidade mediante cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Portanto, o objetivo é substituir o modelo antigo de internação psiquiátrica (manicômio) e medicalização excessiva que, além de gerar altos custos aos cofres públicos, não garante bons resultados, pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O município se encontrava, de acordo com a lei, há 13 anos aquém dessa reforma. Considerando essa realidade, no início de 2013

iniciaram-se as mudanças com o apoio da gestão municipal, incluindo Secretaria de Saúde e Poder Executivo que compreenderam a necessidade da reforma psiquiátrica no município visando à construção de um modelo de cuidados em saúde mental mais humanizado e sustentado pela garantia de direitos humanos em consonância à RAPS e às Políticas Públicas de Saúde Mental propostas pelo Ministério da Saúde, desde a década de 1980.

Até esse período, o município contava com apenas um Ambulatório de Psiquiatria com dois médicos psiquiatras e cinco psicólogos, que atendiam toda a demanda do município, com ações isoladas na Atenção Básica. Tínhamos um número muito elevado de internações: em 2012 foram realizadas 289 internações psiquiátricas, o que equivale ao número aproximado de uma internação por dia letivo. Conforme a portaria, a RAPS conta com uma série de serviços e equipamentos variados, são eles: Saúde Mental na Atenção Básica, CAPS II, CAPS I e CAPS AD.

Metodologia

O percurso para o desenvolvimento de uma rede de cuidados em saúde mental iniciou-se na organização da primeira oficina de saúde mental que tinha como tema “Unindo saberes na construção da Rede de atenção psicossocial”. Nesta oportunidade participaram 50 profissionais, entre coordenadores, gestores e funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, bem como a presença do mesmo. Em seguida foi organizado um grupo de trabalho com diferentes profissionais com reuniões mensais para discussão dos temas de saúde mental do município, introduzindo esses profissionais no novo modelo de cuidado.

Para a implantação do CAPS II e composição da atenção em saúde mental na Atenção Primária à Saúde foram realizadas contratações da equipe multidisciplinar, ampliando assim as ações no território.

Foi promovido capacitação dos médicos generalistas, incluindo os do Programa Mais Médicos e clínicos da Atenção Primária em Saúde em com o tema “Clínica Médica em Saúde Mental com Foco na Atenção Básica”. Nesta mesma época, foram realizadas ações específicas para população infantojuvenil com o início do “Núcleo de Atenção Psicossocial Infantojuvenil”, projeto de CAPS I II; e também ações para usuários relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, com início do Núcleo AD, projeto de CAPS AD II. Foram contratados profissionais para composição das equipes.

Houve a participação no Programa Saúde na Escola (PSE) do eixo de Saúde Mental em que foram discutidos a despatologização da infância a construção do matriciamento à Educação;

contratação de Supervisão Institucional para implementação desses serviços.

E atualmente o programa de Saúde Mental aguarda o credenciamento do CAPS AD II e CAPS IJ II, com início da construção do CAPS AD III financiado pelo BID.

Resultados

O resultado dessas ações de implantação da RAPS resultaram no encerramento do Ambulatório de Psiquiatria, onde os casos leves e moderados foram referenciados para a clínica na Atenção Básica, e os médicos são matriciados pelo psiquiatra do CAPS II. Sendo assim, evidente diminuição das internações psiquiátricas, 75% em relação ao ano de 2013.

Credenciamento e habilitação do CAPS II em outubro de 2015. Recebimento da verba de incentivo do CAPS I II e CAPS AD II e aprovação no projeto do Banco Internacional de Desenvolvimento (BID) para implantação do CAPS AD III.

Com as primeiras ações de matriciamento no território, foi possível a ampliação das ações na Atenção Básica e maior participação da rede intersetorial do município, composta por diversas secretarias e organizações socioassistenciais. Destacando também o início das ações de matriciamento com a Secretaria Municipal de Educação, que diminuíram significativamente os encaminhamentos para os serviços de Saúde Mental. Foi possível abrir campo de estágio obrigatório para faculdades e universidades, que possibilitam uma experiência e o pensar em saúde pública já na formação dos profissionais.

E por fim, a implementação contínua do projeto da RAPS em Santa Bárbara d’Oeste por meio da supervisão clínico-institucional que nos possibilita uma construção coletiva e ativa das ações.

Conclusão

Nos últimos quatro anos, foi realizado a implantação da RAPS no município com resultados expressivos na qualidade da assistência aos usuários de saúde mental, ampliando os recursos do Ministério da Saúde e do Estado na implementação dessa rede, com o credenciamento do CAPS II e as futuras implantações dos CAPS I e CAPS AD III.

Referências

1. Brasil. Portaria nº 336 de 12 de fevereiro de 2002. Acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria nº 224/92. Diário Oficial da União, Brasília, 2011.
2. _____. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 9 Abr 2001.



Informações básicas e instruções aos autores

O Boletim do Instituto de Saúde (BIS) é uma publicação semestral do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Com tiragem de dois mil exemplares, a cada número o BIS apresenta um núcleo temático, definido previamente, além de outros artigos técnico-científicos, escritos por pesquisadores dos diferentes Núcleos de Pesquisa do Instituto, além de autores de outras instituições de Ensino e Pesquisa. A publicação é direcionada a um público leitor formado, primordialmente, por profissionais da área da saúde do SUS, como técnicos, enfermeiros, pesquisadores, médicos e gestores da área da Saúde.

Fontes de indexação: o BIS está indexado como publicação da área de Saúde Pública no Latindex. Na Capes, o BIS está nas áreas de Medicina II e Educação.

Copyright: é permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que sejam mantidos os créditos dos autores e instituições. Os dados, análises e opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade de seus autores.

Patrocinadores: o BIS é uma publicação do Instituto de Saúde, com apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Resumo: os artigos submetidos para publicação deverão ser enviados para o e-mail boletim@isaude.sp.gov.br, antes da submissão dos artigos. Deverão ter até 200 palavras (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), em português, com 3 palavras-chave. Caso o artigo seja aprovado, um resumo em inglês deverá ser providenciado pelo autor, nas mesmas condições do resumo em português (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples, acompanhado de título e palavras-chave).

Submissão: os artigos submetidos para publicação devem ser enviados, em português, para o e-mail boletim@isaude.sp.gov.br e ter entre 15.000 e 25.000 caracteres com espaço no total (entre 6 e 7 páginas em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), incluídas as referências bibliográficas, salvo orientações específicas dos editores. O arquivo deve ser enviado em formato Word 97/2003, ou equivalente, a fim de evitar incompatibilidade de comunicação entre diferentes sistemas operacionais. Figuras e gráficos devem ser enviados à parte.

Título: deve ser escrito em Times New Roman, corpo 12, em negrito e caixa Ab, ou seja, com letras maiúsculas e minúsculas.

Autor: o crédito de autoria deve estar à direita, em Times New Roman, corpo 10 (sem negrito e sem itálico) com nota de rodapé numerada informando sua formação, títulos acadêmicos, cargo e instituição a qual pertence. Também deve ser disponibilizado o endereço eletrônico para contato (e-mail).

Subtítulos do texto: nos subtítulos não se deve usar números, mas apenas letras, em negrito e caixa Ab, ou seja, com maiúsculas e minúsculas.

Corpo do texto: o corpo do artigo deve ser enviado em Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

Transcrições de trechos dentro do texto: devem ser feitas em Times New Roman, corpo 10, itálico, constando o sobrenome do autor, ano e página. Todas essas informações devem ser colocadas entre parênteses.

Citação de autores no texto: deve ser indicado em expoente o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares.

Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (relatórios e outros): devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas somente nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Referências bibliográficas: preferencialmente, apenas a bibliografia citada no corpo do texto deve ser inserida na lista de referências. Elas devem ser ordenadas alfabeticamente e numeradas, no final do texto. A normalização seguirá o estilo Vancouver.

Espaçamento das referências: deve ser igual ao do texto, ou seja, Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

Termo de autorização para publicação: o autor deve autorizar, por escrito e por via eletrônica, a publicação dos textos enviados, de acordo com os padrões aqui estabelecidos. Após o aceite para publicação, o autor receberá um formulário específico, que deverá ser preenchido, assinado e devolvido aos editores da publicação.

Obs.: no caso de trabalhos que requeiram o cumprimento da resolução CNS 196/1996 será necessária a apresentação de parecer de comitê de ética e pesquisa.

Avaliação: os trabalhos são avaliados pelos editores científicos, por editores convidados e pareceristas *ad hoc*, a cada edição, de acordo com sua área de atuação.

Acesso: a publicação faz parte do Portal de Revistas da SES-SP em parceria com a BIREME, com utilização da metodologia Scielo para publicações eletrônicas, podendo ser acessada nos seguintes endereços:

Portal de Revistas da SES-SP – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>
Instituto de Saúde – www.isaude.sp.gov.br

Orientação aos autores - Notas técnicas de Avaliação de Tecnologias de Saúde

Notas Técnicas de Avaliação de Tecnologias de Saúde incluem pareceres técnico-científicos e outros tipos de informes rápidos de avaliação de tecnologias de saúde (ATS), que possam contribuir para subsidiar a tomada de decisão sobre incorporação e ou exclusão de tecnologias no sistema de saúde. Ensaio e reflexões sobre aspectos metodológicos e sobre políticas relacionadas à ATS também são bem-vindos.

Tamanho do texto

- Deve ter até 2.000 palavras (excluindo resumo, tabela, figura e referências), no máximo uma tabela ou figura e até 10 referências. Sugere-se a seguinte distribuição das partes do texto: Introdução (até 600 palavras); Método (até 300 palavras); Resultados e Discussão (até 1000 palavras); Recomendação (até 100 palavras).
- O resumo não precisa ser estruturado e deve ter até 150 palavras, e ser apresentado em português e inglês.

Estrutura do texto

- Não há uma estrutura para apresentação de Notas Técnicas no formato ensaios e reflexões.
- As Notas Técnicas relativas a pareceres técnico-científicos e outros tipos de informes rápidos de ATS, devem

obedecer a seguinte estrutura: Introdução que aborde o contexto de realização do parecer ou informe, o problema estudado, e a tecnologia avaliada; Método com pergunta de investigação estruturada, bases de dados de literatura, estratégias de busca de informações científicas, critérios para seleção e análise dos estudos incluídos; Resultados e Discussão que inclua uma apreciação sobre as limitações do estudo, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Recomendação que possa subsidiar uma tomada de decisão por gestores nos diferentes âmbitos do sistema de saúde.

- Fontes de financiamento: devem ser declaradas todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
- Conflito de interesses: deve ser informado qualquer potencial conflito de interesse.
- Aspectos éticos: informar sobre avaliação por um comitê de ética em pesquisa, quando pertinente.
- Colaboradores: devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
- Agradecimentos: incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

