



Boletim do Instituto de Saúde
Volume 16 – Suplemento – Novembro 2015
ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529

V Prêmio David Capistrano de Experiências Exitosas na Área da Saúde 2015



CAMPOS DO JORDÃO - MARÇO DE 2015

Sumário

Editorial	5
Breve história do Prêmio David Capistrano de Experiências Exitosas na Área da Saúde Floriano Nuno de Barros Pereira Filho.....	8
1ª Mostra de Práticas Educativas em Saúde do Distrito de Saúde Sul – Saúde do Adulto Nayara Lúcia Soares de Oliveira, Fabíola Damas de Carvalho e Silva, Sonia Aparecida de Lima Adorno, Andrea Alexandra Muniz Bacic, Ana Neves dos Santos, Iracema Roberto Silva	10
Ampliação das atividades do Banco de Leite Humano Municipal de Guarulhos consolidando o trabalho de aleitamento materno no município e cidades do Alto Tietê Rose Meire de Freitas Santos	16
Judicialização da saúde – Um retrato da demanda de medicamentos em município de médio porte no Estado de São Paulo Maurício Massayuki Nambu, Jaqueline Vilela Bulgareli, Antonio Carlos Pereira, Luciane Miranda Guerra	19
Avaliação dos encaminhamentos para o serviço de atenção domiciliar no município de Mauá/SP a partir de pacientes avaliados e não admitidos pelo serviço Renata Carneiro Vieira, Verônica Sanches Santos Melo, Cleante Ferreira.....	24
Acumulação Compulsiva: articulação da rede para a integralidade do cuidado Andréa Rosa, Camila Fernandes, Aline Pereira Lança-Passos, Ana Paula Pereira Teixeira, Marta Munhoz, Caroline Cotrim Aires.....	29
Documento norteador como ferramenta de gestão para a atenção básica Eduardo Munhoz, Franciele Finfa da Silva, Isabel Fuentes, Luciana Patriota, Nívea Prata	32
Oficina Experimental de Cinema Digital do Centro de Convivência e Cultura de Taboão da Serra Emília dos Santos Fonseca, Renato Guenther.....	37
Contribuições do programa de aprimoramento profissional em saúde coletiva do Instituto de Saúde no processo de autoavaliação da atenção básica no município de Santos Carolina Simone Souza Adania, Ana Paula de Lima Santos, Natália de Castro Nascimento, Felipe Jarrusso Hidalgo de Almeida, Juliana Ferreira Moura, Marcos Estevão Calvo, Everton Lopes Rodrigues, Sonia Ioyama Venancio.....	41

Estratégia de integração de serviços de saúde – ambulatório, pronto-socorro e hospital referenciado: seis anos de experiência em Araçatuba Fábio Bombarda, Sérgio Smolentzov, Luiz Claudio Andrades Lima, Daniel Martins Ferreira Júnior, Sandra Margareth Exaltação.....	48
Proposta para estruturação de um departamento de Vigilância em Saúde Ambiental Aires Duarte, Gustavo Marcondes, Camila Mendes dos Santos	52
Ensino a distância (EAD) – prática inovadora na educação permanente em saúde: uma experiência em São José do Rio Preto/SP Fernando de Paula Junior, Erica Hirata, Edmo Alves da Costa Junior, Lilian Cristina de Castro Rossi, Leandro Munhoz de Brito	57
O uso da pesquisa de satisfação como ferramenta de gestão pública de saúde – A experiência do município de Bragança Paulista Lisamara Dias de Oliveira Negrini.....	61
O planejamento estratégico como ferramenta para a implementação de um Núcleo de Educação Permanente em Saúde Renata Cristina Ventura Mascarelle, Thamires de Souza May, Carla do Santos Costa, Edna Regina Souza, Elisabete Taino, Ricardo Teixeira dos Santos.....	65
Comitê de vigilância às mortes maternas, infantis e fetais do município de Garça/SP Luciana Cristina Vieira da Cruz, Margarida Midori Uchida.....	69
Solidariedade em movimento: Jundiá na luta contra a AIDS Milena Luckesi de Souza, Grace do Prado Dan, Maria de Lurdes Magalhães de Almeida Munhoz...	73
Gestão da Assistência Farmacêutica: implantação de controle, rastreabilidade e farmacoeconomia Claudia da Costa Meirelles, Mauro Takanori Okumura, Tatiane Cristina Semmler, Maristela Marico Nagatomi, Zilmara Bassos Candido	78
Farmácia Cidadã – qualificação dos serviços e garantia de humanização aos munícipes e colaboradores José Fernando da Cunha, Juliana Vieira Rocha Martins, Everson Sarmento Pinto, Elisabete Piva Saul Franco de Menezes	83
Implantação da sala de curativos no município de Campos do Jordão Hosana Alice de Freitas, Cristiane Bueno de Souza.....	87
Recorrência de tuberculose como indicador operacional de efetividade do Programa do município de Carapicuíba Amadeu Antonio Vieira, Solange Andreoni, Simone Augusta Marques de Monteaperto.....	91
Estratégias de fortalecimento do Conselho Local de Saúde da Unidade Básica de Saúde “Wilma Delphina de Oliveira Garotti” - Vila Tibério Elisabete Rissato Narciso, Antonio Luiz Cabral.....	100

Reabilitação virtual em pacientes neurológicos e amputados	
Rita de Cássia Fernandes Goes.....	106
Breve Panorama da XII Mostra de Experiências Exitosas do XXIX Congresso do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS/SP	
Lauro Cesar Ibanhes, Luiza Sterman Heimann, Aline Ângela Victoria Ribeiro, Bruna Florença Cardoso, Carolina Médici de Figueiredo, Cristina M. Socorro Gomes, Inayá da Silva Duarte, Luciana C. Alves dos Santos, Luciana de Mendonça Freire, Magna Fraga Vitório, Naiana Fernandes Silva, Raquel Jacobs de Lima, Ricardo Aparecido Botelho, Tais Rodrigues Tesser, Tatiane Aparecida Rocha Marcelo, Tatiane Ribeiro Silveira.....	108
David Capistrano da Costa Filho, um exemplo a ser seguido	
José Ruben de Alcântara Bonfim	118

Editorial

Há três décadas o congresso do COSEMS/SP se tornou ponto de encontro entre os gestores e profissionais de saúde do estado de São Paulo e de várias regiões do país. A cada ano, inúmeras atividades proporcionam troca de saberes e contribuem para o fortalecimento da gestão municipal de Saúde.

A grande presença de público, cerca de duas mil pessoas por edição, revela a dimensão e prestígio do evento, que exige arrojo e comprometimento do COSEMS/SP para sempre oferecer um congresso dinâmico e enriquecedor.

Dentre as principais atividades disponibilizadas está a Mostra de Experiências Exitosas dos Municípios, espaço com destaque para iniciativas que concretizam o trabalho da gestão, demonstram o esforço e dedicação dos profissionais de Saúde e são fundamentais e necessárias para assistência à população.

A Mostra é um universo abundante em experimentações de municípios de pequeno, médio e grande porte, congrega variadas áreas da saúde pública e estimula as equipes na qualificação dos serviços, seja na atenção ou na gestão.

Com média de 500 trabalhos inscritos por edição, a Mostra alcançou tamanha notoriedade que passou a ser realizada anualmente, antes bianual, a partir de 2014, devido a grande procura dos autores. Os temas passaram a ser debatidos nas rodas de conversas, impulsionando ainda mais a interatividade entre os profissionais de diferentes regiões.

A congratulação final da Mostra é um momento especial em nossos Congressos, pois se trata da entrega do prêmio David Capistrano às 20 melhores experiências apresentadas. A dedicação é tanta, que na última edição foi preciso aumentar o número de premiados, dado a excelência dos trabalhos apresentados.

Tão importante como o espaço dedicado nos Congressos, o fomento e propagação das informações é imprescindível para a capilarização, fortalecimento e concretização de ideias que despontam para a qualificação do Sistema Único de Saúde.

A parceria com o Instituto de Saúde nesta publicação expressa seu comprometimento e valorização das experiências e enobrece o trabalho das equipes de saúde de todo o estado de São Paulo.

Viabilizar um espaço permanente de divulgação das experiências exitosas que conquistaram o prêmio David Capistrano é um desejo do COSEMS/SP. O Boletim do Instituto de Saúde, cujo objetivo é difundir tanto o conhecimento científico quanto relatos de experiências no SUS, convergiu com os anseios dos gestores e nos permitiu este querer.

Mais do que relatar experiências, este número traz o tato e sensibilidade de quem está na linha de frente do SUS e possui enorme potencial de transformação social por meio da Saúde Pública.

Luiza Sterman Heimann
Stênio José Correia Miranda

Boletim do Instituto de Saúde - BIS
Volume 16 - Suplemento - Novembro 2015
Realizado em parceria com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS/SP)
ISSN 1518-1812 / On Line 1809-7529
Publicação do Instituto de Saúde
Tiragem: 2000 exemplares
Rua Santo Antonio, 590 - Bela Vista
São Paulo-SP - CEP: 01314-000
Tel: (11) 3116-8500 / Fax: (11) 3105-2772
boletim@isaude.sp.gov.br
Instituto de Saúde - www.isaude.sp.gov.br
Portal de Revistas da SES-SP - http://periodicos.ses.sp.bvs.br

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo
David Everson Uip

Instituto de Saúde

Diretora do Instituto de Saúde
Luiza Sterman Heimann

Vice-Diretora do Instituto de Saúde
Sônia I. Venâncio

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS-SP
Sílvia Regina Dias Médici Saldiva

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP
Tereza Setsuko Toma

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico
Márcio Derbli

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo
Bianca de Mattos Santos

Boletim do Instituto de Saúde - BIS

Editores
Bruno Scarpelli Quiqueto
Márcio Derbli

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica
Camila Garcia Tosetti Peção

Administração
Bianca de Mattos Santos

Biblioteca
Carmen Campos Arias Paulenas

Capa
BillColors - Conveniência Gráfica

Revisão
BillColors - Conveniência Gráfica

Tradução
BillColors - Conveniência Gráfica

Editoração e impressão
BillColors - Conveniência Gráfica

Conselho editorial

Alberto Pellegrini Filho - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) - Rio de Janeiro-RJ - Brasil

Alexandre Kalache - The New York Academy of Medicine - Nova York - EUA

Áurea Eleutério Pascalicchio - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Benedito Medrado - Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Recife-PE - Brasil

Camila Garcia Tosetti Peção - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Carlos Tato Cortizo - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Carmen Campos Arias Paulenas - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Ernesto Báscolo - Instituto de la Salud Juan Lazarte - Universidad Nacional de Rosario - Rosario - Argentina

Fernando Szklo - Instituto Ciência Hoje (ICH) - Rio de Janeiro-RJ - Brasil

Francisco de Assis Accurcio - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte-MG - Brasil

Ingo Sarlet - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS) - Porto Alegre-RS - Brasil

José da Rocha Carneiro - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro-RJ - Brasil

Katia Cibelle Machado Pirota - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Lenise Mondini - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Luiza S. Heimann - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Márcio Derbli - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Marco Meneguzzo - Università di Roma Tor Vergata - Roma - Itália

Maria de Lima Salum e Moraes - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Marina Ruiz de Matos - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Maria Lúcia Magalhães Bosi - Universidade Federal do Ceará (UFC) - Fortaleza-CE - Brasil

Nelson Rodrigues dos Santos - Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo-SP - Brasil

Raul Borges Guimarães - Universidade Estadual Paulista (UNESP) - Presidente Prudente-SP - Brasil

Samuel Antenor - Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo - Unicamp - Campinas-SP - Brasil

Sílvia Regina Dias Médici Saldiva - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Sônia I. Venâncio - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Tereza Setsuko Toma - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Breve história do Prêmio David Capistrano de Experiências Exitosas na Área da Saúde

Brief History of David Capistrano Successful Experiences in the Health Area Award

Floriano Nuno de Barros Pereira Filho¹

Instituído durante o XXII Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo e VIII Mostra de Experiências Exitosas dos Municípios, ocorrido na cidade de Bauru, no mês de março de 2008, o “Prêmio David Capistrano de Experiências Exitosas na Área da Saúde” fez parte das comemorações do vigésimo aniversário do SUS e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS/SP).

Além de comemorar os vinte anos do COSEMS/SP e do SUS, o Prêmio simbolizava o reconhecimento ao mérito e iniciativa de inúmeros secretários, secretárias, trabalhadoras e trabalhadores da saúde que diariamente em seus municípios desenvolviam experiências inovadoras na gestão e/ou assistência no SUS.

Naquela primeira edição do Prêmio concorreram 440 trabalhos agrupados em dois eixos: *Organização da Atenção Integral em Saúde e Gestão do Sistema de Saúde*.

A qualidade e originalidade das experiências municipais já eram de conhecimento de todos, uma vez que aquela foi a oitava edição da Mostra. No entanto, como até então não havia a preocupação em premiar as experiências, tinha-se apenas uma visão global da boa qualidade dos trabalhos expos-

tos. Este detalhe surgiu no processo de avaliação e eleição dos dez trabalhos agraciados com o “Prêmio David Capistrano”.

Para esta tarefa o COSEMS/SP constituiu uma comissão de 40 avaliadores, todos com ampla experiência e envolvimento com o SUS, mas que naquele momento não tinham qualquer vinculação municipal.

Este grupo de avaliadores fez, a partir de critérios previamente definidos e consensuados, uma primeira avaliação dos trabalhos inscritos no site da Mostra, indicando aqueles que entendiam ser merecedores do Prêmio, número este que atingiu quase um quarto dos trabalhos inscritos.

Era critério para inscrição dos trabalhos que estes demonstrassem ser práticas que efetivassem princípios norteadores do SUS como a integralidade, universalidade, equidade com a garantia de participação e controle social.

Os mais de cem trabalhos indicados para premiação passaram então por uma segunda avaliação, feita por parte dos mesmos avaliadores, agora visitando a Mostra e os Pôsteres apresentados.

Desta visita, resultou a indicação das dez experiências municipais que receberam o “Prêmio David Capistrano de Experiências Exitosas dos Municípios”.

¹ Florianio Nuno de Barros Pereira Filho (florianonuno@gmail.com) é psicólogo, mestre e especialista em Saúde Pública, ambos pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, apoiador do COSEMS/SP e coordenador da

Mostra de Experiências Exitosas dos Municípios e do Prêmio David Capistrano de Experiências Exitosas na Área da Saúde.

Se até então os municípios já manifestavam interesse em participar das Mostras nos Congressos do COSEMS/SP, a instituição do Prêmio David Capistrano colocou um “tempero”, tornando-se um incentivo a mais para a participação dos municípios nos Congressos do COSEMS/SP e na Mostra.

Com uma média de 470 experiências inscritas por Congresso, o último evento, em abril de 2015, em Campos de Jordão, atingiu 514 inscrições. A Mostra, que tinha periodicidade bianual, tornou-se anual a partir do ano de 2014, quando da realização do Congresso em Ubatuba. Esta foi uma solicitação dos municípios que desejavam apresentar suas experiências em todas as edições do Congresso do COSEMS/SP.

Com o crescimento de participações nos congressos e a consolidação da Mostra, o Prêmio tornou-se não só um reconhecimento ao trabalho dos municípios como também criou um clima de conagração entre os congressistas no encerramento do evento, pois sendo a última atividade, todos ficam esperando para conhecer, e quem sabe, ser um dos dez indicados.

A cada nome chamado uma festa e a certeza de que o próximo Congresso e a próxima Mostra serão ainda melhores e contarão com a participação de mais municípios.

1ª Mostra de Práticas Educativas em Saúde do Distrito de Saúde Sul – Saúde do Adulto

1st Exhibition of Educational Practices in Health of the South Health District – Adult Health

Nayara Lúcia Soares de Oliveiraⁱ
Fabíola Damas de Carvalho e Silvaⁱⁱ
Sonia Aparecida de Lima Adornoⁱⁱⁱ
Andrea Alexandra Muniz Bacic^{iv}
Ana Neves dos Santos^v
Iracema Roberto Silva^{vi}

Resumo

Desde 2013, o apoio de Educação em Saúde distrital vem acompanhando os profissionais de saúde que realizam grupos educativos na região como ferramenta de política de formação de pessoal, humanização da atenção e valorização dos trabalhadores. Respondendo à necessidade de fortalecê-las, estabeleceu-se um recorte para viabilizar trocas estimulantes entre pares através da 1ª Mostra de Práticas Educativas em Saúde – Saúde do Adulto. Para organizá-la, os relatores de experiências e outros atores estratégicos foram ativamente envolvidos, constituindo-se forte rede de ajuda na viabilização de recursos necessários. Participaram 172 inscritos em 15 Rodas de Conversa Simultâneas, nas cinco atrações na Mostra de Talentos e na Grande Roda final. As avaliações ressaltaram o franco sucesso da Mostra, do ponto de vista do “clima” de celebração, superação de objetivos e sua institucionalização no calendário do Distrito, com a indicação da 2ª Mostra, com foco na Saúde da Mulher em 2015.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Sistema Único de Saúde, Gestão.

Abstract

Since 2013 the support of Education in the district Health has been monitoring the health professionals who carry out educational groups in the region as a policy tool for personnel training, humanizing care and appreciation of workers. Responding to the need to strengthen them, it was set up a cutout to enable stimulant exchanges between peers through the first Exhibition of Educational Practices in Health - Adult Health. To organize it, the rapporteurs of experiences and other strategic actors were actively involved, becoming a strong support network in the feasibility of necessary resources. 172 subscribers participated in 15 Simultaneous conversation circles in 5 attractions in the Talent Show and in the final Great Circle. The evaluations highlighted the frank success of the Show, from the point of view of the “climate” of the celebration, overcoming objectives and their institutionalization in the District calendar, indicating the second Show, focusing on Women’s Health in 2015.

Keywords: Health Education, Unified Health System, Management

ⁱ Nayara Lúcia Soares de Oliveira (naluso63@gmail.com) é socióloga sanitária, doutora em Saúde Coletiva/UNICAMP, analista de Gestão de Pessoas, Prefeitura de Campinas/SP.

ⁱⁱ Fabíola Damas de Carvalho e Silva (fabiola.damas@gmail.com) é enfermeira sanitária, especialista em Processos Educacionais na Saúde, com ênfase em facilitação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem/Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês, Prefeitura de Campinas/SP.

ⁱⁱⁱ Sonia Aparecida de Lima Adorno (sonia.lima.adorno@gmail.com) é enfermeira, especialista em Gestão de Serviços de Saúde/PUCAMP, Prefeitura de Campinas/SP.

^{iv} Andrea Alexandra Muniz Bacic (andrea_piaf@hotmail.com) é enfermeira sanitária, especialista em Saúde Pública/UNICAMP, Prefeitura de Campinas/SP.

^v Ana Neves dos Santos (trabalho.neves@gmail.com) é técnica de enfermagem/Fundação Centro Médico de Campinas, Auxiliar de Enfermagem na Prefeitura de Campinas/SP.

^{vi} Iracema Roberto Silva (ceminha.roberta@hotmail.com) é agente comunitária de Saúde, acadêmica de enfermagem/Faculdades Anhanguera, Prefeitura de Campinas/SP.

Introdução e justificativa

Campinas, com sua trajetória de contribuição à saúde pública, é uma das poucas cidades brasileiras que precedeu o Sistema Único de Saúde (SUS) constitucional na territorialização da rede de saúde. Inspirou arranjos de atenção e gestão como os serviços substitutivos da Saúde Mental, a legislação do controle social, o SAMU, os apoios institucionais e matriciais, as práticas integrativas e a descentralização da Vigilância na Atenção Básica, as experiências de educação com trabalhadores mais tarde denominadas de Educação Permanente em Saúde, dentre outras iniciativas.

Infelizmente, na última década vem vivendo o desmando e o descaso de sucessivos governos municipais que foram minando sua organização e coesão entre usuários, trabalhadores e gestores defensores de um SUS público, universal e de qualidade, perdendo, desta forma, a capacidade de resolver os problemas de saúde da população, imersa em problemas administrativos básicos “inexplicavelmente” sem resolução, o SUS Campinas vem enfrentando sua pior crise.

Mas, apesar disso, o pulso ainda pulsa...

Os serviços que atualmente compõem o Distrito de Saúde Sul, uma das cinco regiões da cidade, são 16 centros de saúde, 2 ambulatórios de especialidades, 1 pronto atendimento, 1 serviço de atendimento domiciliar, 3 centros de atenção psicossocial (álcool e drogas, geral e infantil) e 2 centros de convivência totalizando aproximadamente 1.300 trabalhadores, que atendem cerca de 300 mil munícipes.

Desde fevereiro de 2013 o apoio matricial de Educação em Saúde vem se aproximando dos profissionais de saúde que realizam práticas educativas (PEs), buscando torná-lo ferramenta de formação de pessoal, humanização e qualificação da atenção e valorização dos trabalhadores. Esta iniciativa encontrou eco no arranjo organizacio-

nal distrital à época, pelo interesse comum entre apoiadora e coordenação distrital de propiciar retaguarda especializada a equipes e profissionais neste campo de saberes e práticas por meio de “arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões”¹ (p. 400).

Mediante o reconhecimento do que se desenvolve como PEs e o trabalho colaborativo tem-se ofertado apoio metodológico e logístico com a compreensão de que todo profissional de saúde é educador, identificando possibilidades de troca, aprendizado e aprimoramento.

[...] essa ampliação do olhar possibilita ver coisas que não se vê regularmente: o quanto no cotidiano do fazer no campo de práticas se está permanentemente produzindo conhecimento, reafirmando conhecimento e agindo tecnologicamente no campo do cuidado. E isso se dá a partir do núcleo pedagógico central: o encontro com o outro e a troca de modos de agir e saberes, produzindo sentido ético e político para o seu fazer no campo da saúde. Abrir um movimento que procure reconhecer esses acontecimentos, torná-los visíveis, pode ser uma boa aposta para mudar o eixo dos processos de formação e de capacitação no campo da saúde. Pode ser um diferencial no campo da gestão no interior de uma organização de saúde, por reconhecer que todos fazem, todos sabem e todos governam nas organizações [...] e, portanto, por mais controle que se queira ter sobre a ação dos outros, de fora para dentro, o máximo que se consegue é cooperação ou claudestinidade nos atos coletivos.² (p. 2).

Simultaneamente a esse reconhecimento, realizaram-se encontros na temática da Educação em

Saúde, estimulando enfermeiros a desenvolverem projetos de intervenção, retomando práticas em andamento ou que necessitassem ser iniciadas.

Nessas aproximações ficou clara a necessidade de termos espaços de socialização, chamando os pares que as realizavam e convidando interessados para estimularem-se a desenvolvê-las.

Outro aspecto que foi se confirmando é o de que as PEs não são vistas como um recurso terapêutico. Identificadas mais como momentos de congraçamento criados pelos profissionais, que as usariam como escape da rotina de trabalho, ou como iniciativa pessoal do profissional (com recursos logísticos e ou metodológicos seus, inclusive), não são ofertas do serviço para cuidar da população sob sua responsabilidade³.

Contando com o apoio dos gestores e analisando sua relevância, diversidade e grande contingente, estabeleceu-se um recorte que possibilitasse trocas estimulantes em Rodas de Conversa entre pares através da organização da 1ª Mostra.

Objetivos

Criar espaços de socialização, reflexão e aprendizado entre profissionais que desenvolvem PES e demais interessados em conhecer e desenvolver atividades semelhantes. Estimular reflexão e aprimoramento, através do reconhecimento e da colaboração, potencializando a saúde individual e coletiva na região. Valorizar o profissional e as PES, contribuindo para sua realização pessoal e profissional e a humanização do cuidado.

Metodologia

Para organizá-la, identificamos experiências como o Atendimento Compartilhado, Grupos de HiperDia, Reeducação Alimentar, Tabagismo, Artesanato, Vivência, Cuidadores de Idosos, Rodas de

Terapia Comunitária Integrativa, Qualificação da Assistência aos Crônicos, numa caracterização sucinta das mesmas (quem articula, onde acontece, desde quando, interrupções, periodicidade, registro, como acontecem, dificuldades, avanços e propostas de aprimoramento) e realizamos uma Oficina de Planejamento com pelo menos um de seus representantes. Nela captamos expectativas, construímos formas de operacionalização, provocando o boca-a-boca nos serviços e formando o grupo que detalhou e viabilizou o delineado. Na referida Oficina chamou atenção o fato de que os participantes se ocupavam menos da proposta de planejar como fariam a troca de experiências na Mostra, porque seu interesse em contar o que e como faziam, suas dificuldades, seus triunfos, era maior.

Após o envio dos resumos dos relatos, trabalhamos em duas oficinas com os apresentadores de experiências, formas criativas e diversificadas de contarem o que faziam. Conseguimos que o Departamento de Saúde da Secretaria realizasse vídeos curtos com as experiências que se mostraram interessadas em realizá-los.

Para efetivar as três rodadas de Rodas de Conversa simultâneas no dia da Mostra e a Grande Roda ao final, conseguimos envolver diferentes atores, com experiências diversificadas para agenciar coletivos: facilitadores temáticos (de acordo com a temática foco da prática educativa apresentada), facilitadores de Roda (para cuidar da dinâmica de troca entre apresentadores e participantes) e Ativadores da Grande Roda (educadores experientes no campo de saberes e práticas da Educação em Saúde) que participaram das Rodas, rastreando impressões, falas, gestos, olhares para que tudo aquilo pudesse ser amalgamado ao final daquele encontro, problematizando as práticas apresentadas. Realizamos reuniões preparatórias com os facilitadores para afinar perspectivas e viabilizar boas trocas.

No início e nos intervalos tivemos a Mostra de Talentos com apresentação de trabalhadores e usuários no violão e voz, dança do ventre, desfile dos produtos de grupos de artesanato.

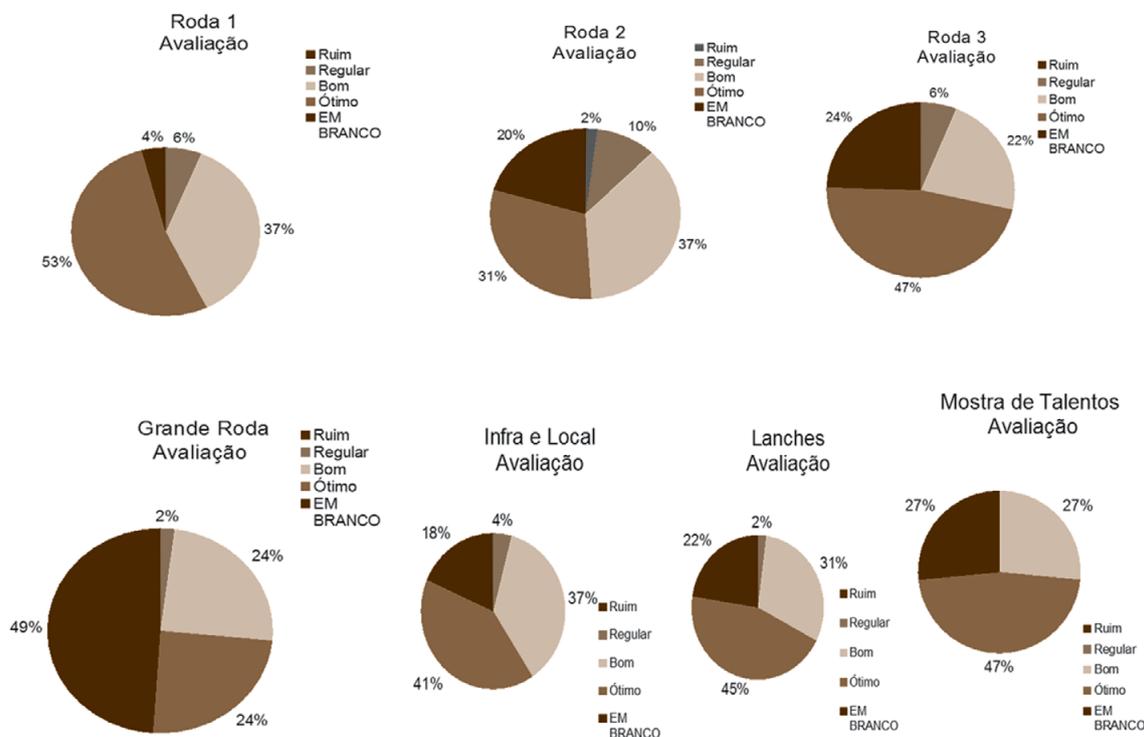
Superando os limites do apoio logístico, constituímos uma forte rede de ajuda na viabilização de recursos materiais e de comunicação, mediante conhecimento de atores-chave na Secretaria, na Prefeitura, com Universidades e nos territórios dos serviços. O grupo organizador potencializando a equipe distrital.

Como processo de avaliação durante a Mostra, os participantes utilizaram uma filipeta em que indicavam ótimo, bom, regular ou ruim para aspectos como a avaliação de três Rodas e Grande Roda, Lanches, Infra e Local, Mostra de Talentos, Troca de Experiências e Aproveitamento no Trabalho.

Produtos

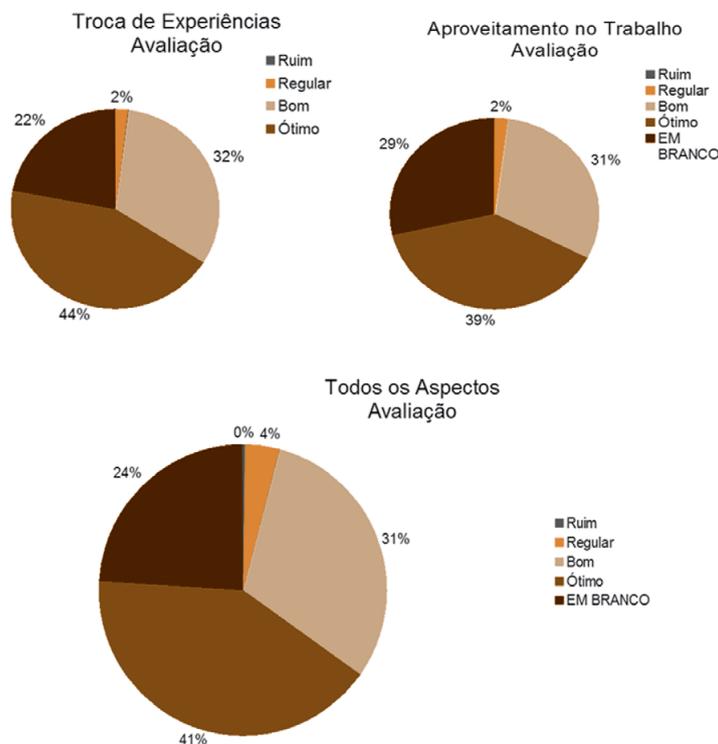
Tivemos 190 inscritos: 69 participaram de três Rodas, 32 estiveram em duas e 42 em apenas uma. Foram realizadas 15 Rodas Simultâneas com até três relatos de experiência cada, utilizando diferentes recursos (10 vídeosⁱ, dinâmicas, tendas do conto, *banners*, pôsteres artesanais, painel de fotos, slide show, teatro, cordel), cinco atrações da Mostra de Talentos e a Grande Roda final. Realizamos duas reuniões de avaliação: uma com facilitadores temáticos e de Roda, apoiadores, coordenador distrital e grupo organizador e outra com relatores de experiências e coordenadores locais, apresentando vídeos e slides com a sistematização da avaliação.

Considerando 48 respondentes, as avaliações foram as seguintes:



ⁱ São 7 vídeos sobre as experiências e um sobre a própria Mostra, realizados pela Secretaria, e dois confeccionados pelos próprios profissionais. Todos se encontram disponíveis nos links: <http://youtu.be/vscZ7A97Pzs>, <http://youtu.be/sdzSgycJkWk>, <http://youtu.be/fMjyKiPSIkC>, https://youtu.be/iWa9_znoMA4,

<https://youtu.be/cG0bwxbKCO>, <https://youtu.be/iP9HJlIOSkM>, <https://youtu.be/ribD6ywuW4>, <https://youtu.be/ujcisoqH2FO>, https://youtu.be/fC7N18Rh_us, <https://youtu.be/iP9HJlIOSkM>, <https://youtu.be/qDgD7pTFB8>



Dos 48 que responderam, 18 continham os seguintes comentários:

Positivos	Negativos	Sugestões
<p>Muito boa a iniciativa, acrescentou bastante conhecimento e promoveu interação no distrito sul. Muito interessantes as apresentações. Maravilhoso ver como as equipes driblam as dificuldades, criam, potencializam. Foi gratificante. Vou levar pra unidade muito do que aqui recebi, para melhorar os grupos de vivência pelo esforço de cada um. Melhorar relação trabalhador e gestão! Parabéns ao distrito sul por esta iniciativa de mostrar o que fazem para melhorar nosso trabalho e poder compartilhar com os colegas! Coordenadora, que simpatia! Inteligente!</p> <p>Parabéns! Tudo perfeito! Foi muito produto (sic), muito organizado. Infra/local: banheiros bons. Adorei tudo. Ótima a troca de experiência entre os colegas. Parabéns a todos que ajudaram a realizar este projeto.</p> <p>Excelente, estou levando ótimas ideias. Muito bom, gostei de estar aqui e compartilhar experiências boas. Muito produtiva sempre as rodas de discussão! Roda 1: ótima. Faltou tempo!</p> <p>O evento com sistema de Rodas simultâneas ficou muito bom. Saí daqui motivada. Evento organizado e acolhedor. Foi 10. Até ano que vem. "Transformando feridas em pérolas!!" Contagiou a todos nós! Sensacional! Inexplicável!! O SUS é nosso e esse dia é pra mostrar que saúde não se vende, se faz com pessoas e para pessoas... Encantada! Parabéns. É SUS!!! Amo!!!</p>	<p>Infra/local: local muito aberto, faz frio</p> <p>Roda 2 e 3: apresentações foram bacanas, mas o ruído desmotivava a discussão</p> <p>Acho que a parte da acústica nos salões grandes (armazéns) ficou prejudicada.</p>	<p>Realizar mais estes intercâmbios entre equipes. Para o próximo, abrir espaço para apresentação de trabalho e troca de experiência com a turma da SM.</p> <p>Tem que acontecer novamente</p> <p>Ser mais constante</p> <p>Quero todo ano.</p>

As avaliações ressaltaram o sucesso, considerando a celebração, o alcance e superação de objetivos e de sua institucionalização no calendário do Distrito.

Foi disponibilizado a todos os serviços o DVD com os vídeos produzidos, bem como os slides com as avaliações para que fossem apresentados em reuniões das equipes, sugerindo novas conversas

nos serviços.

Foi divulgado no site da Secretaria, disponibilizado DVD ao Centro Documentação, e comunicado aos dirigentes da Secretaria sobre a colaboração obtida e solicitada ampla divulgação. Disponibilizamos nosso apoio a outros distritos na realização de eventos semelhantes, com repercussões recentes na região Sudoeste. A continuidade do trabalho vem se dando com novo foco: adolescente e mulher, mantendo apoio às ações de Saúde do Adulto, segundo demanda.

Aprendizado com a vivência

Desenvolvidas nos serviços ou em seu território, as PEs não são fáceis de fazer funcionar ou manter, mesmo em cenários favoráveis, quanto mais num contexto de crise. Com uma população que foi sendo acostumada a ter respostas imediatas através de medicamentos e exames, unidades que priorizam a realização de consultas e procedimentos, os próprios profissionais e suas parcerias com a população viabilizando a maioria dos recursos utilizados e a escassa retaguarda metodológica institucionalmente disponível, o que se pode dizer é que são muitos os obstáculos a vencer para quem é articulador das PEs.

Por outro lado, tem-se percebido que quem se dedica a elas, muitas vezes, é justamente aquele que se mantém vivo, exercitando maneiras de realizar seu trabalho de maneira criativa e persistente, nem sempre valorizada como prática de cuidado em saúde.

Considerações finais

A amplitude das respostas valorizando esta atividade como exemplo de que o SUS Campinas continua vivo, confirma a necessidade de continuar nesse caminho, unindo forças com outras inicia-

tivas que vejam o trabalhador como protagonista de sua prática, criando oportunidades de reflexão e aprendizado pela troca entre pares, contribuindo para trazer desdobramentos que transcendam as PES, criando mais condições para a retomada do SUS Campinas.

Referências

1. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, fev. 2007;23(2):399-407.
2. Merhy EE. Educação Permanente em Saúde – uma política de reconhecimento e colaboração construindo encontros nas práticas de saúde. [artigo na internet] maio 2013; [acesso em ago 2014]: [7 p.]. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/ep-uma-politica-de-reconhecimento-e-cooperacao-construindo-encontros-no-cotidiano-das-praticas-de-saude>.
3. Oliveira NLS. Avaliação participante de práticas educativas em saúde como dispositivo de gestão e de educação permanente. [tese de doutorado em Saúde Coletiva] Campinas, Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2005.

Ampliação das atividades do Banco de Leite Humano Municipal de Guarulhos consolidando o trabalho de aleitamento materno no município e cidades do Alto Tietê

Expansion of the Human Milk Bank activities at the Municipality of Guarulhos consolidating breastfeeding work at the municipality and cities of the Alto Tietê

Rose Meire de Freitas Santos¹

Resumo

O trabalho mostra a trajetória de um equipamento de saúde que nasceu dentro de uma maternidade municipal para atender uma demanda interna, e que ao longo de um período de 14 anos foi se fortalecendo, ampliando suas atividades no próprio município e estendendo para as cidades vizinhas. O Banco de Leite Humano de Guarulhos se consagrou como uma unidade de referência em aleitamento materno para Guarulhos e para os municípios do Alto Tietê, acreditando que a prática e o incentivo ao aleitamento materno podem ajudar a reverter os piores indicadores sociais, econômicos e ambientais. Trabalhando com técnica, dedicação, seriedade, persistência, humanização no atendimento e realizando parcerias com diversos serviços e atividades afins como o núcleo municipal de Objetivos do Desenvolvimento do Milênio.

Palavras-chave: Aleitamento materno, Banco de leite humano, Saúde Pública

Abstract

The paper shows the trajectory of a medical equipment that was conceived within a municipal maternity to meet an internal demand, and that over a period of 14 years has been strengthening, expanding its activities in the municipality itself and extending them to neighboring cities. The Human Milk Bank of Guarulhos was consecrated as a referral center for breastfeeding in Guarulhos and the municipalities of Alto Tietê, believing that the practice and promotion of breastfeeding may help reverse the worst social, economic and environmental indicators. Working with technique, dedication, integrity, persistence, humanization of care and establishing partnerships with several related services and activities such as the municipal core of the Millennium Development Goals.

Keywords: Breastfeeding, Human Milk Bank, Public Health

¹ Rose Meire de Freitas Santos (rosefmsantos@gmail.com) é enfermeira com especialização em Saúde Pública e Administração Hospitalar pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), especialista em Pediatria Clínica pela Universi-

dade Federal de São Paulo (UNIFESP) e gerente do Banco de Leite Humano Municipal de Guarulhos.

Introdução

O trabalho mostra a trajetória de um equipamento de saúde que nasceu dentro de uma maternidade municipal para atender a uma demanda interna e que, ao longo de um período de 14 anos foi se fortalecendo, ampliando suas atividades no

próprio município e estendendo seu trabalho para os municípios vizinhos.

O Banco de Leite Humano (BLH) iniciou suas atividades em 29 de setembro de 2000, vinculado ao Hospital e Maternidade Municipal de Guarulhos, em uma área física de 100 m² aproximadamente.

Alguns marcos desta trajetória	
19 de dezembro de 2001	Criação do Comitê Municipal de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAMG).
28 de outubro de 2003	Inauguração Posto de Coleta de Leite Humano MJJM.
30 de agosto de 2004	Inauguração Posto de Coleta de Leite Humano HGG.
23 de agosto de 2010	Inauguração Posto de Coleta de Leite Humano Município de Suzano – Primeiro da Região do Alto Tietê.
25 de janeiro de 2011	Entrega de viatura climatizada para o BLH com compartimento refrigerado adequado para transporte de Leite Humano e em condições de percorrer o município e cidades vizinhas com segurança.
29 de junho de 2012	Mudança para nova Unidade com aproximadamente 200 m ² construídos e vinculação na Região de Saúde 1 Centro. Ampliação da equipe técnica, aumentando capacidade de atendimentos e da operacionalização do volume excedente do leite humano e tendo uma área destinada à educação em saúde.
19 de dezembro de 2013	Inauguração da Sala de Apoio à Amamentação no Hospital Pimentas Bonsucesso.
23 de setembro de 2014	Banco de Leite Humano como membro do Núcleo Municipal dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).

Objetivos

- Transformar oficialmente o Banco de Leite em uma unidade especializada e referenciada em aleitamento materno para Guarulhos e para os municípios da região do Alto Tietê;
- Contribuir para a mudança da cultura do desmame, valorizando o direito da criança, de receber o melhor alimento: o leite materno;
- Trabalhar as metas do milênio reduzindo as desigualdades sociais, melhorando a qualidade de vida das pessoas;
- Contribuir de maneira substancial para atingir as metas dos objetivos para o Desenvolvimento do Milênio sendo que o aleitamento materno está vinculado a cada um dos ODM, segundo o Comitê Científico sobre a Nutrição da ONU.

balho, dentro da nossa unidade, com um trabalho humanizado e individualizado com as mães e bebês nas maternidades da cidade, hospitais infantis, unidades básicas de saúde (UBS) e também com as parcerias como: Comitê de Incentivo ao Aleitamento Materno de Guarulhos (CIAMG), Secretaria da Educação, empresas e demais segmentos da sociedade que acreditam no aleitamento materno como um alicerce para uma vida muito mais saudável.

A excelência do trabalho agora deverá ser ampliada, pois uma das estratégias do governo federal para disseminar os ODM é incentivar, valorizar e dar visibilidade às práticas de prefeituras e organizações da sociedade civil que contribuam para o alcance dos ODM.

Resultados

Redução da mortalidade infantil e aumento na taxa de amamentação exclusiva no Município:

Metodologia

A unidade se consolidou através de muito tra-

Taxa mortalidade infantil¹:

2000 – 20,98%

2012 – 12,63%

Taxa amamentação até 4 meses²:

2000 – 11,5%

2012 – 35,86%

Capacitação de 2.612 profissionais da área da saúde; palestras para 2.763 gestantes em diversos segmentos da sociedade; oficina com treinamento de 803 educadores que repassaram seus conhecimentos para rede de ensino da Prefeitura Municipal de Guarulhos.

Consolidação do Banco de Leite Humano de Guarulhos como equipamento de saúde de atendimento especializado para Guarulhos e a região do Alto Tietê.

Aprendizado com a vivência: facilidades e dificuldades

A maior dificuldade ainda é a mudança de cultura sobre a amamentação. Inserir o aleitamento materno como forma natural, saudável e exclusiva de alimentação nos primeiros seis meses de vida, mudar conceitos na assistência hospitalar pediátrica e principalmente trabalhar os profissionais para um olhar mais humanizado e consciente. Não é fácil, mas é possível.

Lutamos diariamente com a cultura do desmame, com as empresas milionárias produtoras de leites infantis modificados, com a mídia perversa que exalta as mulheres e os seios somente como objeto sexual, com as indústrias de bicos,

mamadeiras e chupetas que só visam a lucros financeiros, com profissionais que não aceitam mudanças e persistem em prescrições de fórmulas infantis e práticas inadequadas e continuamos a trabalhar. Precisamos superar os desafios e as desigualdades regionais.

A persistência nos mostra o caminho a seguir e as dificuldades são contornadas na medida em que surgem.

Considerações finais

É possível a consolidação do trabalho desde que haja comprometimento, dedicação e engajamento de vários setores em prol do bem comum.

A amamentação não é só o primeiro passo para uma vida saudável. É uma prática que, estimulada, incentivada, assistida e apoiada contribuirá para que Guarulhos e região possam atingir as metas pactuadas pela ONU em 2000 e que no Brasil são chamadas de 8 Jeitos de Mudar o Mundo.

Precisamos insistir hoje, perseverar em uma mudança cultural na forma de alimentar nossas crianças e desenvolver políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população. Temos certeza de que a construção de um mundo melhor passa pelo caminho do aleitamento materno.

¹ Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade)

² Fonte: Projeto Amamentação e Municípios (Projeto Amamunic)

Judicialização da saúde – Um retrato da demanda de medicamentos em município de médio porte no Estado de São Paulo

Health litigation – A representation of the demand for medicines in medium-sized municipality in the State of São Paulo

Maurício Massayuki Nambuⁱ

Jaqueline Vilela Bulgarelliⁱⁱ

Antonio Carlos Pereiraⁱⁱⁱ

Luciane Miranda Guerra^{iv}

Resumo

Este estudo busca refletir sobre ações judiciais por medicamentos no SUS municipal. Obtendo-se identificação, quantitativos, valores financeiros e padronizações. Apesar do impacto ainda não ser significativo, observa-se um crescimento financeiro e orçamentário. Sugere-se ações para o entendimento entre o Judiciário/Executivo, levando-se em consideração a hierarquização das políticas de saúde, atendimento integral pelo estado das ações conjuntas, organização da Assistência Farmacêutica e adoção de política de atendimento inicial dos medicamentos.

Palavras-chave: Judicialização. Saúde Pública. Assistência Farmacêutica.

Abstract

This study aims at reflecting on lawsuits with regard to drugs at the municipal SUS. It is obtained identification, quantity, financial values and standards. Despite the impact is not yet significant, it can be seen a financial and budget growth. There are suggested actions for understanding between the Judiciary/Executive branches, taking into account the hierarchy of health policies, comprehensive care by the state of joint activities, organization of pharmaceutical assistance and adoption of initial care policy of drugs.

Keywords: Litigation. Public Health. Pharmaceutical Services.

ⁱ Maurício Massayuki Nambu (far.sms.ourinhos@gmail.com) é farmacêutico pela Universidade Estadual de Londrina-PR, mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba-FOP-UNICAMP, especialista em Saúde Pública pela FANORPI e em Assistência Farmacêutica pela UNAERP/Ministério da Saúde, professor das Faculdades Integradas de Ourinhos e Farmacêutico da Prefeitura Municipal de Ourinhos.

ⁱⁱ Jaqueline Vilela Bulgarelli (jaquelinebulgarelli@gmail.com) é doutoranda e mestre em Odontologia em Saúde Coletiva pela FOP-UNICAMP e especialista em Saúde da Família pela FAMEMA. É tutora do Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Coletiva da FOP-UNICAMP, onde também participa de pesquisa na área de saúde coletiva.

ⁱⁱⁱ Antonio Carlos Pereira (apereira@fop.unicamp.br) é professor titular da Universidade Estadual de Campinas. Mestre e doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e consultor do Ministério da Saúde.

^{iv} Luciane Miranda Guerra (lumiranda1302@gmail.com) é professora da Universidade Estadual de Campinas. Doutora em Odontologia em Saúde Coletiva e especialista em Saúde Coletiva pela FOP-UNICAMP. É tutora do Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Coletiva da FOP-UNICAMP.

Introdução

O surgimento constante de ações judiciais causa reflexões quanto às responsabilidades de cada esfera governamental, no que se refere ao repasse de recursos financeiros ou materiais. A legislação atual preconiza que o município atenda medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica elencados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), mas o Poder Judiciário, baseado na Constituição, vem ampliando esta distribuição. O poder agir dos serviços de maneira coordenada, inserido nos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) como “integralidade”, com base na Lei nº 8.080/90², pode também inferir uma característica de persuasão junto do Poder Judiciário, mas que na prática pode estar tendo dificuldades de ser executada. Como afirma Santos-Pinto⁴, faz-se urgente uma revisão da “concepção de integralidade que hoje permeia a Assistência Farmacêutica no SUS, visto que vem se configurando e perpetuando não como um princípio virtuoso, mas como um problema que opera de maneira contrária à resolução das prioridades sanitárias. Ourinhos, considerado um município de médio porte, localizado no centro-oeste do Estado de São Paulo, com 103.035 habitantes³, também apresenta demandas emitidas pelo Poder Judiciário. O presente artigo busca refletir sobre estas demandas judiciais por medicamentos no SUS através da verificação quantitativa destas ações em um município de médio porte, seu impacto orçamentário e a disponibilização de medicamentos na Assistência Farmacêutica, buscando disponibilizar informações na esfera municipal.

Metodologia

Foi realizado um estudo transversal, analítico descritivo, retrospectivo, desenvolvido no município de Ourinhos-SP, entre 2005 e 2012. Foram analisadas Leis Orçamentárias do município¹ e informações coletadas nos arquivos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), obtendo-se nomes genéricos, quantitativos atendidos, valores financeiros em moeda nacional e análise ano a ano das padronizações dos medicamentos dispensados. A classificação dos medicamentos foi realizada utilizando-se o Sistema Anatômico Terapêutico Químico da Organização Mundial da Saúde⁶, sendo elencados todos os princípios ativos (PA) de cada ação judicial, e considerado para efeito deste estudo somente o PA e não as suas diferentes dosagens e apresentações. Foram incluídas todas as dispensações de medicamentos destinadas ao cumprimento de ações judiciais, as quais o município foi oficialmente intimado, tanto exclusivas contra o município quanto as em conjunto com Governo do Estado de São Paulo. Foram excluídas ações judiciais que contemplavam insumos farmacêuticos ou de caráter nutricional, tais como tiras reagentes para medição de glicemia capilar e nutrição enteral.

Resultados

O número de ações judiciais destinadas ao fornecimento de medicamentos manteve-se estável nos últimos sete anos do período estudado, apresentando uma média de 10,4 ações ativas/ano, alcançando o máximo de 15 ações judiciais em 2010 e 2012, com média de 3,6 casos novos por ano (Figura 1).

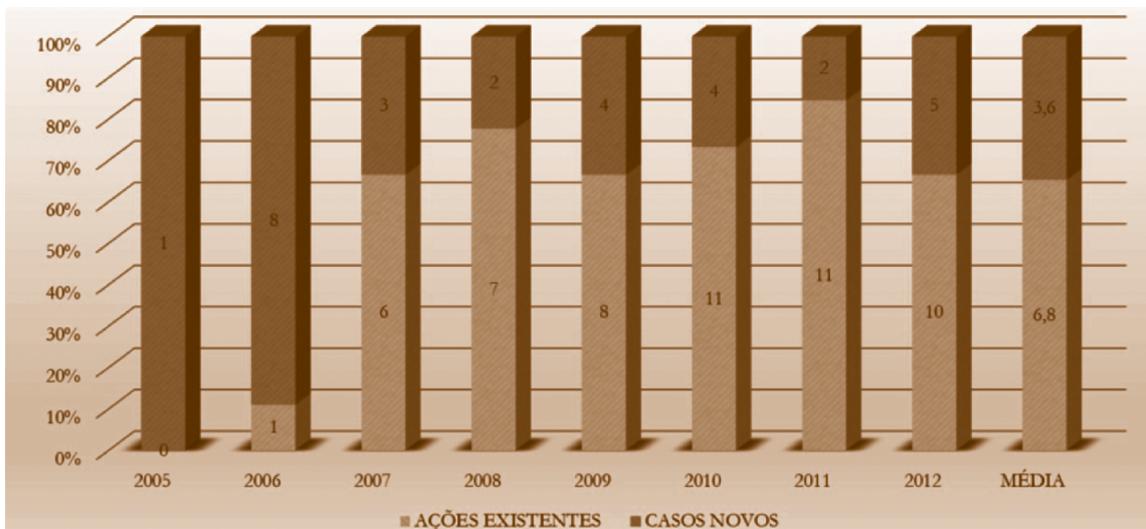


Figura 1. Número de ações judiciais ativas e casos novos para medicamentos, demandadas contra o município de Ourinhos/SP, junto à Secretaria Municipal de Saúde, entre 2005 e 2012.

Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Ourinhos/SP.

Após análise de todos os medicamentos dispensados entre 2005 e 2012, através das demandas judiciais contra o município de Ourinhos/SP, observamos um investimento crescente de R\$ 893,38 a R\$ 25.219,22 em 2012 (Figura 2). Média

de 13,8 medicamentos dispensados, não padronizados pelo município, Estado ou União, correspondendo a 62,8% e 8,1 de medicamentos padronizados, correspondendo a 37,2% da média total de medicamentos dispensados (Figura 3).

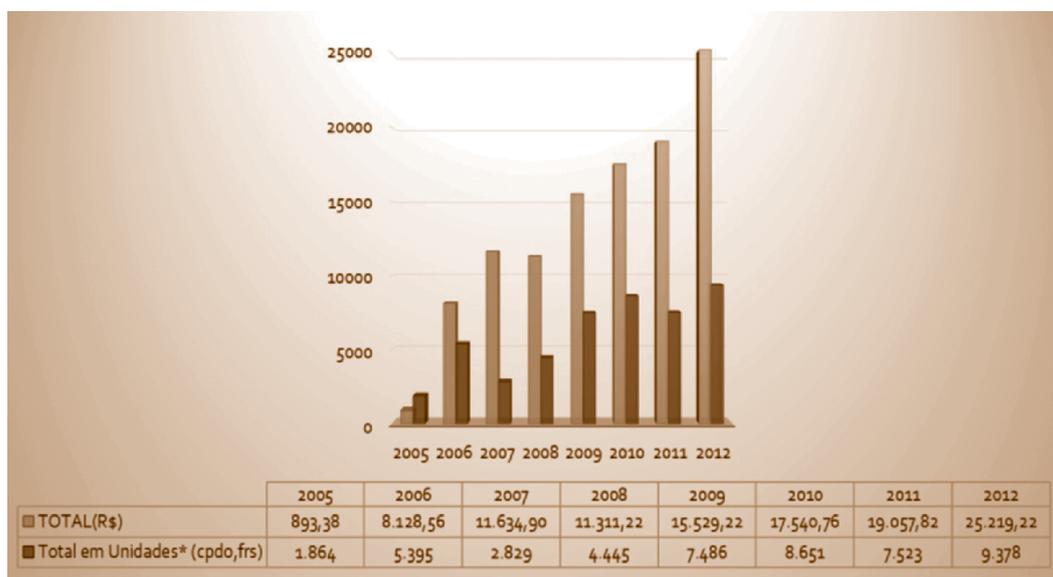


Figura 2. Gastos com Medicamentos em moeda nacional e quantidade unitária de medicamentos*, distribuídos através de ações judiciais no município de Ourinhos junto à Secretaria Municipal de Saúde, entre 2005 e 2012.

*Por forma farmacêutica unitária (comprimido, cápsula, etc.) ou apresentação/embalagem (tubo, vidro, frasco, ampola.

Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Ourinhos/SP.

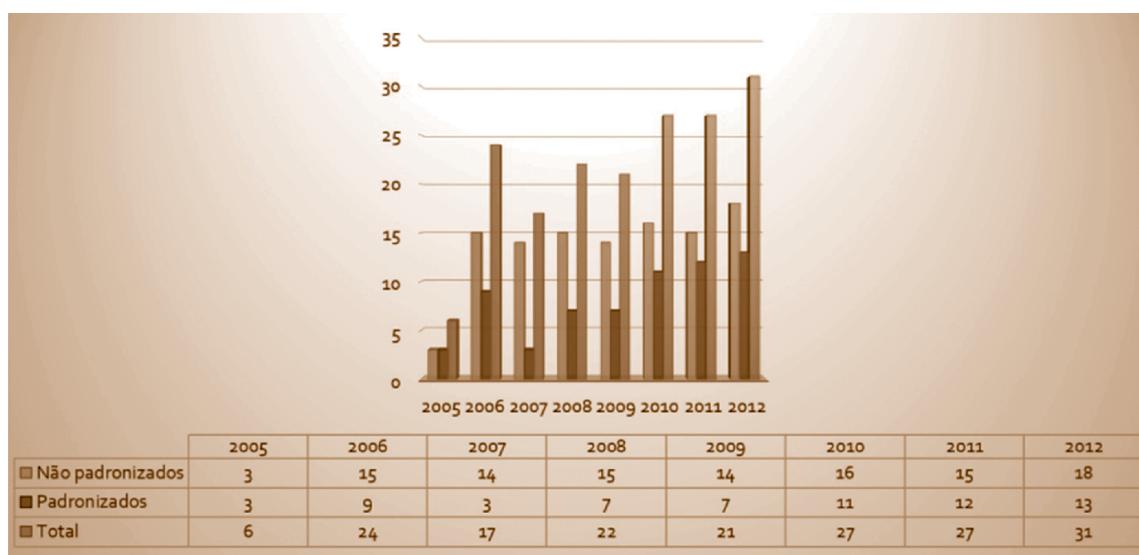


Figura 3. Número de medicamentos padronizados e não padronizados pela Saúde Pública, dispensados por ações judiciais no município de Ourinhos/SP, entre 2005 e 2012.

Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Ourinhos/SP.

Nas 27 ações judiciais de medicamentos impetradas contra o município, no período referente ao estudo, foram encontrados 57 princípios ativos diferentes, correspondendo a dez classes anatômica terapêuticas, segundo a classificação da OMS. Medicamentos utilizados para o sistema nervoso central, cardiovascular, aparelho digestório e metabolismo correspondem a mais de 70% (73,7%) dos tipos de medicamentos. Os gastos com ações judiciais representam média de 0,008% do orçamento da Prefeitura Municipal de Ourinhos e 0,0323% da SMS. Observamos um discreto aumento nos valores e na porcentagem dos gastos com ações judiciais em relação ao orçamento da Assistência Farmacêutica, nos anos onde foi possível obter esta informação, ou seja, de 2010 a 2012, aumentando a porcentagem dos gastos em relação ao orçamento da Assistência Farmacêutica (AF) de 1,6% em 2010, para 2,2% em 2012.

Aprendizado e recomendações

Sugere-se ações executadas pelo município,

como o entendimento entre o Poder Judiciário e Executivo municipal, levando-se em consideração a hierarquização das políticas de saúde, o atendimento integral pelo Governo Estadual das ações conjuntas e organização da AF, através da coordenação das solicitações administrativas de medicamentos junto ao Estado⁵ e adoção de uma política de atendimento inicial dos medicamentos demandados.

Considerações finais

Apesar de o impacto orçamentário no município estudado ainda não ser significativo em termos de recursos financeiros, observa-se um crescimento percentual em relação aos gastos financeiros e orçamentários com ações judiciais. O surgimento constante de ações judiciais junto aos municípios traz inquietude quanto às responsabilidades de cada esfera de governo no que se refere ao repasse de recursos ou disponibilização medicamentosa, uma vez que a legislação atual preconiza que o município atenda os medicamentos do Componente

Básico da Assistência Farmacêutica elencados na RENAME e isso o mesmo vem executando. Novos levantamentos e reflexões devem ser realizados na perspectiva de poder trazer mais dados sobre demandas judiciais por medicamentos na esfera pública da saúde municipal, através da verificação quantitativa destas ações, seu impacto orçamentário e disponibilização de medicamentos pela Assistência Farmacêutica, para que possamos melhor entender este fenômeno e realizar planejamento adequado.

Referências

1. Brasil. Lei nº 8.080, 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 da União. 19 set 1990.
2. Câmara Municipal de Ourinhos. Legislação. Pesquisa de Leis. [acesso em 27 jul 2013]. Disponível em: <http://www.camaraourinhos.sp.gov.br/index.php>.
3. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Brasília (DF); 2010. [acesso em 29 jul 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=353470>.
4. Santos-Pinto CDB, Ventura M, Pepe VLE, Osorio-de-Castro CGS. Novos delineamentos da assistência farmacêutica frente à regulamentação da lei orgânica da saúde. Cad. Saúde Pública. 2013;29(6):1056-1058.
5. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Resolução SS 54, de 11 de maio de 2012. Aprova, no âmbito da Pasta, estrutura e funcionamento da Comissão de Farmacologia da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e dá outras providências. 2012. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 12 maio 2012; Seção 1:7.
6. WHO - World Health Organization. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC). [acesso em 11 mar 2013]. Disponível em: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/

Avaliação dos encaminhamentos para o serviço de atenção domiciliar no município de Mauá/SP a partir de pacientes avaliados e não admitidos pelo serviço

Assessment of the Referrals for the Home Care Service in the Municipality of Mauá/SP from Assessed and Not Admitted Patients by the Service

Renata Carneiro Vieiraⁱ
Verônica Sanches Santos Meloⁱⁱ
Cleante Ferreiraⁱⁱⁱ

Resumo

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) destina-se a usuários com dificuldade de locomoção e que necessitem de acompanhamento frequente, de intensidade maior que a capacidade da rede básica. O estudo objetivou identificar as unidades que mais têm realizado encaminhamentos não admitidos e quais motivos. Foi realizado um estudo quantitativo, com encaminhamentos de julho a novembro de 2014 a partir da análise de fichas de encaminhamento e de triagem. Três UPAs tiveram mais de 30% não admitidos, o Hospital Municipal teve 24,39% e duas UBS tiveram mais de 20%. Os motivos mais comuns da não admissão foram o paciente estar clinicamente instável, poder ser acompanhado pela atenção primária, estar aguardando exame ou procedimento na internação e recusa familiar. Com o estudo, ficou claro que o papel do SAD necessita ser melhor compreendido pelos serviços municipais. Foi definido calendário de reuniões e de discussões de caso.

Palavras-chave: Atenção Domiciliar. Avaliação. Encaminhamentos.

Abstract

The Home Care Service (SAD) is intended for users with limited mobility and requiring frequent monitoring of greater intensity than the capacity of the basic network. The study aimed at identifying the units that have accomplished more not admitted referrals and what are the reasons. A quantitative study was conducted, with referrals from July to November of 2014 based on the analysis of routing and sorting files. Three UPAs had more than 30% not admitted, the Municipal Hospital had 24.39% and two UBS had more than 20%. The most common reasons for the non-admission were: the patient is clinically unstable, it may be accompanied by primary care, it is waiting for test or procedure for hospitalization and family refusal. With the study, it became clear that the role of the SAD needs to be better understood by the municipal services. Meeting schedule and case discussions were defined.

Keywords: Home Care; evaluation; referrals

ⁱ Renata Carneiro Vieira (renatauff2001@yahoo.com.br) é médica de Família e Comunidade, especialista em Gestão em Saúde e em Saúde da Família e médica do Serviço de Atenção Domiciliar da Prefeitura de Mauá/SP.

ⁱⁱ Verônica Sanches Santos Melo (veronica.sanches.s.m@gmail.com) é enfermeira do Serviço de Atenção Domiciliar da Prefeitura de Mauá/SP.

ⁱⁱⁱ Cleante Ferreira (cleanteferreira@hotmail.com) é enfermeiro e gerente do Serviço de Atenção Domiciliar da Prefeitura de Mauá/SP.

Introdução

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) constitui uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. Lampert et al.⁵ têm como objetivo a redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários, além de um cuidado contextualizado à cultura e dinâmica familiar. As atribuições da Atenção Domiciliar (AD) vão além da simples reabilitação do paciente: alcançam os três níveis de cuidado (atenção primária, secundária e terciária)⁴. É dividido em atendimento e internação domiciliares conforme características do procedimento médico utilizado, da complexidade das tecnologias envolvidas, do aparato médico-hospitalar instalado e da densidade dos cuidados².

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção domiciliar é definida pela Portaria Ministerial nº 963/2013 e pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 11, de 26 de janeiro de 2006. A organização se dá em três modalidades (AD1, AD2 e AD3), pautadas de acordo com grau de complexidade e frequência das visitas domiciliares necessárias para o cuidado a ser prestado. Na organização proposta pelo Ministério da Saúde, é de responsabilidade da Atenção Primária a assistência a usuários que necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês³.

A Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) destina-se aos usuários que necessitam de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo. Dentre eles, destacam-se pacientes com demanda por procedimentos de maior complexidade que podem ser realizados em domicílio, pacientes em reabilitação por deficiência permanente ou transitória, que necessitam de atendimento contínuo até apresentarem condições de frequentar outros serviços de reabilitação; em adaptação ao uso do dispositivo de traqueostomia, de órteses/próteses ou ao uso de sondas e ostomias; em pós-operatório; em uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica; com dependência de monitoramento frequente de sinais vitais; com necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade; com necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória; e com necessidade de cuidados paliativos ou de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo preestabelecido³.

A modalidade AD3 destina-se aos usuários com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de pelo menos um dos equipamentos a saber: suporte ventilatório não invasivo (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas – CPAP – ou Pressão Aérea Positiva por dois Níveis – BIPAP), diálise peritoneal ou paracentese³.

Ainda de acordo com a Portaria Ministerial nº 963/2013, a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar é composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeuta ou assistente social e auxiliares ou técnicos de enfermagem. Esta equipe é responsável pelo acompanhamento do paciente, com apoio da Equipe Multiprofissional de Apoio, composta por três dentre os possíveis profissionais: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional, de acordo com a demanda de cada território³.

Existem critérios de elegibilidade para que o paciente seja admitido pelo SAD, sejam clínicos, que dizem respeito à situação do paciente, aos procedimentos necessários ao cuidado e à frequência de visitas de que necessita, sejam administrativos, que se referem a quesitos necessários para que o cuidado em AD seja realizado, tais como: residência no território de cobertura; consentimento formal do paciente ou de familiar/cuidador; responsável que exerça a função de cuidador, quando o usuário encontra-se com dependência funcional; concordância e encaminhamento do médico assistente, por meio de protocolo ou instrumento de contrarreferência; e ambiência domiciliar minimamente adequada aos cuidados domiciliares, incluindo necessidade de rede elétrica e espaço físico adequados ao uso seguro dos equipamentos, quando necessários. Dessa forma, os critérios de elegibilidade para a AD se confundem com os critérios que definem a inclusão em cada uma das modalidades⁴.

Ainda segundo a Portaria Ministerial que rege a prestação da atenção domiciliar no âmbito do SUS, os critérios para a não admissão do paciente no Serviço de Atenção Domiciliar (AD2 e AD3) são: perfil de atendimento na modalidade AD1; pacientes que não apresentem condições clínicas para o cuidado em domicílio; pacientes com necessidade de monitorização contínua; com necessidade de assistência contínua de enfermagem; com necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência; com necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou com necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva contínua. Além disso, impedem o acesso de um usuário ao SAD a ausência um cuidador identificado e não apresentar condições ambientais e físicas que permitam o acesso e o cuidado em domicílio⁴.

Assim, são encaminhados ao atendimento do-

miciliar, pacientes cujas patologias necessitem de cuidados acima do ambulatorial, como o acompanhamento de doenças crônico-degenerativas, curativos, entre outras. Por outro lado, a internação domiciliar visa à monitoração de quadros mais graves, mas, contudo, não eletivos para internação propriamente dita. Entre esses dois extremos, várias experiências têm sido implantadas nos municípios e Estados do Brasil, buscando o estabelecimento de um projeto de intervenção que se adequasse ao perfil de saúde dos usuários do país². Como a indicação da atenção domiciliar perpassa toda a rede, cada serviço deverá estar apto a identificar o usuário elegível para a AD. Por meio de fluxos e protocolos previamente pactuados, os serviços que compõem a rede de atenção podem indicar a AD e “encaminhar” o paciente para o SAD, através de instrumentos padronizados.

Apesar da existência de protocolos pactuados pelos serviços da rede, avaliações em que o paciente não preenche critérios de elegibilidade para o serviço. Pela necessidade de utilização mais eficiente dos recursos do SAD, assim como de todos os serviços de saúde, considerando que o modelo hegemônico de atenção à saúde – centrado em procedimentos – implica custos crescentes, particularmente em função do envelhecimento da população, da transição epidemiológica e, sobretudo, da incorporação tecnológica orientada pela lógica do mercado, não sendo capaz de responder às necessidades de saúde da população¹ é especialmente importante que as unidades da RAS compreendam o papel e as atribuições do SAD e o perfil de cuidado que demanda atuação e acompanhamento do mesmo.

Objetivo

Identificar as unidades que mais têm realizado encaminhamentos nos quais o paciente não

é admitido pela equipe multiprofissional do SAD-Mauá e os motivos para a não admissão destes pacientes no serviço.

Materiais e métodos

Estudo quantitativo, realizado com as triagens realizadas pelo SAD-Mauá entre julho e novembro de 2014. Os dados foram obtidos a partir da análise das fichas de encaminhamento recebidas e fichas de triagem produzidas.

Foi construída uma tabela na qual foram inseridos, num primeiro momento, os dados obtidos a partir da ficha de encaminhamento recebida: unidade que fez o encaminhamento, identificação do paciente e motivo do encaminhamento. Em um segundo momento, foram inseridos os dados constantes na ficha de triagem: as patologias do paciente, se foi admitido ou não admitido pela EMAD e o motivo da admissão ou da não admissão.

Após esta tabulação inicial, foram selecionados apenas os casos não admitidos. Nestes, foi realizada a identificação do serviço de origem do encaminhamento e do motivo da não admissão pelo SAD. Os demais dados foram utilizados em outros trabalhos realizado pelos autores.

Resultado

O SAD-Mauá recebeu 229 encaminhamentos vindos dos equipamentos da Rede de Atenção à Saúde do município de Mauá entre julho e novembro de 2014. Todos foram avaliados pela equipe multiprofissional e 48 destes (20,96%) não foram admitidos no serviço.

Em relação à origem dos encaminhamentos nos quais o paciente não foi admitido, três das quatro Unidades de Pronto Atendimento existentes no município tiveram um percentual de avaliados e não admitidos maior que o percentual do municí-

pio como um todo: uma delas teve um índice de 30,77% (4 não admitidos de 13 encaminhados), outra de 38,46% (5 não admitidos de 13 encaminhados) e a que teve o maior percentual teve 51,61% (16 não admitidos de 31 encaminhados) não admitidos. Dentre os serviços municipais que também tiveram um percentual de pacientes encaminhados, avaliados e não admitidos maior que a média, encontram-se ainda o Hospital Municipal, com 24,39% (10 não admitidos de 40 encaminhados), e três Unidades Básicas, com 22,22%, 25% e 33,33%. Porém, estas UBS tiveram um número muito baixo de pacientes encaminhados para que estes percentuais sejam significativos. Em conjunto, as UBS tiveram a menor taxa de não admissão: apenas 8 de 147 pacientes encaminhados (5,45%).

Os principais motivos para a não admissão foram a gravidade e instabilidade do quadro clínico do paciente, que fazia com que ele necessitasse de monitorização contínua (em 30% dos casos, 68 pacientes), ou o paciente não necessitar de acompanhamento de frequência e/ou intensidade maior que a capacidade da rede básica, podendo ser acompanhado pela equipe da atenção primária (20% dos casos, 45 pacientes), ou estar aguardando exame ou procedimento a serem realizados ainda durante a internação (7% dos casos, 16 pacientes) ou por recusa familiar (também em 16 pacientes, 7% dos casos).

Conclusões

O tipo de cuidado prestado pelo Serviço de Atenção Domiciliar e o perfil de pacientes com critérios necessários para admissão necessita ser melhor conhecido e compreendido por todos os serviços municipais.

Os maiores percentuais de encaminhamentos não admitidos aconteceram nas Unidades de Pronto Atendimento, nas quais a maior parte dos profis-

sionais que encaminham pacientes trabalham em regime de plantão, tornando mais difícil a educação permanente e o vínculo e conhecimento da Rede de Atenção à Saúde. A principal dificuldade desses profissionais foi determinar quando o paciente ainda necessitava de cuidados hospitalares ou, por outro lado, quando ele poderia ser acompanhado pela equipe da Atenção Primária.

A partir dessas informações e do conhecimento do número de encaminhamentos por serviço, foram definidos os pontos da rede em que o processo de discussão dos casos não admitidos e das dificuldades encontradas deveria se iniciar e foi elaborado um calendário de reuniões e discussões de casos. As reuniões se iniciaram com o Hospital Municipal, que não teve o maior percentual de pacientes não admitidos, porém, de onde partiu o maior número de encaminhamentos e que também teve uma taxa de não admissão maior que a média.

Nessas reuniões, já realizadas, foram feitas alterações na ficha de encaminhamento dos pacientes para adequá-la às necessidades de comunicação entre os dois serviços. Foi também pactuada a participação de membros da equipe do SAD, no mínimo semanal, na reunião do corpo clínico da enfermaria de clínica médica. O objetivo desses encontros é realizar a captação de pacientes ainda não identificados como passíveis de assistência domiciliar e discutir casos em que há dúvidas quanto à possibilidade do cuidado domiciliar, pela intensidade de monitorização e assistência necessárias ou pela tecnologia necessária a esse cuidado.

Além disso, foi planejada a participação da equipe do SAD em reuniões que já são realizadas em cada território de saúde, a fim de integrar os diversos equipamentos da rede. Foram agendadas participações do SAD também em reuniões técnicas e reuniões de equipes das Unidades Básicas de Saúde, para nova apresentação do serviço e discussão de casos, seja de pacientes que já são acompanha-

dos pelo SAD, seja de pacientes que estão em acompanhamento apenas pela atenção primária.

Referências

1. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(3):180-8.
2. Freitas AVS, Bittencourt CMM, Tavares JL. Atuação da enfermagem no serviço de internação domiciliar: relato de experiência. *Rev Baiana Enfermagem*. 2000;13:103-7.
3. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 28 maio 2013.
4. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília (DF); 2012.
5. Lampert MA, Brondani CM, Donati L, Souza SJ, Cerezer LG, Bottega FM. Perfil de doentes crônicos de um serviço de internação domiciliar na Região Sul do Brasil. *J Nurs Health*. 2013;3(2):147-56.

Acumulação Compulsiva: articulação da rede para a integralidade do cuidado

Compulsive hoarding: Network coordination for comprehensive health care

Andréa Rosaⁱ

Camila Fernandesⁱⁱ

Aline Pereira Lança-Passosⁱⁱⁱ

Ana Paula Pereira Teixeira^{iv}

Marta Munhoz^v

Caroline Cotrim Aires^{vi}

Resumo

Em novembro de 2013, a Supervisão de Vigilância em Saúde do Jaçanã, Zona Norte de São Paulo, solicitou parceria à interlocução de saúde mental da Supervisão Técnica de Saúde para o cuidado integral ao acumulador. Iniciou-se um grupo de trabalho, com encontros mensais, para discussões dos casos e articulação de uma rede local com ações intersectoriais para elaboração do cuidado e proteção ao portador de transtorno de acúmulo como atendimento multiprofissional, visitas domiciliares, exames, encaminhamentos diversos, cursos e outros.

Palavras-chave: Acumulação compulsiva, Saúde Mental, Saúde Pública.

Abstract

In November, 2013, the Supervision of Health Surveillance of Jaçanã, North Zone of São Paulo, requested a partnership with the mental health dialogue of Health Technical Supervision for the comprehensive care of the accumulator. It was initiated a working group with monthly meetings for discussion of cases and articulation of a local network with inter sectoral actions to prepare the care and protect the bearers of the hoarding disorder, as multidisciplinary care, home visits, exams, several referrals, courses and other.

Keywords: Compulsive hoarding (hoarding disorder), Mental Health, Public Health.

ⁱ Andréa Rosa (saudemental.stjt@gmail.com) é terapeuta ocupacional.

ⁱⁱ Camila Fernandes (fernandes-mrjt.assistsocial@gmail.com) é assistente social.

ⁱⁱⁱ Aline Pereira Lança-Passos (line_lanca@yahoo.com.br) é assistente social e atua na Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS) Jaçanã/Tremembé.

^{iv} Ana Paula Pereira Teixeira (appteixeira@prefeitura.sp.gov.br) é enfermeira, especialista em Terapia Intensiva e atua na Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS) Jaçanã/Tremembé.

^v Marta Munhoz (martamunhoz@prefeitura.sp.gov.br) é psicóloga, especialista em Psicopedagogia e em Terapia Social/Antroposofia e atua na Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS) Jaçanã/Tremembé.

^{vi} Caroline Cotrim Aires (carolineaires@gmail.com) é bióloga, doutora em Genética e atua na Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS) Jaçanã/Tremembé.

Pessoas com dificuldade em se desfazer ou que se afeiçoam em demasia com objetos existem em todo o mundo. Na cidade de São Paulo existem demandas até então silenciosas nas quais essas pessoas podem estar em situação de sofrimento mental. Tal situação pode causar transtornos relacionados à saúde ambiental e à segurança em seu entorno.

Na situação de acúmulo frequentemente há o distanciamento do indivíduo do convívio-social e instala-se uma vulnerabilidade socioeconômica de proporções consideráveis¹. Contudo, a morbidade da doença é subestimada o que prejudica o envolvimento do tratamento tanto com farmacológicos como com psicoterápicos². O acúmulo está muitas vezes relacionado com o preenchimento de um vazio existencial, e reconhecer esta situação faz com que os profissionais envolvidos percebam a dimensão de sua atuação na retirada deste material a qual envolve questões de preservação de direito, integração do indivíduo com a sociedade e melhoria da qualidade de vida individual e coletiva.

Neste contexto, a identificação, acolhimento e cuidado integral deste indivíduo têm grande relevância nas políticas de saúde pública, ambiental e de saúde mental.

Em novembro de 2013, a Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS) solicitou parceria à interlocução de saúde mental da Supervisão Técnica de Saúde Santana/ Tucuruvi/ Jaçanã/Tremembé, para instituir um organograma de cuidado integrado aos acumuladores de seu território.

Até este momento muito já se fazia por esta população, mas percebeu-se que sem um fluxo estruturado de acompanhamento esses cuidados permaneciam aquém do que a equipe julgava que poderia ser alcançado.

Naquela ocasião a SUVIS havia mapeado os casos da região. Os casos eram identificados pela comunidade, agentes de zoonoses, denúncias (presença de roedores, odores), disque 156 (So-

licitação de Atendimento ao Cidadão – SAC), rede atenção em saúde, etc. Para o acompanhamento, foi construída uma planilha para identificação dos casos e encaminhamento para a supervisão de saúde, contendo dados: número de controle, demanda, UBS do território, nome da pessoa, idade, endereço, data do início do acompanhamento pela SUVIS, tipo de acúmulo, se reciclados, presença de animais, etc.

Apesar das tentativas de integralidade com a rede de saúde, o trabalho era focado na remoção de inservíveis e limpeza do ambiente, o que provocava frustração nos profissionais pelo alto índice de recidiva no acúmulo.

Aspectos como a gravidade dos casos, a falta de crítica dos usuários e familiares, o intenso sofrimento psíquico, o isolamento social, familiar e ocupacional, as condições precárias, insalubres, a incapacidade de manter o ambiente satisfatório para moradia, provocaram a necessidade de articulação inicial com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Iniciou-se um grupo de trabalho, ancorado nos princípios da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destacando-se como prioridade promover a reabilitação psicossocial, evitar a internação, resgatar a cidadania, promover a autonomia, preservar os direitos do sujeito, garantir o acesso aos serviços, melhorar a qualidade de vida individual e coletiva.

Na discussão inicial dos casos, avaliava-se a necessidade de encaminhamento para acolhimento e como construir vínculos de confiança na rede de atenção do território. Após, era feito o monitoramento periódico.

Desta forma, houve necessidade de identificar e articular uma rede local com ações intersetoriais para elaboração do cuidado e proteção (SUVIS, CREAS, CRAS, CAPS, UBS, SAE, CECCO, SASF, ESF, NASF, SUBPREFEITURA), assim como identificar a rede de apoio familiar ou comunitária, construindo,

assim, um fluxo onde o projeto terapêutico individual era discutido e compartilhado com a rede setorial e intersetorial.

O processo de trabalho constou de encontros mensais para discussão dos casos em rede intersetorial, com possibilidades de ações voltadas ao cuidado integral (atendimento multiprofissional, visitas domiciliares, exames, encaminhamentos diversos, cursos, etc.).

Desta forma, formaram-se novas parcerias para a corresponsabilização do cuidado como: encaminhamentos para assistência jurídica (CREAS/NPJ), obtenção de documentos e benefícios (CRAS/SASF), apoio em limpeza e pequenas obras estruturais (Subprefeitura/Secretaria de Obras), acompanhamento compartilhado periódico (Agentes de zoonoses, UBS, CAPS, CRAS/SASF e outros) para evitar recidivas e ações para prevenção de novos casos.

A base do atendimento aos portadores de acúmulo foram as visitas domiciliares compartilhadas entre os serviços, para evitar a fragmentação das visitas, com devolutiva na reunião posterior. Visavam à inserção no serviço e elaboração do projeto terapêutico singular ao acumulador e o atendimento à família, com identificação das necessidades, vulnerabilidades e encaminhamentos necessários.

Desta experiência, destacam-se algumas considerações importantes:

- a) realizar intervenções pautadas na escuta qualificada, compreensão das necessidades reais, negociação, estabelecimento de acordos. Olhar as pessoas de forma singularizada;
- b) dar significado às histórias de vida, resgatar a identidade e dignidade desses homens e mulheres;
- c) compreender a impossibilidade de descarte devido ao apego a determinados objetos e/ou animais que fazem parte da vida e do cotidiano desses sujeitos;

- d) transformar paradigmas: o objeto do acumulador tem valor, significado e representação;
- e) trabalhar em rede sugere articulação, conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, ações conjuntas destinadas à proteção, inclusão e promoção de saúde e cidadania.

Planejar e desenvolver um trabalho em rede intersetorial é um grande desafio para os profissionais, gestores, conselheiros e outros atores vinculados às políticas públicas, principalmente num contexto onde a vulnerabilidade e a exclusão social são marcantes. No entanto, o compromisso de cada setor, com apoio e obrigações horizontais, reavaliações periódicas e acompanhamento. Em discussão, o grupo ponderou que:

A sociedade que entende a felicidade como associada ao poder de possuir bens estimula o empobrecimento dos vínculos e valoriza o acúmulo. Sendo assim, os acumuladores são sentinelas, ou seja, indicadores de uma sociedade que está adoecendo por este padrão de consumo excessivo, impessoalidade e individualismo cada vez mais acentuado.

Referências

1. Aires CC, Lança-Passos AP, Teixeira AP, Munhoz MR, Azevedo LC, Ozeki E et al. A questão dos acumuladores e suas interfaces com a saúde pública: resgate do indivíduo e a repercussão na saúde coletiva. In: Anais do 13. Congresso Paulista de Saúde Pública: o público na Saúde pública – a produção do (bem) comum; 31 ago-04 set. 2013. São Paulo, BR. São Paulo; 2013.
2. Catapano F, Perris F, Fabrazzo M, Cioffi V, Giacco D, De Santis V et al. Obsessive-compulsive disorder with poor insight: a three-year prospective study. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2010;34(2):323-30.

Documento norteador como ferramenta de gestão para a atenção básica

Guiding document as a Management tool for Primary Care

Eduardo Munhozⁱ
Franciele Finfa da Silvaⁱⁱ
Isabel Fuentesⁱⁱⁱ
Luciana Patriota^{iv}
Nívea Prata^v

Resumo

Em São Bernardo do Campo, a organização e o desenvolvimento da Gestão da Atenção Básica é uma tarefa compartilhada. Para dar sustentabilidade para que os propósitos se concretizassem, foi elaborado um documento que contempla a política municipal da Atenção Básica e norteia gerentes de UBS e trabalhadores na condução dos seus processos de trabalho. O documento tem por objetivo ser uma ferramenta de gestão tanto para o nível central quanto para a gestão local das UBS, equipes e trabalhadores. Destacam-se: como realizar o cadastro e acompanhamento das famílias e métodos de organização do processo de trabalho; a importância dos sistemas de informação; como realizar o monitoramento dos dados; acolhimento e agendamento como estratégia de organização e ampliação do acesso. Espera-se com esse documento fortalecer a figura do gerente e dar sustentação às suas ações de gestor, bem como direcionar toda rede para um objetivo comum, visto que este impacta no processo saúde doença da população atendida.

Palavras-chave: Gestão. Atenção Básica. Saúde Pública.

Abstract

In São Bernardo do Campo, the organization and development of the Primary Care Management is a shared task. To provide sustainability so the purposes can become reality, it was designed a Document that covers the municipal policy of the Primary Care and guides UBS managers and employees in the conduct of their work processes. The document aims at being a management tool for both the central level, as for the local management of UBS, teams and workers. It can be highlighted: how to carry out the registration and monitoring of families and methods of organization of the work process; importance of information systems; how to perform the monitoring of data; Host and the schedule as organizational strategy and expansion of the access. With this document, it is expected to strengthen the role of the Manager and to give support to its actions as manager, as well as to direct all network towards a common goal, since this impacts on the health disease process of the attended population.

Keywords: Management, Primary Care. Public health

ⁱ Eduardo Munhoz (emunhoz.sbc@gmail.com) é médico e assistente de direção da Atenção Básica à Saúde de São Bernardo do Campo.

ⁱⁱ Franciele Finfa da Silva (dab@saobernardo.sp.gov.br) é enfermeira no Departamento de Atenção Básica do município de São Bernardo do Campo.

ⁱⁱⁱ Isabel Fuentes (belfuentes232@gmail.com) é enfermeira e diretora do Departamento de Atenção Básica do município de São Bernardo do Campo.

^{iv} Luciana Patriota (lupatriota@gmail.com) é enfermeira, mestre em Saúde Coletiva, Referência da Gestão do Cuidado no território O6 da cidade de São Bernardo do Campo.

^v Nívea Prata (niveacristinasp@hotmail.com) é enfermeira no Departamento de Atenção Básica do município de São Bernardo do Campo.

Introdução

Em São Bernardo do Campo (SP), a organização e o desenvolvimento da Gestão da Atenção Básica, acontece através do diálogo entre a diretoria da Atenção Básica e Gestão do Cuidado e os Gerentes de Unidades Básicas de Saúde (UBS), os profissionais de saúde, as instituições parceiras e a população, por meio dos conselhos gestores locais.

Cada território possui peculiaridades que dizem respeito a seus usuários e equipes, à sua capacidade em termos de estrutura, organização social, conflitos e contradições locais.

Assim, as estratégias para a melhor condução das ações em saúde terão que se adequar, necessariamente, a essas diferenças regionais, pois não existe um padrão único e imutável de gestão.

A ação conjunta de todos os agentes tem como foco garantir o acesso à população, serviços de saúde eficientes e de boa qualidade.

Torna-se então um desafio a possibilidade de estudar e pensar, na Atenção Básica, modelos organizacionais e perfis de trabalhadores que possibilitem atuar sobre as atividades no interior do sistema de saúde e nos seus microprocessos decisórios, em particular, no terreno da gestão do trabalho em saúde, na produção do cuidado, como lugar onde há espaço para a resolubilidade das ações de saúde².

O processo de trabalho nas UBS está pautado nas necessidades de saúde da população, com base numa intersecção partilhada entre o usuário e o profissional, no qual o primeiro é parte fundamental deste processo.

Para a construção de um novo modelo de assistência à saúde, centrado no usuário inserido no contexto familiar e social, faz-se necessário repensar o processo de trabalho que tem como finalidade a qualidade da atenção à saúde, na perspectiva de promover o empoderamento tanto do usuário como da equipe de saúde.

Este processo está baseado no princípio da integralidade e requer como ferramenta a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a humanização dos serviços, a criação de vínculos entre usuário-comunidade-equipe de saúde e o trabalho em equipe, que deve articular um projeto comum em que a atuação específica de cada profissional se complemente e possa construir uma ação de interação entre os trabalhadores e usuários.

No intuito de dar sustentabilidade para que todos esses propósitos se concretizassem em um município em constante aperfeiçoamento e crescimento de sua rede de atenção à saúde; São Bernardo do Campo elaborou um Documento que contempla a política municipal da Atenção Básica e norteia Gerentes de UBS, bem como todos os trabalhadores de saúde, na condução dos seus processos de trabalho.

O Documento exigiu o desenho de um processo de trabalho capaz de responder adequadamente às diferentes necessidades advindas da diversidade que o município apresenta. Nessa perspectiva, o papel dos gestores é determinante na superação dos desafios e na consolidação da política municipal da Atenção Básica, comprometida com as necessidades da população.

Objetivos

O documento tem por objetivo ser uma ferramenta de gestão, capaz de orientar os trabalhadores da Atenção Básica a aplicar os princípios preconizados no Sistema Único de Saúde, adequando essas ações para a realidade local de cada território, a fim de impactar no acesso e qualidade à saúde e cuidado prestado à população. O documento visa também a ser uma diretriz aos gestores locais e do nível central da Atenção Básica, direcionando as principais atividades organizativas da UBS e do cuidado aos usuários.

Metodologia da pesquisa

Para implantar esta ferramenta de gestão, em 2008, o município de São Bernardo do Campo investiu fortemente na Atenção Básica, ampliando significativamente sua oferta de serviços de saúde. Até 2008, o município contava com 16 equipes de Saúde da Família.

Atualmente, São Bernardo do Campo conta com um quadro de 34 UBS, 130 equipes de Estratégia de Saúde da Família e 78 equipes de saúde bucal, optando por 100% de cobertura da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde e um quadro 937 de ACS^{3,4}.

A primeira edição do “Documento Norteador”, como ficou conhecido, foi elaborada entre o ano de 2010 e 2011, por meio de encontros conjuntos entre gestão central da Atenção Básica e gerentes das UBS, onde em discussões de grupos e plenárias, os itens principais foram elencados e discutidos, a partir da vivência e realidade local das UBS. Considerando assim, uma parte daquilo que Cecílio¹ chama de o “o mundo que fica de fora” (de fora das grandes e altas escalas de gestão). Em outubro de 2014 foram feitas as alterações necessárias e acrescentado pontos considerados desafiadores para uma gestão mais efetiva e que estivesse alinhada com os novos desafios dados num município metropolitano.

O Documento buscou romper com as dificuldades herdadas de velhos modelos hierárquicos e estanques, e foi substituído com a noção de pertencimento e “empoderamento” dos sujeitos, considerando a autonomia dos sujeitos, e que o trabalho em saúde se produz em ato⁵. Sendo reestruturado, portanto, pela equipe técnica do Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado que identificou através de seus indicadores de saúde e encontros periódicos com os gerentes de UBS, as necessidades de informação e temas para fomentá-lo.

Produtos: o que foi realizado e resultados alcançados

Dada a necessidade de implementar as diretrizes contidas no “Documento Norteador”, bem como apresentá-lo a todos os profissionais envolvidos em sua utilização, em janeiro de 2015, foram reunidos todos os Gerentes de UBS para apreciar e rediscutir a ferramenta de gestão. Nesta ocasião, focou-se principalmente nas atualizações e alinhamento que a rede de Atenção Básica buscava nesta diretriz. Os principais tópicos abordados foram:

- a) como realizar o cadastro e acompanhamento das famílias no território de abrangência da unidade (e eventualmente fora dela) e sugestões de métodos de organização do processo de trabalho;
- b) a importância dos sistemas de informação na gestão, avaliação e planejamento das ações de saúde;
- c) como realizar o monitoramento dos dados e indicadores para o processo de avaliação e planejamento da equipe;
- d) o acolhimento como processo de trabalho da equipe e seu aspecto resolutivo do cuidado e de condutas;
- e) o agendamento de consultas como estratégia de organização e ampliação do acesso à saúde;
- f) a reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal, voltada para orientação dos processos de trabalho, visando a dar respostas às demandas da população, ampliando o acesso às ações e serviços, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante vínculo territorial;
- g) A ação e atuação da “Referência de gestão da Atenção Básica” na gestão do cuidado e apoio ao Gerente de Unidade Básica.

Como resultado imediato, tivemos a reapropriação e o entendimento por parte dos gerentes que o documento traz importantes informações e

diretrizes que colaboram com o processo organizacional e de gestão das equipes e da unidade como um todo, levando assim a ampliação do acesso e melhor oferta de cuidado à população.

Coube a cada Gerente de UBS matriciar sua equipe de forma que o Documento fosse rapidamente disseminado para a rede de saúde.

Aprendizado com a vivência: facilidade e dificuldades

Buscou-se com este documento, a construção de um modelo que contemplasse a ampla participação de todos envolvidos, buscando o alinhamento entre os atores envolvidos com relação às mudanças e processos dinâmicos existentes no trabalho, fortalecendo a figura do gerente e dando sustentação às suas ações de gestor, bem como direcionar toda rede para um objetivo comum de se trabalhar as questões ligadas ao processo de trabalho das UBS, visto que este impacta no processo saúde-doença da população atendida.

O desafio para o Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado, bem como para os Gerentes de UBS, é que a partir do entendimento e apropriação desta política municipal por parte de todos os trabalhadores, será necessária ações de gestão capazes de manter estratégias de monitoramento e criação de novas possibilidades para potencializar todas as sugestões e recursos disponibilizados neste Documento, de forma a garantir que todo o trabalho reverta-se cada dia mais na melhoria do acesso e qualidade de assistência à população.

Considerações finais

O processo de gestão, em curso na cidade, apresenta possibilidades e desafios que devem ser assumidos de forma solidária por todos envolvidos.

Para a construção de um novo modelo de as-

sistência à saúde, centrado no usuário inserido no contexto familiar e social, é fundamental repensar o processo de trabalho, que tem como finalidade a qualidade da atenção à saúde, na perspectiva de promover o empoderamento tanto do usuário como da equipe de saúde. O documento norteador é uma ferramenta importante para a construção do pensar em saúde, consoante com a Política Municipal e Nacional da Atenção Básica, possibilitando o apoio que equipes e gerentes buscam para poder fortalecer dentro das suas especificidades locais, uma forma de gestão que garanta uma saúde de qualidade e acesso universal.

Esta ferramenta precisa ser constantemente analisada, pois orienta para diversas dificuldades apresentadas no cotidiano de trabalho das UBS.

O caminho comum trilhado é a busca por soluções que ajudem a viabilizar o planejamento, a melhor aplicação dos recursos e a condução das equipes, atendendo aos princípios do SUS e da política municipal de saúde.

Tudo isso, hoje, se expressa no compromisso do Departamento da Atenção Básica e Gerentes, com a construção de um novo modelo de gestão, que possa representar um salto de qualidade tanto na organização do sistema quanto no cuidado à saúde, pela qual tanto se tem lutado.

Referências

1. Cecílio LCOC. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface*. 2009;13(suppl.1):545-55.
2. Merhy EE. A reestruturação produtiva na saúde, a produção do cuidado e a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec; 2002.
3. Ministério da Saúde. DATASUS. Cadastro Nacional de estabelecimentos de saúde. Brasília (DF); 2015. [acesso em 13 jun 2015]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=35&VMun=354870&VComp=201505&VUni
4. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF); 2004.
5. Neves CAB. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24: 1953-1955.

Oficina Experimental de Cinema Digital do Centro de Convivência e Cultura de Taboão da Serra

Experimental Workshop of the Digital Cinema of the Community Center and Culture of Taboão da Serra

Emília dos Santos Fonsecaⁱ

Renato Guentherⁱⁱ

Resumo

O CECO Taboão é um espaço de sociabilidade e interação que permite aos usuários o contato com inúmeras formas de expressão artística. Dentre as várias oficinas que oferece há a Oficina Experimental de Cinema Digital, que tem como proposta familiarizar os participantes à linguagem cinematográfica, permitindo uma nova forma de expressão visando ao bem-estar e à inclusão social.

Palavras-chave: Saúde Mental, Cinema, Inclusão Social.

Abstract

The CECO Taboão is a space of sociability and interaction that allows users to contact numerous forms of artistic expression. Among the various workshops offered, there is the Digital Cinema Experimental Workshop which proposal is to familiarize participants to the cinematic language allowing a new form of expression aiming at the well being and social inclusion.

Keywords: Mental Health, Cinema, Social Inclusion.

ⁱ Emília dos Santos Fonseca (emiliafonseca@ig.com.br) é psicóloga e coordenadora do Centro de Convivência e Cultura de Taboão da Serra.

ⁱⁱ Renato Guenther (tatocine@gmail.com) é psicólogo na rede de saúde de Taboão da Serra, oficinheiro do CECO Taboão e criador da Oficina Experimental de Cinema Digital.

O CECO Taboão

Na década de 1920, através dos trabalhos do psiquiatra Osório Cesar no Hospital Juquery (SP) e em 1940 pela psiquiatra Junguiana Nise da Silveira (RJ), as artes começaram a ser vistas como instrumento no tratamento alternativo e menos invasivo àqueles que apresentam algum sofrimento psíquico⁵. A partir da década de 1990, com o surgimento dos Centros de Convivência e Cooperativas no Estado de São Paulo, criaram-se espaços de sociabilidade e interação que permitiram aos usuários desses serviços o contato com inúmeras formas de expressão artística.

O Centro de Convivência e Cultura de Taboão da Serra (CECO Taboão) é um equipamento que integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e está ligado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), seguindo as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental^{2,3}. Localiza-se dentro do Parque das Hortênsias, na Praça Miguel Ortega, 500, no município de Taboão da Serra, Estado de São Paulo.

O CECO Taboão é atualmente concebido como espaço alternativo de convivência aberto a todas as pessoas. É um serviço que não oferece tratamento, mas promove o encontro entre as pessoas, acolhendo as diferenças e os sofrimentos, transformando os encontros em oportunidades de melhorar a saúde e qualidade de vida. Cria condições favoráveis para a inserção e integração dos indivíduos por meio de diversas oficinas, como atividades manuais, culturais, educacionais e esportivas. Visa a proporcionar ao participante o reconhecimento de seus interesses e sentimentos, melhorando a sua autoestima, fazendo com que seja sujeito de sua própria vida, escolhendo o caminho que quer seguir, possibilitando o resgate da cidadania.

O CECO Taboão oferece aos munícipes várias oficinas, uma delas é a Oficina Experimental de Cinema Digital.

O cinema digital

O cinema é o aprimoramento máximo da arte de contar histórias. A produção cinematográfica foi durante muito tempo limitada a poucos afortunados ou monopolizada pela indústria cultural norte-americana devido aos altos custos que envolviam o registro, edição e veiculação da película em celulóide, material em que se convencionou a produção dos “filmes”.

O advento das câmeras digitais e o avanço na tecnologia dos computadores pessoais têm democratizado o acesso a essa linguagem e popularizado a produção do cinema digital.

Apresentar essa possibilidade de comunicação e produção artística aos participantes do CECO Taboão significa o acesso a uma nova forma de expressão que hoje se faz de fácil distribuição pela conectividade da internet.

A Oficina

A Oficina Experimental de Cinema Digital do CECO Taboão surgiu em 2009, a partir da mente inventiva do psicólogo e cineasta Renato Guenther, durante a coordenação administrativa da psicóloga Mariana Peres Stuchi. Sua proposta é familiarizar os participantes ao uso das técnicas e tecnologias que envolvem a produção do cinema digital e permitir a expressão de seus anseios, sentimentos e perspectivas através da confecção conjunta de filmes de curta-metragem em vídeo digital, passando por todas as etapas (roteiro, *story board*, produção, direção, atuação, fotografia e edição) que envolvem o processo.

Em paralelo, estudamos e discutimos a história do cinema no Brasil e no mundo, os vários tipos de cinema, e ainda exercitamos uma série de habilidades, desde criatividade, foco, atenção, organização, até comunicação, expressão corporal e principalmente convivência em grupo. O cinema é

uma arte grupal em sua gênese e só se faz possível numa prática coletiva, pois exige trabalho em equipe, onde todos os componentes são de fundamental importância¹.

A oficina se destina a todo o público adulto, desde que não apresente comprometimentos severos de comunicação, expressão e convivência. Turmas de 15 participantes no máximo.

O tempo previsto é de 12 a 16 encontros, durante um semestre de cada ano.

Os encontros acontecem às terças-feiras das 14 às 16 horas, com tolerância máxima de 10 minutos para atrasos.

Durante os primeiros encontros são discutidos temas de relevância para os participantes, gêneros e estilos de linguagem. Selecionamos trechos de filmes, produções de audiovisual, livros e histórias em quadrinhos para referências de arte, enquadramento, linguagem e estilo⁴. Em conjunto escrevemos o roteiro, dividimos a equipe entre atores, atrizes, assistentes de direção e produção, equipe de som, arte e figurino. São feitos ensaios e marcações no cenário que sempre parte das possibilidades oferecidas pela estrutura do CECO Taboão. Programamos os últimos 4 ou 5 encontros para as gravações.

O equipamento e o trabalho de captação de sons e imagens ficam a cargo da Escola de Cinema do Latin American Film Instituteⁱ. A partir da parceria voluntária com esta instituição promovemos o intercâmbio de conhecimentos e perspectivas. Em troca, oferecemos a certificação na experiência voluntária de terceiro setor aos profissionais e estudantes da instituição que se dispõem a apoiar o projeto.

Montagem e edição ficam a cargo do oficinairo. Em parceria com outras secretarias do município são produzidas cópias da obra finalizada e distribuídas entre todos os participantes.

Os resultados

Destas parcerias, desde 2009, já nasceram 6 produções de curta-metragem em vídeo digital veiculadas em concursos e festivais culturais e pela internet através do blog da oficinaⁱⁱ, concorremos a premiações e divulgamos os trabalhos realizados em diversos Estados e municípios.

Ao longo da experiência, conquistamos aliados e admiradores através da candura e do encanto inerentes ao projeto e ao passo que surgem os resultados.

Porém, a maior realização se faz na franca constatação dos progressos cotidianos dos participantes à medida que se demonstram capazes de expressar e materializar seus anseios. O usuário percebe de modo diferente as vivências de seu cotidiano, quando estabelece um roteiro para um personagem, favorecendo a transferência de suas dificuldades e angústias. Ao ver o personagem atuando, consegue repensar sobre sua maneira de se relacionar com o mundo. Principalmente, ao reconhecer-se autor, capaz de criar algo conjuntamente e perceber seu trabalho projetado e contemplado por diferentes audiências, sente-se mais humano e socialmente integrado, o que colabora para a promoção de sua saúde como um todo.

i <http://www.lafilm.com.br/>

ii <http://cinececo.blogspot.com.br>

Referências

1. Aronovich T. Oficina Intensiva de cinema Digital (Apostila), 2006.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
3. Brasil. Lei nº 10216, 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. [acesso em 06 dez 2001]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm
4. Eisner W. Narrativas Gráficas de Will Eisner (Leandro Luigi Del Manto, tradutor). São Paulo: Devir, 2005.
5. Fernandes LJR. A função da atividade criativa no tratamento da Psicose [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005.

Contribuições do programa de aprimoramento profissional em saúde coletiva do Instituto de Saúde no processo de autoavaliação da atenção básica no município de Santos

Contributions from professional training in public health program from the Health Institute in the self-assessment process of primary care in the city of Santos

Carolina Simone Souza Adaniaⁱ, Ana Paula de Lima Santosⁱⁱ
Natália de Castro Nascimentoⁱⁱⁱ, Felipe Jarrusso Hidalgo de Almeida^{iv}
Juliana Ferreira Moura^v, Marcos Estevão Calvo^{vi}
Everton Lopes Rodrigues^{vii}, Sonia Isoyama Venancio^{viii}

Resumo

O Instituto de Saúde assessorou o município de Santos na avaliação da Atenção Básica (AB), através da utilização da ferramenta de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ), com a participação dos alunos do seu Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva. Este trabalho apresenta as percepções dos alunos sobre o processo e os resultados da autoavaliação realizada pelas equipes. Participaram 24 UBS no período de 29/10 a 13/12/2013. A AMAQ foi definida como método investigativo para avaliar o grau de adequação das práticas das UBS aos padrões de qualidade propostos pelo Ministério da Saúde. Utilizou-se a observação participante e o diário de campo para captar as percepções dos alunos sobre o processo. Identificou-se que as UBS têm realidades e processos singulares. Houve concentração das UBS entre as classificações regular e satisfatória e nenhuma UBS obteve a classificação muito insatisfatória. A análise aponta possibilidades para o fortalecimento da AB, destacando a incorporação das diretrizes para a orientação das práticas de saúde, legitimação e qualificação da coordenação municipal da AB e estabelecimento de uma política de educação permanente no município.

Palavras-chave: Avaliação de Saúde. Atenção Básica. Atenção Primária.

Abstract

The Health Institute supported the municipality of Santos in the evaluation of Primary Health Care (PHC), by using the Self-Assessment Tool for Access and Quality Improvement (AMAQ), with the participation of students of the professional training in public health program. This paper presents the perceptions of students about the process and the self-assessment results performed by the teams. Twenty-four Unidades Básicas de Saúde (UBS) participated in the period from 10/29/2013 to 12/13/2013. The AMAQ was defined as an investigative method to evaluate the degree to which practices of UBS quality standards proposed by the Minister of Health. Participant observation has been used and the field diary to capture the perceptions of students about the process. It was observed that the BHU have unique realities and processes. There was a concentration of BHU between regular and satisfactory ratings and no one obtained a very unsatisfactory rating. The analysis indicates possibilities for strengthening PHC, highlighting the incorporation of guidelines for the guidance of health practices, legitimacy and qualification of municipal coordination of PHC and establishment of a permanent education policy in the city.

Keywords: Primary care. Health Evaluation. Health collective.

ⁱ Carolina Simone Souza Adania (carol.adania@gmail.com) é socióloga formada pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (USP) e especialista em Saúde Coletiva pelo Programa de Aprimoramento Profissional do Instituto de Saúde – SES/SP. É pesquisadora na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

ⁱⁱ Ana Paula de Lima Santos (anaplsantos@outlook.com) é enfermeira formada pelo Centro Universitário São Camilo e especialista em Saúde Coletiva pelo Programa de Aprimoramento Profissional do Instituto de Saúde – SES/SP. Atualmente é residente em Saúde Coletiva na Faculdade de Medicina da USP.

ⁱⁱⁱ Natália de Castro Nascimento (natalia.castro.nascimento@usp.br) é enfermeira formada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) e especialista em Saúde Coletiva pelo Programa de Aprimoramento Profissional do Instituto de Saúde – SES/SP. Atualmente é mestrandia em Saúde Coletiva na Escola de Enfermagem da USP.

^{iv} Felipe Jarrusso Hidalgo de Almeida (felipe.jarrusso@gmail.com) é psicólogo e psicanalista formado pela Universidade Paulista e especialista em Saúde Coletiva pelo Programa de Aprimoramento Profissional do Instituto de Saúde – SES/SP. É pesquisador do projeto ISA (inquéritos de saúde) na Faculdade de Saúde Pública da USP.

^v Juliana Ferreira Moura (jusp.ferreira@hotmail.com) é obstetriz formada pelo cur-

so de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP) e especialista em Saúde Coletiva pelo Programa de Aprimoramento Profissional do Instituto de Saúde – SES/SP.

^{vi} Marcos Estevão Calvo (marcoscalvo@santos.sp.gov.br) é formado pela Faculdade de Medicina de Petrópolis, no Rio de Janeiro, com especialização em Gestão Hospitalar pela Unicamp – Universidade Estadual de Campinas, atual secretário de Saúde do Município de Santos. Desde 2008, é diretor-técnico da Santa Casa de Santos.

^{vii} Everton Lopes Rodrigues (evertonrodrigues@santos.sp.gov.br) é fisioterapeuta formado pela Universidade Santa Cecília, mestre em Saúde coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, possui especialização em Gestão Pública de saúde, atualmente é assessor técnico de gabinete – secretaria municipal de Saúde de Santos.

^{viii} Sonia Isoyama Venancio (soniav@isaude.sp.gov.br) é pediatra, doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP, Pesquisadora (PqC VI) e vice-diretora do Instituto de Saúde da SES/SP, docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde e docente colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde Coletiva da Faculdade de Saúde Pública da USP. Coordenou o projeto de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no município de Santos.

Introdução

Em 2013 teve início uma parceria entre a secretaria municipal de Saúde de Santos (SMS-Santos) e o Instituto de Saúde (IS), em que um dos objetivos foi assessorar o município na avaliação da Atenção Básica (AB), utilizando a ferramenta de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ), proposta pelo Ministério da Saúde para apoiar os municípios na implantação do Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

A autoavaliação no âmbito do PMAQ é o ponto de partida para a melhoria da qualidade da AB, pois é a partir da reflexão, autoanálise, identificação dos problemas e formulação das estratégias de intervenção pelos trabalhadores de saúde que é possível a melhoria dos serviços e das relações de trabalho das equipes de AB¹.

Aliado a isso, propôs-se a participação dos alunos do Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) em Saúde Coletiva do IS, tendo em vista a necessidade da articulação entre conteúdos teóricos dos cursos oferecidos no PAP com questões relacionadas à gestão e práticas de saúde no âmbito do SUS. Tal experiência poderia, portanto, favorecer o desenvolvimento dos alunos e subsidiar a segunda etapa do PMAQ, visando à melhoria do acesso e qualidade da AB no município de Santos.

Os objetivos do presente trabalho são apresentar as percepções dos alunos sobre o processo de autoavaliação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os resultados da autoavaliação realizada pelas equipes.

Metodologia

Para o processo de trabalho utilizamos a

AMAQ como método investigativo, que foi construída a partir da revisão e adaptação do projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) e de outras ferramentas de avaliação de serviços de saúde, utilizadas e validadas nacional e internacionalmente. A elaboração do instrumento foi norteadas pelos princípios e diretrizes da AB no Brasil, partindo do pressuposto de que todos os gestores municipais e equipes de Atenção Básica possam utilizá-lo. Cumpre destacar que foram consideradas “equipes de Atenção Básica” as equipes de Saúde da Família e equipes multiprofissionais orientadas por outros modelos que se organizam de acordo com os princípios e diretrizes da Atenção Básica¹.

O instrumento AMAQ, revisado em 2013, está estruturado da seguinte forma: Parte I – Equipe de Atenção Básica, com foco na Equipe de Atenção Básica e Parte II – Equipe de Saúde Bucal, com foco nas equipes de Saúde Bucal. Os padrões do AMAQ agrupam-se em duas unidades de análise que consideram as competências da gestão e da equipe. O conjunto de padrões foi definido pela relação direta com as práticas e competências dos atores envolvidos – gestão, coordenação e equipe de atenção básica.

Por opção da gestão da SMS-Santos, nessa etapa do trabalho foram envolvidas somente as equipes de Atenção Básica, sendo que a autoavaliação da Saúde Bucal seria realizada em momento posterior. No tocante à AB, o instrumento contempla quatro dimensões que se desdobram em 15 subdimensões, e estas, em padrões que abrangem o que é esperado em termos de qualidade. As competências da gestão, coordenação e equipes de atenção básica na AMAQ são traduzidas por meio das subdimensões apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1. Unidades de Análise, dimensões e subdimensões do instrumento AMAQ, 2013.

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
GESTÃO	Gestão Municipal	A – Implantação e Implementação da Saúde Bucal na Atenção Básica no Município
		B – Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal
		C – Gestão do Trabalho
		D – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário
	Coordenação de Saúde Bucal	E – Apoio Institucional
		F – Educação Permanente
		G – Gestão do Monitoramento e Avaliação
EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	Unidades Básica de Saúde/Consultório Odontológico	H – Infraestrutura e Equipamentos
		I – Insumos, Instrumentais e Medicamentos
	Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal	J – Educação permanente e qualificação das Equipes de Saúde Bucal
		K – Organização do Processo de Trabalho
		L – Atenção Integral à Saúde Bucal
		M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário

Fonte: AMAQ – AB.

Na AMAQ, qualidade em saúde é definida como “o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos perante as normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores”¹.

Assim, o método de análise adotado na AMAQ permite aos respondentes avaliar o grau de adequação das suas práticas aos padrões de qualidade apresentados. Para tanto, uma escala de pontuação, variando entre 0 a 10 pontos, é atribuída a cada padrão de qualidade. Posteriormente, a pontuação média dos padrões é classificada em muito insatisfatória, insatisfatória, regular, satisfatória e muito satisfatória.

Foram envolvidas 24 UBS, sendo realizados, em média, 3 encontros em cada serviço, totalizando em torno de 75 oficinas. As reuniões nas UBS

foram realizadas durante os meses de novembro e dezembro de 2013 e representaram o campo de prática do curso de Aprimoramento em Saúde Coletiva do IS, em que os aprimorandos atuaram como facilitadores, na apresentação do instrumento AMAQ, seus objetivos e os desdobramentos do processo.

O método de análise adotado na AMAQ permitiu aos respondentes (Gestores e equipes das UBS), avaliar o grau de adequação das suas práticas aos padrões de qualidade apresentados.

Foi utilizada a técnica qualitativa de observação participante para captar as percepções dos estudantes do PAP sobre o processo autoavaliativo. A observação participante consiste na atividade de um pesquisador que observa de forma técnica e sistemática uma situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica². O principal recurso para o registro da experiência foi o diário de campo, utilizando-se um roteiro es-

truturado. No diário de campo, os estudantes anotaram resumidamente a situação observada nas oficinas de aplicação da AMAQ.

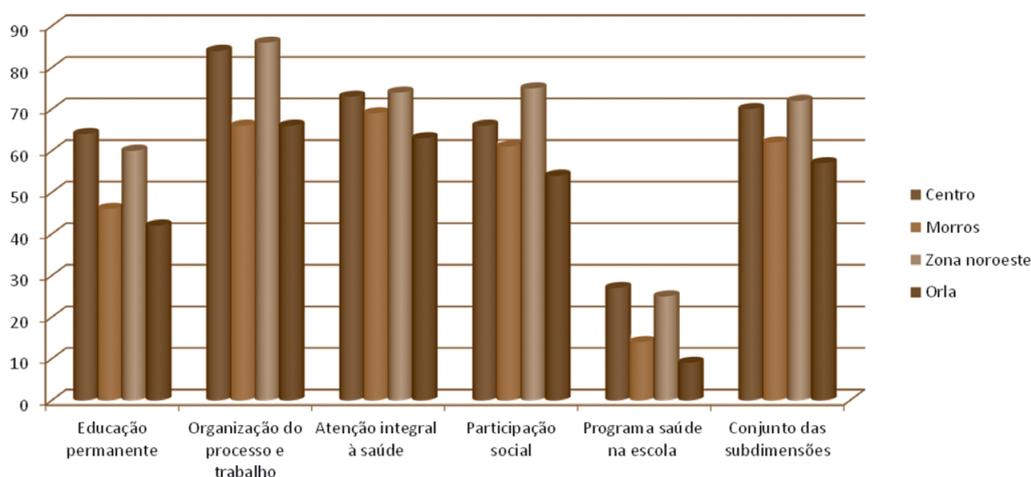
Resultados e discussão

Do total de UBS, 2 obtiveram classificação insatisfatória, 14 regular, 7 satisfatória e 1 muito satisfatória. É importante destacar que os resultados obtidos são fruto da percepção das próprias equi-

pes sobre a organização e o trabalho desenvolvido nas UBS, devendo ser considerado certo grau de subjetividade inerente à metodologia proposta³.

As subdimensões melhor avaliadas pelas equipes foram: “Organização do processo de trabalho”, “Atenção integral à saúde” e “Participação social”. As regiões da zona noroeste e centro foram aquelas com maiores pontuações nessas três dimensões, já a região da orla foi aquela em que as equipes atribuíram pior pontuação.

Figura 1 - Percentuais de cumprimento das subdimensões, segundo regiões. São Paulo, 2013



Fonte: Elaboração própria

A menor pontuação, em todas as regiões foi na subdimensão “Programa Saúde na Escola (PSE)”, provavelmente pela adesão incipiente do município ao Programa Federal. Ainda assim, verifica-se que as regiões do Centro e da zona Noroeste já possuíam algumas atividades junto às escolas, o que pode favorecer a implantação do Programa. Excluindo-se o PSE, a maior dificuldade identificada pelas equipes relacionou-se à Educação Permanente.

As três dimensões melhor avaliadas são fundamentais e eixos estruturantes para o funcionamento e para a qualidade da assistência a saúde. A organização do serviço e dos processos de trabalho é fundamental para que a equipe

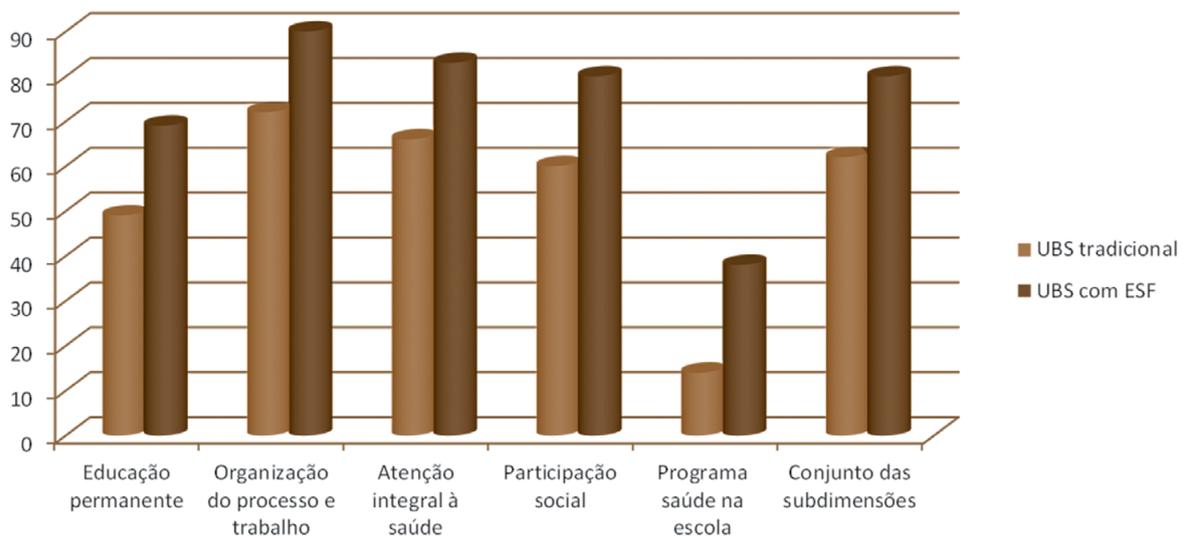
possa avançar na qualidade e integralidade da atenção à saúde. Ainda, o fortalecimento das instâncias de controle e participação social é de fundamental para o desenvolvimento e a qualificação do SUS¹. Já as subdimensões pior avaliadas apontam que há um desafio para a concretização da intersectorialidade, visto que o PSE é um programa que busca a intersectorialidade entre escola e saúde⁴. E, ainda, um desafio no processo de ensino-aprendizagem para a formação de profissionais de acordo com as demandas de saúde da comunidade⁵. Ambas as subdimensões representam um desafio para a construção de comunidades mais saudáveis.

De forma geral, as equipes da zona noroeste

foram as que melhor avaliaram o conjunto das subdimensões. A seguir, com pontuação semelhante, encontram-se as equipes do centro e, com pontuação menor, estão as equipes dos morros e da orla. É interessante observar que nenhuma região atingiu menos de 50% de adequação aos padrões, sendo que as regiões da zona noroeste e centro cumpriram, na visão das equipes, 70% do valor máximo.

Além disso, verifica-se que as equipes das UBS tradicionais alcançaram 62% do total de pontos e que as equipes da ESF chegaram a um resultado final que aponta 80% de adequação aos padrões estabelecidos. Isto mostra a importância da organização do processo de trabalho da ESF no acesso à AB e na qualidade da assistência para os usuários⁶.

Figura 2 - Percentuais de cumprimento das subdimensões, segundo modelo de atenção. São Paulo, 2013



Fonte: Elaboração própria

No tocante às percepções dos aprimorandos sobre o processo de autoavaliação, foi elaborada uma síntese a partir da leitura dos relatórios de observação produzidos durante a aplicação do instrumento AMAQ no município de Santos.

A participação dos estudantes teve importância tanto para sua formação profissional quanto para o desenvolvimento do processo, pois a presença destes favoreceu as discussões das subdimensões avaliadas pelos profissionais das UBS, uma vez que foram preparados para atuarem como facilitadores das oficinas.

Apenas uma dupla apontou que a situação foi pouco confortável, saindo da unidade com a sensação de que não conseguiram cumprir o pa-

pel que tinham. Colocam que isto ocorreu devido à dificuldade da equipe em compreender a importância da AMAQ e ver o processo como algo vertical, imposto.

Com base na percepção dos aprimorandos, foi possível observar que alguns funcionários demonstraram falta de estímulo, uma vez que o município já realizou outros processos de autoavaliação e eles não tiveram retorno. Algumas equipes avaliaram que as perguntas [padrões] são extensas e que a forma como são apresentadas [separadas por programas] gerou dúvidas, uma vez que nem todas as UBS estão inseridas em determinados programas, mas algumas ações são desenvolvidas no cotidiano.

Considerações finais

A participação dos aprimorandos durante a reunião de sensibilização das equipes foi importante para sua formação profissional em Saúde Coletiva, e para a continuidade do processo, viabilizando as discussões de questões relacionadas às subdimensões a serem avaliadas. Esta percepção de que, sem a presença dos mesmos a discussão entre os profissionais das UBS não teria ocorrido, suscita possíveis dificuldades na condução do processo autoavaliativo que podem ser comuns em outras experiências deste tipo.

Identificamos em algumas equipes dificuldade em compreender a proposta da AMAQ e o papel dos aprimorandos no preenchimento do instrumento, percebendo o processo como algo vertical e imposto, o que pode indicar uma não apropriação do processo avaliativo por parte de alguns atores e a necessidade de se trabalhar o tema da avaliação nos serviços, de modo a mostrar sua relevância na garantia de um cuidado em saúde de melhor qualidade na AB.

As dúvidas dos profissionais durante as oficinas levantam a necessidade da presença de um ator (apoiador), que esteja devidamente apropriado do processo avaliativo proposto pelo programa e o acompanhe durante todo o percurso.

Foi possível realizar um diagnóstico da AB do município de Santos. Em praticamente metade das UBS a participação dos profissionais foi horizontal, ao passo que na outra parte a discussão foi verticalizada, com liderança de poucos membros da equipe. Possivelmente nas equipes em que o processo foi mais participativo os profissionais compreenderam a proposta de autoavaliação e conseguiram se colocar nas oficinas nesta perspectiva. Contudo, nas equipes em que houve menos participação os profissionais podem ter se apropriado menos da proposta ou entendido o processo avaliativo com outros significados.

Nenhuma UBS obteve classificação muito insatisfatória e todas tiveram pior percentual na subdimensão “PSE”. No momento da realização do trabalho o município não tinha implantado este programa, fato que pode justificar o pior percentual, contudo, ações intersetoriais fazem parte das atividades das UBS. A classificação pode indicar dificuldades já existentes.

As UBS com ESF melhor se autoavaliaram em todas as subdimensões analisadas em comparação às UBS tradicionais. Não foi possível identificar elementos para justificar esta diferença, contudo, limitações e potencialidades destes modelos assistenciais podem influenciar o modo como os profissionais se veem atuando, merecendo uma pesquisa mais detalhada neste ponto.

Os auxiliares de chefia não retornaram na totalidade suas autoavaliações, apesar de na maioria das unidades eles terem participado das oficinas com as equipes. A gestão municipal e coordenação também participaram do processo. Consideramos que o envolvimento desses três atores foi fundamental para a condução das atividades. Fato que resultou na evidência de várias possibilidades para o fortalecimento da AB, com ênfase na incorporação das diretrizes para a orientação das práticas de saúde, legitimação e qualificação da coordenação municipal e estabelecimento de uma política de educação permanente. Também foi identificada a necessidade de elaboração de um plano de ação os envolvendo diretamente, para que o processo de autoavaliação se desdobre de fato na melhoria da gestão e das práticas de AB no município.

Referências

1. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Cien Saude Colet.* 2005;10(4):975-86.
2. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cien Saude Colet.* 2006;11(3):633-41.
3. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção-AMAQ. Brasília (DF): 2013.
4. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília (DF): 2009.
5. Nasser AC. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Rio de Janeiro: Vozes; 2012.
6. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad Saúde Pública.* 2002;18(6):1561-9.

Estratégia de integração de serviços de saúde – ambulatório, pronto-socorro e hospital referenciado: seis anos de experiência em Araçatuba

**Strategy for the integration of health services - ambulatory, emergency room and referenced hospital:
six years of experience in Araçatuba**

Fábio Bombardaⁱ

Sérgio Smolentzovⁱⁱ

Luiz Claudio Andrades Limaⁱⁱⁱ

Daniel Martins Ferreira Júnior^{iv}

Sandra Margareth Exaltação^v

Resumo

Os pacientes do ambulatório DST/AIDS de Araçatuba são atendidos em diversas esferas do sistema de saúde do município sendo que cada serviço era dotado de uma dinâmica diferente de trabalho e profissionais com condutas e experiências próprias. Apesar de a dinâmica ser adequada do ponto de vista estrutural, era notável uma debilidade funcional na integração dos serviços que se traduzia em uma baixa resolutividade. Implantamos um sistema de gerenciamento de fluxo e resolutividade baseada no compartilhamento de profissionais e padronização de condutas, sem investimentos financeiros e experimentamos um ganho expressivo em qualidade de atendimento sendo que, após 6 anos, reavaliamos nossos dados e concluímos neste trabalho que a resolutividade foi significativa.

Palavras-chave: Infecções sexualmente transmissíveis, Integralidade, Saúde Pública.

Abstract

Patients of the STD/AIDS ambulatory of Aracatuba are treated in various spheres of the municipal health system. Each service was provided with a different work dynamic and professionals were provided with own behaviors and experiences. Although the dynamics is appropriate from a structural point of view, it was remarkable a functional weakness in the integration of services which could be translated as low efficiency. We implemented a flow management and resolution system based on the sharing of professionals and standardization of procedures without financial investments and experienced a significant gain in quality of care and, after six years, we reviewed our data and concluded in this paper that the resoluteness was significant.

Keywords: Sexually transmitted infections, Integrity, Public Health.

ⁱ Fábio Bombarda (fabiobombarda@hotmail.com) é médico do Ambulatório SAE/DST/AIDS de Araçatuba e do Serviço de Clínica Médica da Santa Casa de Araçatuba.

ⁱⁱ Sérgio Smolentzov (smolent@gmail.com) é médico do Serviço de Clínica Médica e diretor clínico da Santa Casa de Araçatuba.

ⁱⁱⁱ Luiz Claudio Andrades Lima (staneffron@terra.com.br) é médico clínico, nefrologista e intensivista da Santa Casa de Araçatuba.

^{iv} Daniel Martins Ferreira Júnior (danieljunior707@gmail.com) é médico clínico do Ambulatório SAE/DST/AIDS de Araçatuba

^v Sandra Margareth Exaltação (sandra_exaltacao@hotmail.com) é dirigente administrativa do Amb. DST/AIDS de Araçatuba.

Introdução e justificativa

Dentre as diversas esferas de atendimento de saúde para o paciente com doenças sexualmente transmissíveis, HIV e Aids em Araçatuba-SP, contamos com o Ambulatório Atendimento Especializado (SAE/DST/AIDS de Araçatuba) municipal, os Serviços de Emergência (Prontos-Socorros) municipal e a Santa Casa de Araçatuba, hospital municipal referenciado que também é referência em nível secundário e terciário para a macrorregião. Cada serviço possuía sua dinâmica funcional e seus protocolos de trabalho dispondo de equipes multiprofissionais diversas com condutas e experiências diferentes. Apesar de possuímos um sistema de saúde estruturalmente completo, era notável a baixa resolutividade de nosso trabalho: o volume e complexidade dos encaminhamentos, as filas de espera, gastos com transporte de pacientes e exames semelhantes realizados em serviços diferentes, dificuldade na realização de diagnósticos precoces de HIV, dificuldade de condução dos acidentes biológicos e sexuais: tudo comprometendo o tratamento e a adesão do paciente, aumentando os gastos, a morbidade, a mortalidade e criando insatisfação por parte dos gestores, profissionais e dos pacientes.

Objetivo

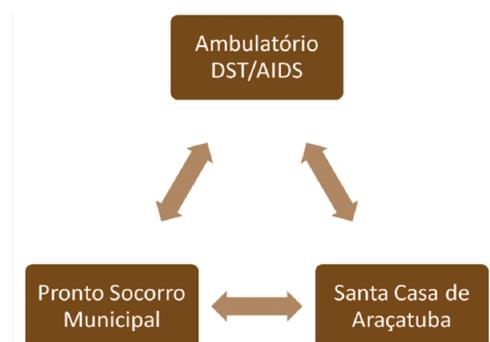
Melhorar o atendimento ao paciente com HIV/AIDS, reduzir a baixa adesão à terapêutica e a alta morbidade, aumentar os diagnósticos precoces, uniformizar a condução dos acidentes biológicos e sexuais, criar estratégias de integração dos atendimentos em diversas esferas da saúde, reduzir gastos desnecessários com exames, diminuir encaminhamentos, tempo de sala de espera e gastos com transporte, aumentar a resolutividade e melhorar a satisfação da equipe de profissionais de saúde.

Metodologia

Em 2009, criamos um projeto de associação e

compartilhamento de equipes e protocolos nas diversas esferas de atendimento baseado nos seguintes itens:

1. **Compartilhamento de profissionais:** Item primordial em nossa estratégia, onde o médico que atende no ambulatório faz avaliações de seus próprios pacientes no pronto-socorro (em horários preestabelecidos) e conduz as internações hospitalares do começo ao fim (prescreve e passa visita diariamente).
2. **Criação de um fluxo facilitador:** Estratégia onde os médicos responsáveis podem encaminhar seus pacientes sem a necessidade de autorização dos serviços de regulação de vagas. Deste modo, um paciente grave no ambulatório sai do consultório direto para um leito hospitalar devidamente conduzido pelo seu próprio médico.
3. **Hospital-dia no ambulatório:** Criação de um leito para soroterapia, observação, aplicação de medicações endovenosas e intramusculares dentro do próprio ambulatório, conduzido pela própria equipe, facilitando o atendimento de pequenas intercorrências além da administração de medicações reduzindo o fluxo de encaminhamentos para o pronto-socorro.
4. **Diálogo de equipes multidisciplinares:** Através de reuniões e discussões de casos.
5. **Criação de protocolos uniformizados:** Em todo o município (para melhor condução das vítimas de acidentes sexuais, acidentes biológicos, cuidados no atendimento de emergências em pacientes com Aids, protocolos diagnósticos, integração de campanhas).



Produtos

Com as estratégias propostas conseguimos atingir nossos objetivos e, apenas com uma estruturação de equipes (sem necessidade de investimentos financeiros), apreciamos uma melhora expressiva do desempenho de nosso sistema de saúde, com um gasto menor em exames (redução de 30%), realização de tratamentos mais uniformes e efetivos (redução do abandono e melhora da adesão em 32%), redução do tempo em salas de espera (agendas sem consultas excedentes) e transportes (redução de 61% do chamado para transporte de pacientes), menor uso da central de regulação de vagas (durante o programa não foi necessário nenhum contato com a central de vagas), maior integração multidisciplinar com disseminação de informações permitindo mais diagnósticos precoces (redução de 35% dos diagnósticos tardios em AIDS), menor mortalidade (redução maior de 50% em casos relacionados diretamente com AIDS), melhor resultado clínico (redução de 15% de consultas por intercorrências), maior conforto para o paciente e maior satisfação de toda a equipe.

Conclusão

Nossa experiência sugere que a integração dos serviços de saúde urge do compartilhamento profissionais em diversas esferas do sistema que, junto da criação de fluxos facilitadores (com critérios de responsabilidade de condução) e da ampla disseminação de informações e experiências de toda a equipe multidisciplinar determinam uma estratégia inteligente e de baixo custo para melhorar a *performance* do sistema de saúde sendo vantajosa e satisfatória para o paciente, para a equipe e para o gestor.

municipality in the state of São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45:230-6.

3. Geocze L, Mucci S, De Marco MA, Nogueira-Martins LA, Citero VA. Qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes portadores de HIV. *Rev Saúde Pública*. 2010;44:743-9. [acesso em 12 jun 2015]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102010000400019&script=sci_arttext

4. Jelsma J, Maclean E, Hughes J, Tinise X, Darder M. An investigation into the health-related quality of life of individuals living with HIV who are receiving HAART. *AIDS Care*. 2005;17:579-88. [Acesso em 12 jun 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16036244>

5. Nojomi M, Anbary K, Ranjbar M. Health-related quality of life in patients with HIV/AIDS. *Arch Iran Med*. 2008;11:608-12.

6. O'Connell K, Skevington S, Saxena S, WHOQOL HIV Group. Preliminary development of the World Health Organization's Quality of Life HIV instrument (WHOQOL-HIV): analysis of the pilot version. *Soc Sci Med*. 2003;57:1259-75. [Acesso em 12 jun 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12899909>

7. Palella Jr. FJ, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med*. 1998;338:853-60.

8. Ministério da Saúde. Critérios de definição de casos de AIDS em adultos e crianças. Brasília (DF): Programa Nacional de DST e AIDS; 2008.

9. Ministério da saúde. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV. Brasília(DF): Programa Nacional de DST e AIDS; 2008.

10. Razera F, Ferreira J, Bonamigo RR. Factors associated with health-related quality of life in HIV-infected Brazilians. *Int J STD AIDS*. 2008;19:519-23.

11. Santos ECM, França Júnior I, Lopes F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(Supl 2);64-71.

12. Seidl EMF, Zannon CMLC, Tróccoli BT. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicol Reflex Crít*. 2005;18:188-95.

13. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41:1403-9. [Acesso em 12 jun 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>

14. Zimpel RR, Fleck MPA. Quality of life in HIV-positive Brazilians: application and validation of the WHOQOL-HIV, Brazilian version. *AIDS Care*. 2007;19:923-30.

15. Zimpel RR, Fleck MPA. Quality of life in HIV-positive Brazilians: application and validation of the WHOQOL-HIV, Brazilian version. *AIDS Care*. 2007;19:923-30.

Referências

1. Ferreira BE, Oliveira IM, Paniago AMM. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15:75-84.
2. Gaspar J, Reis RK, Pereira FMV, Neves LAS, Castrighini CC, Gir E. Quality of life in women with HIV/AIDS in a

Proposta para estruturação de um departamento de Vigilância em Saúde Ambiental

Proposal for structuring a Environmental Health Surveillance

Aires Duarteⁱ

Gustavo Marcondesⁱⁱ

Camila Mendes dos Santosⁱⁱⁱ

Resumo

A estruturação do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental requer a dedicação de membros do setor público, em específico colaboradores da secretaria de Saúde. Desta forma foi proposta uma metodologia capaz de abranger os principais pontos a serem observados no cumprimento desta tarefa. A começar pela capacitação e treinamento continuado de seus membros, mediante pesquisas ou reuniões, passando pela estruturação de uma equipe multiprofissional capaz de lidar com questões ambientais, epidemiológicas, sanitárias e também relacionadas à saúde humana, à aquisição de instrumentos técnicos e constituição de base bibliográfica para pesquisa; desta forma proporciona condições para a realização de estudos sobre as áreas contaminadas do município, recolhendo dados em campo e gerando informações capazes de articular e nortear as ações devidas entre os órgãos competentes mediante grupos de discussão e o provimento de dados em programas federais.

Palavras-chave: Saúde Ambiental. Estruturação de Departamento. Áreas Contaminadas.

Abstract

The structure of the Department of Environmental Health Surveillance requires the dedication of public sector members, in particular, employees of the Department of Health. Thus, it was proposed a methodology capable of covering the main points to be observed in carrying out this task. Starting with the training and continued training of its members, through researches or meetings, through the structuring of a multi-professional team capable of dealing with environmental, epidemiological, sanitary issues and also related to human health, to the acquisition of technical instruments and to the creation of bibliographic database for research; thus providing the conditions for performing studies on contaminated areas of the municipality, collecting data in field and generating information that can articulate and guide the actions due between the competent bodies through discussion groups and the provision of data on federal programs.

Keywords: Environmental Health. Department structuring. Contaminated areas.

ⁱ Aires Duarte (aires.duarte@gmail.com) é bacharel em Administração, mestre em Energia, doutor em Ciências e atua na secretaria municipal de Saúde de Lorena.

ⁱⁱ Gustavo Marcondes (gustvet@yahoo.com) é médico veterinário e atua na secretaria municipal de Saúde de Lorena.

ⁱⁱⁱ Camila Mendes dos Santos (camilamendes.enf@hotmail.com) é enfermeira, especialista em Urgência e Emergência e Enfermagem do Trabalho e atua na secretaria municipal de Saúde de Lorena.

Introdução

Com o gradativo aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS) e o crescente advento da preocupação com questões ambientais, o Ministério da Saúde (MS) planejou e estruturou o chamado departamento de Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) como a área da saúde pública responsável por articular e acompanhar a interação entre a saúde humana e os fatores do meio ambiente natural – seu principal objetivo é melhorar a qualidade de vida do ser humano¹.

A natureza da VSA é multidisciplinar e interinstitucional o que significa que sua equipe é composta por profissionais de diferentes formações, como enfermeiras e engenheiros, advindos de diversos setores como a Vigilância Epidemiológica, Saúde do Trabalhador, Vigilância Sanitária, Atenção Básica, Secretaria do Meio Ambiente e também entidades ligadas à Administração Pública. A VSA tem por responsabilidades analisar, monitorar e auxiliar a execução dos procedimentos necessários para o estudo e a recuperação das áreas contaminadas que ofereçam risco de exposição à população do município. Para atingir suas metas o departamento da VSA conta com autonomia técnico-gerencial, instrumentação técnica, pesquisa em conhecimento científico e ferramentas de gestão e controle de programas federais. Esses programas são coordenados pelo Ministério da Saúde e abrangem as esferas estaduais e municipais. São eles: VIGIAGUA; VIGIPEQ (subdividido em VIGISOLO, VIGIAR e VIGIQUIM); e VIGIDESASTRES (subdividido em VIGIFIS, VIGIAPP e VIGIDESASTRES)².

Metodologia

Primeira etapa: formação de recursos humanos

Por este ser um campo específico do conhecimento, que envolve a interação entre conceitos de

saúde pública, meio ambiente e epidemiologia, faz-se necessária a capacitação de recursos humanos para maior entendimento sobre o setor. O programa de Ensino a Distância (EAD) da Universidade Aberta do SUS (UNA SUS) oferece, por meio de instituições de ensino superior, o curso de “Especialização em Vigilância em Saúde Ambiental”, abrindo turmas para o conteúdo completo ou para módulos específicos oferecidos ao longo do ano³.

O colaborador interessado poderá fazer sua inscrição no portal e terá o compromisso de cursar e concluir com sucesso o curso (ou seus módulos), familiarizando-se com o conteúdo e tornando-se assim o primeiro responsável pela multiplicação do conhecimento adquirido. Dever-se-á também atentar para reuniões e capacitações oferecidas pelas instâncias superiores a fim de atualizar os profissionais naquelas que são importantes oportunidades para troca de experiências entre as esferas municipal, estadual e federal³.

Segunda etapa: criação da equipe de trabalho

Uma vez cumprida a primeira etapa, a constituição de uma equipe multidisciplinar será essencial para a existência da VSA. Far-se-á importante observar a pluralidade de seus colaboradores, uma vez que diferentes formações e experiências apenas enriquecerão a capacidade profissional da equipe. Poderão integrar a VSA profissionais da Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Saúde do Trabalhador, Defesa Civil, Secretaria do Meio Ambiente, Obras e Planejamento, dentre outras entidades cujas atividades estejam dentro do escopo da proposta².

Um aspecto interessante é que a VSA suporta mesmo aqueles que não pertencem às secretarias municipais, como funcionários da SABESP, CETESB (em se tratando do Estado de São Paulo, por exemplo), universidades públicas ou particulares, dentre outros que tenham a contribuir com

os objetivos do departamento. Caberá aos colaboradores capacitados em VSA articularem, em parceria com o setor jurídico, a elaboração de uma portaria, nomeando um responsável pelo departamento, assim como o seu suplente e também os membros constituintes convidados por meio de comunicação oficial. Uma vez formada, a equipe deverá se organizar para a interação de seus participantes e suas diferentes áreas por meio de um cronograma de reuniões e/ou grupos de discussão a fim de conversarem sobre a situação das áreas contaminadas de seu município¹.

Terceira etapa: obtenção de recursos

Constituída de forma oficial a equipe da VSA, será importante equipá-la com recursos para o desenvolvimento de suas atividades: (1) Bibliografia: livros, teses/dissertações, apostilas, legislação, artigos científicos dentre outros, todos são compilações de conhecimento que servirão de base e fundamentação para estudos de natureza diversa, como áreas contaminadas e questões ambientais. É importante organizar uma coleção de documentos e legislações vigentes para pesquisas e suporte ao direcionamento das ações; (2) Instrumentação: Para a execução de algumas das responsabilidades da VSA será preciso equipamento especializado como um aparelho GPS (*Global Positioning System*) ou similar para obtenção de referências geográficas a serem usadas no programa federal SISOLO (explicado adiante). Há outros instrumentos que também podem auxiliar o trabalho da VSA, como um termômetro infravermelho para acidentes que envolvam altas temperaturas; ou um amostrador de ar atmosférico para o monitoramento da qualidade deste no programa VIGIAR; ou ainda um medidor de cloro multiparâmetro para o programa VIGIAGUA, dentre outros. Caberá à equipe formada ponderar sobre suas necessidades e disponibilidade

orçamentária para a aquisição dos instrumentos considerados relevantes. (3) Equipamentos de Proteção Individual: como parte das atribuições da VSA é realizada em campo, ou seja, muitas das vezes nas áreas consideradas contaminadas, seja para participar de investigações acerca de acidentes ambientais que envolvam risco de exposição humana ou apenas realizar visitas de rotina, os profissionais deverão tomar as devidas precauções com sua segurança pessoal, e isso inclui a correta utilização de máscaras, capacetes, vestimentas adequadas, dentre outras, conforme indicação do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho e legislações vigentes⁴.

Quarta etapa: áreas contaminadas

Um dos objetos centrais da VSA, as áreas contaminadas representam parte essencial do trabalho proposto. Conhecer cada uma das localidades declaradas pela autoridade ambiental competente – de semelhante forma aquelas consideradas suspeitas pela própria equipe da VSA –, seu histórico fiscal, registro civil e planta, assim como a realização de visitas periódicas, representam uma fundamental atividade da VSA. As visitas podem ser agendadas com os proprietários ou encarregados das áreas em questão. Estas consistem em registros fotográficos das principais estruturas e terrenos, das regiões acidentadas e de suas redondezas, incluem também entrevistas com os moradores locais a respeito de sua saúde, condições de trabalho e moradia, possível impacto dos contaminantes nas rotinas diárias daquela região, dentre outros aspectos considerados relevantes pela equipe técnica. É importante observar a presença de certas estruturas como escolas, asilos, hospitais, áreas de lazer, dentre outras, que possam indicar a prevalência de grupos vulneráveis aos malefícios de uma possível contaminação. Nas visitas é possível a utilização do

aparelho de GPS para a obtenção das coordenadas geográficas daquela área, dados estes que serão importantes no futuro. Ressalta-se que VSA tem um papel articulador, não cabendo a ela punir ou restringir, e sim promover o entendimento e corroborar com as ações dos demais órgãos responsáveis envolvidos para que a saúde dos municípios não seja, em momento algum, negligenciada e que as medidas necessárias sejam cumpridas da melhor forma possível. Estabelecer um cronograma de visitas de acompanhamento é importante para a organização, ainda mais em municípios com elevado número de áreas contaminadas^{2,4}.

Quinta etapa: programas federais

Após o estudo de uma área contaminada e realizada pelo menos uma visita para seu reconhecimento, caberá à equipe da VSA transformar esses dados em informações para o governo federal. Há o Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA), que monitora a potabilidade da água oferecida à população; há também o Sistema de Informação em Vigilância de Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado (SISSOLO), que monitora o impacto causado por contaminantes químicos ambientais sobre a saúde humana. O SISSOLO, por exemplo, irá requerer informações a respeito da localização da área contaminada, principais contaminantes investigados, coordenadas geográficas, dentre outras para servir como um banco de dados atualizável a respeito de todas as atividades de recuperação e monitoramento realizadas. Cabe à secretaria de Estado da Saúde, ou mediante cooperação intermunicipal, cadastrar e capacitar os profissionais da VSA quanto a utilização destes e outros sistemas de suporte².

De forma esquemática, pode-se observar, na Figura 1, as etapas acima desenvolvidas para a proposta de estruturação de um departamento de VSA.

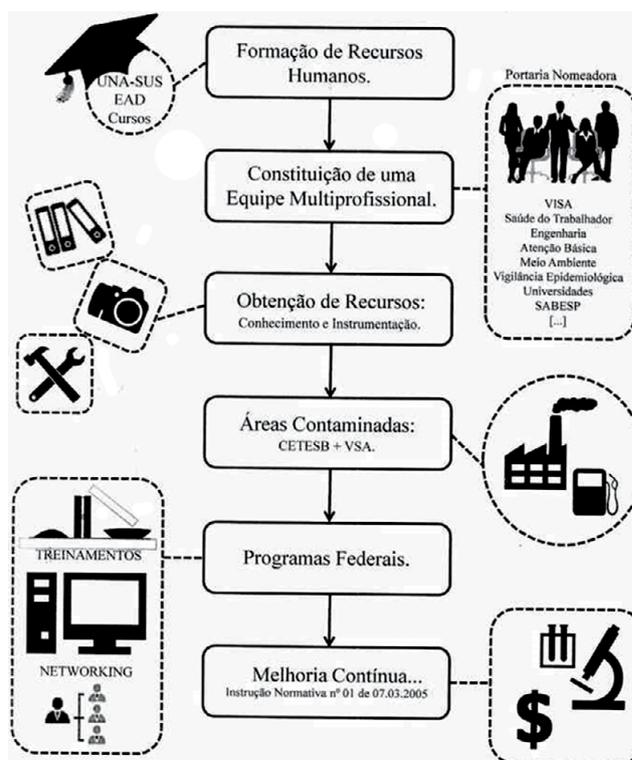


Figura 1 – Estruturação de um Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental.

Fonte: Elaboração própria.

Considerações finais

Estruturar um departamento coeso e que atenda às reais necessidades de sua proposta é uma tarefa que requer suporte, comprometimento e dedicação de seus membros. É preciso haver entrosamento entre os setores envolvidos, pesquisas em fontes fidedignas, participação em treinamentos, proceder-se de forma adequada com as informações confidenciais e haver principalmente diálogo entre seus profissionais. Tendo em pauta esses princípios, o município de Lorena, por meio de sua experiência, ordenou suas ações em formato de uma metodologia objetivando contribuir e facilitar para que outros municípios também desenvolvam e/ou aprimorem seus departamentos de VSA, trabalhando desta forma em prol da melhora da qualidade de vida do ser humano e

ajudando assim a construir um Sistema Único de Saúde melhor para todos.

Referências

1. Ministério da Saúde. Manual sobre o Sistema de Informação de Vigilância em Saúde Ambiental. Brasília (DF): 2010.
2. Ministério da Saúde. Universidade Aberta do SUS (UNA - SUS). Cursos. Disponível em: <<http://www.unsasus.gov.br>>. Acesso em: 18 de junho 2015.
3. Secretaria de Estado de Saúde, Coordenadora de Controle de Doenças, Centro de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância em saúde ambiental para ações em vigilância em saúde relacionado à população exposto ao solo contaminado. São Paulo: 2010.
4. Secretaria de Estado de Saúde, Coordenadora de Controle de Doenças, Centro de Vigilância Epidemiológica. Plano Estratégico do Programa de Vigilância de Populações Expostas a Solo Contaminado - VIGISOLO. São Paulo: 2014.

Ensino a distância (EAD) – prática inovadora na educação permanente em saúde: uma experiência em São José do Rio Preto/SP

E-learning – innovative practice in continuing education in health: an experience in São José do Rio Preto/SP

Fernando de Paula Junior¹
Erica Hirata
Edmo Alves da Costa Junior
Lilian Cristina de Castro Rossi
Leandro Munhoz de Brito

Resumo

A Educação a Distância (EAD) deve ser compreendida como importante estratégia para a qualificação de recursos humanos. Em suas diversas configurações tecnológicas e de acesso através das plataformas móveis, acaba resumindo os encontros presenciais entre professores e alunos, proporcionando a médio e longo prazo a igualdade de oportunidades, através da democratização do acesso de grandes massas à educação e, de modo especial, no SUS, permite a formação e capacitação de grande contingente de profissionais. Essa ação de Educação Permanente em Saúde (EPS), em consonância com as metas do Plano Nacional de Saúde, em específico na diretriz “Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS”, tendo sido pactuada pelo município na Programação Anual de Saúde de 2014, com a meta: “implementar ações de educação permanente para qualificação das redes de atenção pactuadas”.

Palavras-chave: Educação a Distância, Educação Permanente em Saúde, Saúde Pública

Abstract

The e-learning (EAD) should be understood as an important strategy for the qualification of human resources. In its various technological configurations and access, including mobile platforms, today summarizing face meetings between teachers and students, providing equal opportunities, through the democratization of the masses to education access and, in particular on the Primary Health Care on the Brazilian Health Systems, allows the training of large numbers of professionals. This action of Continuing Health Education (EPS), in line with the goals of the National Health Plan, in particular the directive “Contribution to the appropriate training, allocation, training, recovery and democratization of labor relations of the workers from the Brazilian Health Systems”, It were been agreed by the council in the Schedule Health 2014, with the goal: “implement permanent education activities for qualification of the primary healthcare networks”.

Keywords: E-learning, Continuing Health Education, Public Health

¹ Os autores são trabalhadores da Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto/SP.

O início

A formação dos trabalhadores da área da saúde sempre foi um desafio para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da identificação dessa necessidade, de trazer a prática do dia a dia dos profissionais, usuários e gestores para a atenção em saúde, sendo essa uma questão fundamental para a resolução das dificuldades e problemas da Assistência Primária em Saúde.

O Ministério da Saúde tem trazido, ao longo da última década, através da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, novas práticas e políticas que visam a diminuir essa distância, promovendo um melhor acolhimento e atendimento aos usuários.

A Política de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (PNH) é uma das iniciativas inovadoras do SUS, que tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. Além de inovadora é desafiadora, pois, na perspectiva da humanização, corresponde a mudanças de atitude dos trabalhadores, gestores e usuários, tanto na ética quanto na gestão e nas práticas de saúde.

Partindo dessas premissas e observações, a Secretária de Saúde teve como objetivo, situar a Educação a Distância (EaD) na estratégia de Educação Permanente em Saúde (EPS), como dispositivo de integração de sujeitos, através da formação de redes virtuais de educação em Saúde. Estas redes estabelecem novas formas de interação e ultrapassam distâncias físicas e temporais, criando um novo ambiente de aprendizagem, no qual o conhecimento é construído coletivamente.

O cenário

Em junho de 2014, utilizando o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) Moodle, foi criada a ferramenta “Ead SMS”, disponibilizada e acessível na internet através do endereço <[http://ead.saude.](http://ead.saude.riopreto.sp.gov.br/)

riopreto.sp.gov.br/>, tornando possível aos profissionais de saúde acessar o conteúdo dos cursos em qualquer lugar, através de um computador com acesso à internet, no tempo e momento em que tivessem disponibilidade.

Após pesquisa com os enfermeiros da rede de saúde identificou-se demanda para qualificação da categoria. Dentro dos pressupostos pedagógicos da EPS, elaborou-se um curso piloto para os enfermeiros da AB com o tema “Integralidade na Saúde”.

Um segundo curso foi o de Farmácia Clínica para os farmacêuticos das Unidades de Saúde. Os cursos foram baseados na educação contextualizada descentralizada, na aprendizagem colaborativa, significativa e problematizadora. O aluno/profissional inter-relacionava os conhecimentos teóricos mediados pelo curso com experiências práticas vivenciadas nas UBS/UBSF/UPAs Para efetivação desta estratégia os coordenadores realizaram capacitação para formação de tutores e administradores de EAD, visando à aquisição de conhecimento das ferramentas, bem como dos atributos necessários para o papel de tutoria ativa, dos recursos disponíveis como fóruns, atividades avaliativas e interações síncronas e assíncronas, além do planejamento e avaliação em EAD.

Os resultados

O curso “Integralidade em Saúde” teve a participação de 40 enfermeiros da Atenção Básica, divididos em 4 grupos com seus respectivos tutores. Os Trabalhos de Final de Curso, com abordagens positivas e implementadas em suas respectivas Unidades de Saúde. Tanto as pesquisas, quanto os resultados e a adoção das melhores práticas, foram objeto de discussão entre as equipes.

O curso “Farmácia Clínica” fez parte de um

trabalho focado no desenvolvimento do profissional farmacêutico – 43 profissionais, da APS como estratégia para a integralidade das ações – curso iniciado em 2010. Além das atividades a distância, encontros presenciais mensais propiciaram interação e discussão entre o grupo, garantindo qualidade e aderência as melhores práticas implementadas.

Outro curso com reflexos positivos no processo de trabalho, de toda a Secretaria de Saúde, é “Utilizando Sistemas de Chamados Técnicos de TI”. A adoção de um treinamento *on-line* para sua utilização produziu resultados acima da expectativa – 230 usuários realizaram o curso autoinstrucional.

A partir destas experiências a Secretaria desenvolveu outros cursos, com tutoria (Curso de Gestão para Gerentes, Reabilitação e Integralidade do Cuidado, Fórum da Rede de Saúde Bucal e de Reabilitação) e autoinstrucionais. Para apoio às ações educativas foram criadas a Biblioteca Virtual e um canal no YouTube com vídeos criados pela equipe da SMS e por outras instituições. Média de 15 visualizações diárias.

Aprendizado com a vivência

Uma das características da EAD é a replicação do conhecimento. Essa característica resolveu o grande nó da Administração Pública – a dificuldade do treinamento simultâneo de um grande número de profissionais da rede. Mais de 350 profissionais receberam treinamento em diversas áreas (Quadro 1), sem deslocamento, sem a ausência do trabalhador em sua posição de trabalho e com resultados altamente positivos. A característica que os alunos melhor aproveitam é o da interação com os demais alunos. Essa experiência é enriquecedora, a troca de vivências aproxima os profissionais que passam a conhecer “as pessoas” criando vínculos que permitem um melhor trabalho em equipe.

Atenção Básica	116
Gestão em Saúde	64
Tecnologia da Informação	230

Quadro 1: Dados do EAD - participantes por modalidade

Considerações finais

A utilização do EAD está sendo muito importante para a formação e qualificação dos profissionais à medida que facilita e democratiza o acesso à informação, quebrando algumas barreiras e permitindo melhor convivência profissional. A utilização de recursos como: fóruns, chats e murais para a discussão dos casos, é a inovação no ambiente de trabalho, pois permite um espaço para o diálogo e reflexão, além de propiciar uma discussão sobre as melhores práticas de trabalho – identificando características semelhantes nos processos de acolhimento, os melhores resultados, reforçando a identificação e a introdução das melhores práticas no processo. A Secretaria de Saúde busca capacitar os profissionais para conseguir uma mudança real na Saúde, para tal, precisamos construir um novo perfil de profissional para fazer frente aos inúmeros desafios da saúde.

Pode-se observar que o agente motivador e que propicia a maior interatividade e troca de informações entre os profissionais o que, de certa forma os aproxima enquanto atores de um mesmo processo de trabalho é a participação interativa nos fóruns. Essa ferramenta proporciona uma interação e integração não apenas dentro de cada unidade, mas dentro da secretaria, trazendo a todos uma sensação de pertencimento e de agentes de mudança muito forte o que acaba se traduzindo em um melhor ambiente, participativo e colaborativo, com todos participando da gestão e da solução dos problemas da Atenção Primária em Saúde. Houve uma mudança enorme da postura dos profissionais e dos gestores participantes dessa fase inicial.

Referências

1. Azevedo W. Introdução ao planejamento educacional (Instructional Design) para Educação a distância. c2000-2003.
2. Barros DMV. Educação a distância e o universo do trabalho. Bauru: EDUSC; 2003.
3. Ministério da Saúde. Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). Diário Oficial da União. 28 fev 2014; Seção 1:59.
4. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: 2004.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Série Pactos pela Saúde 2006). v. 9, p. 7-15.
6. Ministério da Saúde. (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): 2003.
7. Oliveira VA, Brasil LSB. Repensando a educação permanente em saúde na sociedade da informação: a experiência da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. In: Trindade MAB, organizadora. As tecnologias da informação e comunicação (TIC) no desenvolvimento de profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS). São Paulo: Instituto de Saúde; 2011. p.191-217. (Temas em Saúde Coletiva,12)

O uso da pesquisa de satisfação como ferramenta de gestão pública de saúde – A experiência do município de Bragança Paulista

The use of the Satisfaction Survey as tool of Health Public Management - The Bragança Paulista municipality Experience

Lisamara Dias de Oliveira Negrini¹

Resumo

A Avaliação da Satisfação do Usuário trata-se de importante ferramenta de avaliação, qual contribui fortemente na gestão do Sistema Único de Saúde, visto possibilitar aos gestores nos diversos níveis hierárquicos, mensurar a percepção dos usuários de saúde, quanto ao acesso, qualidade e resolutividade das ações ofertadas e assim, contribuir para uma visão mais ampliada no planejamento das ações e serviços de saúde. Esta pesquisa possibilitou informações relevantes ao Gestor Municipal de Saúde do município de Bragança Paulista, SP, quanto a atual estrutura dos serviços de Atenção Básica, assim como conhecer, os principais pontos de estrangulamento, possibilitando assim, um olhar ampliado quanto às necessidades de saúde dos usuários do município. Sendo assim, entende-se que a opção pela realização da Pesquisa de Satisfação do Usuário, como ferramenta complementar de avaliação, foi bastante válida, possibilitando maior visibilidade ao gestor municipal, no planejamento das ações.

Palavras-chave: Atenção Básica, Avaliação, Planejamento

Abstract

The User Satisfaction Evaluation is an important assessment tool, which contributes heavily in the management of the National Health System, as it enables managers in the various hierarchical levels to measure the perception of the health users, in terms of access, quality and resolution of the offered actions and thus contribute to a broader vision in the planning of actions and health services. This research allowed information relevant to the Municipal Manager of Health of the municipality of Bragança Paulista, SP, concerning the current structure of primary care services, as well as knowing the main bottlenecks, thus enabling a broader vision as to the health needs of municipality users. Thus, it is understood that the option of performing the User Satisfaction Survey, as a complementary tool of evaluation, it was quite valid, enabling greater visibility to the municipality manager, in planning the actions.

Keywords: Primary Care, Assessment, Planning.

¹ Lisamara Dias de Oliveira Negrini (lisamaraoliveira@yahoo.com.br) é enfermeira, especialista em Gestão e Auditoria em Saúde, coordenadora do Componente Mu-

nicipal de Auditoria 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 Saúde, a avaliação em saúde tem como pressuposto a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e à satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde, na busca da resolubilidade e qualidade¹.

No Sistema Único de Saúde (SUS), a avaliação tem sido entendida como ferramenta de fundamental importância no planejamento e gestão do sistema de saúde e, por sua vez, traz a visão de julgamento, prática de intervenções que auxiliam na tomada de decisão, sendo capaz de subsidiar mudanças na construção e/ou na implementação de programas, projetos ou políticas de saúde e tem como principal objetivo, reordenar a execução das ações e serviços, os redimensionando de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos².

Satisfação é uma palavra que expressa o contentamento de um indivíduo com uma situação, serviço ou até mesmo com outros indivíduos. Diz-se que uma pessoa é satisfeita quando sua expectativa é alcançada. Portanto, a satisfação não é um ponto fixo para a população, ela pode ser diferente para cada indivíduo. Assim sendo, numa pesquisa que avalie a satisfação do usuário de um serviço é importante o monitoramento de atributos como acesso, tempo de espera, acolhimento, bem como outros aspectos, e não tão somente como este usuário avalia o atendimento².

De acordo com Moimaz et al., o controle social é a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado no interesse geral; sendo assim, a avaliação do usuário, por meio das pesquisas de satisfação, tem sido utilizada para a obtenção de elementos importantes que podem subsidiar as ações voltadas para a melhoria do acesso e qualidade do atendimento

prestado e tem se tornado uma ferramenta crítica na construção das políticas de saúde, assim como, no fortalecimento da participação e controle social na construção e sedimentação do SUS no país³.

Objetivo

Com o intuito de conhecer a percepção dos usuários quanto à assistência ofertada na Atenção Básica, o Componente Municipal de Auditoria SUS, da Secretaria Municipal de Saúde de Bragança Paulista, Estado de São Paulo, realizou uma pesquisa de satisfação, com os usuários das Unidades de Estratégia de Saúde da Família, Unidades de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, Unidades Básicas de Saúde e Centros Médico e Odontológico, a fim de analisar questões relacionadas ao acolhimento, acesso, entre outros aspectos, que avaliados possam contribuir para a sua melhoria.

Tal iniciativa se justifica pelo interesse da atual gestão municipal em conhecer o nível de satisfação dos usuários quanto à estrutura, processos e resultados das ações de saúde ofertadas na Atenção Básica, qual vem sofrendo grande reestruturação, desde novembro de 2013, quando foi iniciado o processo de gestão compartilhada, por meio de Organização Social de Saúde.

Metodologia

Inicialmente foram analisados os aspectos avaliativos e elaboradas as questões que comporiam o inquérito, o qual foi testado de modo piloto a fim de adequá-lo às necessidades e objetivos da pesquisa.

Na sequência, a partir dos dados cadastrais do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Gerenciador de Informações Locais (GIL) foi calculada a amostra, de modo a atingir 0,5% do total de usuários cadastrados nas Unidades de Saúde do município de Bragança Paulista, SP.

Entre as unidades da modalidade Unidade Básica de Saúde (Centro de Saúde Dr. Lourenço Quílici, UBS Vila Aparecida, UBS Santa Luzia e UBS São Vicente) foram entrevistados um total de 296 usuários cadastrados, entre as Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde (Planejada II, Pedro Megale, São Lourenço e Toró) foram entrevistados 106 usuários cadastrados, entre as unidades da Estratégia de Saúde da Família (Águas Claras, Cidade Jardim, Madre Paulina, Casa de Jesus, São Miguel, Planejada I, Parque dos Estados II, CDHU, Vila David I, Vila David II, Henedina Cortez, Nilda Colli, Água Comprida, Vila Motta e Vila Bianchi) foram entrevistados 325 usuários cadastrados e entre os consultórios Médicos e Odontológicos (Biriça do Valado, Morro Grande da Boa Vista e Mãe dos Homens) foram entrevistados 72 usuários cadastrados.

As entrevistas aos usuários aconteceram entre os meses de julho e setembro de 2014, e a ordem de visita às unidades ocorreu de modo aleatório. Os dados foram coletados pelo Componente Municipal de Auditoria SUS da secretaria municipal de Saúde de Bragança Paulista, por meio de aplicação do questionário composto por questões objetivas, realizadas pessoalmente com os usuários nas unidades de saúde.

Foram incluídos na amostra os usuários que passaram por algum tipo de atendimento nas unidades de saúde no período de coleta de dados, quais foram abordados ao final do atendimento e aceitaram participar da pesquisa e excluídos, os usuários que frequentaram as unidades de saúde, mas não passaram por qualquer atendimento e os que não aceitaram participar da pesquisa.

Resultados

Esta pesquisa possibilitou informações relevantes ao Gestor Municipal de Saúde do município de Bragança Paulista, SP, quanto a atual estrutura

dos serviços de Atenção Básica, assim como conhecer, os principais pontos de estrangulamento, possibilitando, um olhar ampliado quanto às necessidades de saúde dos usuários do município.

De modo geral, a avaliação dos usuários quanto às ações de saúde ofertadas foi bastante satisfatória, com equipes bem avaliadas e um nível de resolubilidade bastante alto, o que é bastante positivo, pois o vínculo fortalecido entre equipe e usuários, possibilita maior adesão e continuidade no processo do cuidado.

Importantes fragilidades puderam ser identificadas, especialmente no que se refere ao financiamento de saúde e organização do acesso, tais como:

- a) a Assistência Farmacêutica, onde se identificou o desabastecimento de medicamentos básicos a uma parcela, mesmo que pequena dos usuários;
- b) acesso dos usuários aos níveis especializados de atenção, especialmente a consultas especializadas, tratamentos especializados e elucidação diagnóstica, especialmente, exames de imagem e especializados.

Tais constatações possibilitaram, ainda, a detecção de altos índices de solicitações médicas, de encaminhamentos e exames, os quais podem potencializar as dificuldades com o financiamento insuficiente, e que deverá ser otimizado.

Pode-se verificar, também, uma distorção na lógica da atenção ofertada, aparentemente tendenciosa ao modelo tradicional, visto o baixo índice de acesso dos usuários por “demanda espontânea” – atendimentos realizados sem prévio agendamento, por meio de escuta qualificada, em relação às pesquisas semelhantes e, em contrapartida, uma busca elevada por ações assistenciais e de cunho social.

Considerações finais

A Avaliação da Satisfação do Usuário é im-

portante ferramenta de avaliação, a qual contribui fortemente na gestão do SUS, visto possibilitar aos gestores nos diversos níveis hierárquicos mensurar a percepção dos usuários de saúde quanto ao acesso, qualidade e resolutividade das ações ofertadas e assim contribuir para uma visão mais ampliada no planejamento das ações e serviços de saúde.

Esta pesquisa possibilitou, a partir das informações coletadas, informações relevantes ao gestor municipal de Saúde do município de Bragança Paulista, SP, quanto a atual estrutura dos serviços de Atenção Básica, assim como conhecer os principais pontos de estrangulamento, possibilitando, assim, um olhar ampliado às necessidades de saúde dos usuários de saúde do município.

Sendo assim, entende-se que a opção pela realização da Pesquisa de Satisfação do Usuário, como ferramenta complementar de avaliação das ações e serviços de saúde, foi bastante apropriada, especialmente pela existência da gestão compartilhada, por meio de Organização Social de Saúde, atualmente utilizada pelo município, tornando-se um método complementar de controle e participação social.

Referências

1. 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 (DF): 2004.
2. Ministério da Saúde. Avaliação de desempenho do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
3. Moimaz SAS, Saliba NA, Zina LG, Saliba O, Garbin CAS. Práticas de ensino-aprendizagem com base em cenários reais. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [internet]. 2010 jan-mar [acesso em 11 fev 2015]; 14(32):69-79. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100006&lng=pt&tlng=pt.%2010.1590/S1414-32832010000100006

O planejamento estratégico como ferramenta para a implementação de um Núcleo de Educação Permanente em Saúde

Strategic Planning as a tool for the implementation of a Core for Continuing Education in Health

Renata Cristina Ventura Mascarelleⁱ

Thamires de Souza Mayⁱⁱ

Carla do Santos Costaⁱⁱⁱ

Edna Regina Souza^{iv}

Elisabete Taino^v

Ricardo Teixeira dos Santos^{vi}

Resumo

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde oferece suporte para busca de reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão e formação, sendo um processo educativo aplicado ao trabalho, possibilitando mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas e uma melhor articulação para dentro e fora das instituições. Implementar a Política de Educação Permanente favorece a gestão do trabalho em Saúde, desenvolvendo gestores com olhar crítico para as condições do trabalho e proporcionando melhoria da qualidade do atendimento do SUS. Para esta implementação utilizou-se do Planejamento Estratégico Situacional (PES), buscando reconhecer a realidade através da priorização de macroproblemas e empregando a ferramenta árvore explicativa para o identificar o nó crítico, propondo assim, ações de intervenção. A Educação Permanente em Saúde deve funcionar como um dispositivo do Sistema Único de Saúde para propor mudanças nas práticas de saúde e nas práticas profissionais, através da reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Gestão em Saúde, Planejamento Estratégico Situacional.

Abstract

The National Policy of Permanent Health Education offers support for the search of critical reflection on the practices of attention, management and training, being an educational process applied to work, enabling changes in relationships, processes, acts of health and in people and a better coordination within and outside the institutions. Implementing the Policy of Permanent Education favors the work management in health, developing managers with a critical look at the working conditions and providing improved SUS service quality. For this implementation we used the Situational Strategic Planning (PES), seeking to recognize the reality by prioritizing macro-problems and employing the explanatory tree tool to identify the critical node, thus proposing, intervention actions. The Continuing Education in Health should work as devices of the Unified Health System to propose changes in health practices and professional practices through critical reflection on the actual practices of real professionals in action in the service network.

Keywords: Permanent Health Education, Health Management, Situational Strategic Planning.

ⁱ Renata Cristina Ventura Mascarelle (renatamascarelle@gmail.com) é enfermeira, especialista em Educação em Saúde para Preceptores do SUS – Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês, especialista em Gestão de Recursos Humanos em Saúde (FSP/USP) e coordenadora de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde da secretaria municipal de Saúde de Embu das Artes/SP.

ⁱⁱ Thamires de Souza May (thamiresmay@gmail.com) é psicóloga.

ⁱⁱⁱ Carla do Santos Costa (carlasantos-23@yahoo.com.br) é tecnóloga em Recursos Humanos.

^{iv} Edna Regina Souza (edreluka@yahoo.com.br) é enfermeira da Estratégia da Saúde da Família.

^v Elisabete Taino (liz.derma@gmail.com) é médica dermatologista.

^{vi} Ricardo Teixeira dos Santos (ricardo_enfermagem@yahoo.com.br) é enfermeiro NEP SAMU.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde que foi criado, já provocou profundas mudanças nas práticas de saúde e tem assumido um papel importante na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva, com capacidade de provocar importantes mudanças nas estratégias e modos de ensinar e aprender. Nessas mudanças, houve também críticas contra o modelo hegemônico, apontando outros caminhos e alternativas para a criação de um novo modelo da integralidade¹.

Como uma estratégia do SUS surge a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde através da Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Depois de três anos, emerge a necessidade de novas estratégias e diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), sendo alterada pela Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007⁶.

Na perspectiva de usar a educação permanente para melhorar a formação e, conseqüentemente, fortalecer o SUS, a Portaria 1996 traz como proposta a articulação entre educação e trabalho, reforçando as relações das ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços, com o trabalho da atenção à saúde e com o controle social. A política de formação deve levar em conta os princípios que orientaram a criação do SUS: construção descentralizada do sistema, universalidade, integralidade e participação popular. “Ela não expressa, portanto, uma opção didático-pedagógica, expressa uma opção político-pedagógica.”⁷

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde articula em suas várias esferas de gestão a partir dos problemas enfrentados na realidade, com atenção aos conhecimentos e as experiências que os atores envolvidos possuem. Propõe que os processos de educação em saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho e considera que as necessidades de formação e de-

envolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações⁸. Oferece também suporte para busca de reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão e formação, sendo um processo educativo aplicado ao trabalho, possibilitando mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas e melhor articulação para dentro e fora das instituições².

A implantação da Educação Permanente em Saúde (EPS) no município de Embu das Artes aconteceu no ano de 2009, com o objetivo de identificar e definir ações educativas que qualificassem a atenção e a gestão em saúde através da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores do setor. Passando-se alguns anos da implantação desta política, surge a necessidade de uma análise da forma como se deu este processo.

Objetivos

Implementação do Núcleo de Educação Permanente no Município de Embu das Artes, que sem dúvida irá ao encontro do fortalecimento da área de gestão do trabalho em Saúde, desenvolvendo gestores com olhar crítico para as condições do trabalho e proporcionando melhoria da qualidade do atendimento do SUS e a valorização profissional.

Metodologia

Utilizou-se do Planejamento Estratégico Situacional (PES), que é um método de planejamento por problemas e trata, principalmente, dos problemas mal estruturados e complexos, para os quais não existem soluções normativas ou previamente conhecidas⁴. Partiu-se da priorização dos macros problemas, da leitura da realidade e deste ponto, avançando para os passos a serem seguidos. Matriz de Identificação: Momento da seleção e análise dos problemas considerados relevantes para o ator social e sobre os quais este pretende intervir. Inclui alguns critérios como:

valor do problema para o ator principal, para outros atores e para a população; custo econômico das soluções; custo político do enfrentamento ou postergação do problema e eficácia da intervenção¹.

Foram realizados encontros entre os autores para fomentar o que é educação permanente em saúde, enriquecendo as discussões com suas vivências e experiências sempre trazendo questionamentos, gerando novas inquietações e buscas científicas, para realizar ações baseadas em evidências pautadas na Política Nacional de Educação Permanente.

Após a priorização e identificação dos atores, o problema identificado foi analisado através da construção de uma rede de causalidade simplificada, utilizando a ferramenta Fluxograma Situacional/Árvore Explicativa, que é uma representação gráfica da visão desses atores sobre a situação, sob análise e que permite relacionar as causas entre si e com os descritores, por meio de conexões causais¹.

Resultados

A Matriz de Priorização é uma ferramenta utilizada em programação de estratégias, tomadas de decisões e soluções de problemas de organizações e projetos. Identifica os problemas que apresentam maior prioridade, com possibilidade de intervenção⁹.

Foram identificados os seguintes macroproblemas: comunicação ineficaz, poucos recursos humanos, falta de motivação, falta de planejamento, gestão tradicional. Após discussão foi eleito o planejamento como macroproblema a ser trabalhado; com o planejamento é possível contemplar ações de Educação em saúde promovendo Educação Permanente em saúde para o profissional, para o usuário e coletividade⁵.

Matriz de identificação: momento da seleção e análise dos problemas considerados relevantes para o ator social e sobre os quais este pretende intervir. Inclui alguns critérios como: valor do problema para o ator principal, para outros atores e

para a população; custo econômico das soluções; custo político do enfrentamento ou postergação do problema e eficácia da intervenção¹.

Foram realizados encontros entre os idealizadores deste projeto para fomentar o que é educação permanente em saúde, enriquecendo as discussões com suas vivências e experiências sempre trazendo questionamentos, gerando novas inquietações e buscas científicas, para realizar ações baseadas em evidências pautadas na Política Nacional de Educação Permanente.

Após a priorização e identificação dos atores, o problema identificado foi analisado através da construção de uma rede de causalidade simplificada, utilizando-se a ferramenta Fluxograma Situacional/Árvore Explicativa, que é uma representação gráfica da visão desses atores sobre a situação sob análise e que permite relacionar as causas entre si e com os descritores. Assim, por meio de conexões causais, foi identificado como principal problema a “falta de planejamento de ações efetivas em Educação Permanente”. Com base na análise dos atores deste projeto e na experiência de trabalho no município de Embu das Artes e da Região de Mananciais, encontraram-se dois descritores que ressaltam o problema apontado. Descritor 1: baixa adesão nas ações de EP, tanto de profissionais quanto de usuários. Descritor 2: falta de organização das ações em EP com base nos indicadores locais. Como consequências diretas desses descritores foram identificadas: ações de EP que não contemplam as necessidades reais e falta de preparo dos profissionais para realizar EP em Saúde.

As causas mais importantes elencadas foram: falta de profissionais na rede, gerando acúmulo de funções, levando os profissionais a rejeitar novas responsabilidades, e a falta de conhecimento do que é Educação Permanente pelos funcionários e usuários. A causa da falta de conhecimento pode ter sido originada da falta de comunicação efetiva, que, por sua vez, foi gerada da falta de motivação dos profissionais.

Da análise exaustiva dessas situações, foi

apontado como nó crítico a “fragilidade das ações de Educação Permanente em Saúde desenvolvida junto aos profissionais de saúde”. Diante deste diagnóstico situacional acreditamos que, com o “Planejamento de ações para a implementação do núcleo de EPS”, no município de Embu das Artes, é possível qualificar os profissionais para atuar em EPS em seu local de trabalho com maior autonomia, envolvendo os usuários nestas ações, motivando outros funcionários, aumentando a adesão dos mesmos nas ações de EP, revertendo assim, a carga negativa dos descritores em questão.

O plano de intervenção é o momento de definir a situação objeto ou situação futura desejada e as ações concretas que visam a resultados, tomando como referência os nós críticos selecionados. A proposta de intervenção deste projeto foi construída através de um conjunto de ações elaboradas com a ferramenta 5W3H, que é uma ferramenta que auxilia no detalhamento das ações que precisam ser desenvolvidas a partir do nó crítico identificado, funcionando como um mapeamento dessas atividades, estabelecendo o que será feito, quem fará o quê, em qual período de tempo, em qual área da instituição e quanto custará⁴.

Com a finalidade de acompanhamento da execução das ações, da avaliação dos resultados obtidos e do eventual redirecionamento ou adequação das estratégias adotadas, destaca-se a importância de avaliação e monitoramento das ações propostas no plano de intervenção.

Considerações finais

A Educação em saúde atua através de uma ação multiprofissional e interdisciplinar, integrando diversas áreas do saber, estimulando mudanças individuais e coletivas, considerando as experiências e saberes de todos os envolvidos no processo educativo. Realizadas com o intuito de construir junto à população, vínculo e compromisso buscando beneficiá-la,

de forma mais efetiva, com melhorias nas condições de vida e saúde. As ações de Educação Permanente necessitam ser previamente analisadas, respeitando o contexto social da comunidade, reconhecendo os problemas nos serviços e determinando prioridades para a formação dos trabalhadores do SUS.

Referências

1. Artmann E, Azevedo CS, Sá MC. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. *Cad Saúde Pública*. 1997;13(4):723-740.
2. Carotta F, Kawamura D, Salazar J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. *Saúde soc. [internet]*. 2009;18(suppl.1):48-51. ISSN 0104-1290. [acesso em 22 jun 2015]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000500008
3. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2005; 10(4): 975-986 [acesso em 22 jun 2015]. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&Ing=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>.
4. Champagne F et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: A Brousselle, F Champagne, AP Contandriopoulos, Z Hartz (Orgs.). *Avaliação: conceitos e métodos* (pp. 41-60). Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
5. Matus C. *Política, planejamento e governo*. 2a ed. Brasília: IPEA; 1996. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o SUS*. Juiz de Fora, MG, 2013.
6. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e do desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília (DF): 2004.
7. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*. 22 ago 2007;Seção 1.
8. Nicoletto SCS, organizador. *A implantação e desenvolvimento da política de educação permanente em saúde no Paraná: relatório final*. Londrina; 2007.
9. Rodrigues MV. *Ações para a qualidade*. GEIQ, Gestão Integrada para a Qualidade. Padrão Seis Sigma, classe mundial. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2004.

Comitê de vigilância às mortes maternas, infantis e fetais do município de Garça/SP

Vigilance Committee on Maternal, Children and Fetal deaths of the municipality of Garça/SP

Luciana Cristina Vieira da Cruzⁱ
Margarida Midori Uchidaⁱⁱ

Resumo

Atualmente o Comitê de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal é composto por representantes dos serviços de saúde do município. Essa formação se fez necessária visando a integralização dos serviços, onde o maior beneficiado tem que ser o paciente. Portanto, o Comitê trabalha com a questão do pré-natal, onde tudo começa. O Comitê analisa todos os casos de óbitos investigados pelos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família – ESF, baseando-se nas informações e discussões sobre o caso com o preenchimento da ficha Síntese com a conclusão e recomendações, classificando os óbitos como evitável ou não evitável, verificando se houve falhas, pois a função do Comitê não é encontrar culpados pelos óbitos e sim identificar as falhas e elaborar propostas para o bom funcionamento dos serviços e o trabalho em equipe.

Palavras-chave: Comitê de Mortalidade. Investigação de Óbito. Mortalidade Materna. Mortalidade Infantil. Mortalidade Fetal.

Abstract

Currently the Committee of Maternal, Infant and Fetal Mortality, is composed of representatives of municipal health services. This training was necessary aiming at the payment of services, where the biggest beneficiary must be the patient. Therefore, the Committee works with the topic of prenatal care, where it all begins. The Committee reviews all cases of deaths investigated by nurses of the Family Health Strategy - ESF, based on the information and discussions about the case with filling the Summary form and with the conclusion and recommendations, classifying deaths as avoidable or unavoidable by checking whether there were failures. The function of the Committee is not to find those guilty for the deaths but identify gaps and develop proposals for the proper functioning of services and teamwork.

Keywords: Mortality Committee. Death investigation. Maternal mortality. Infant mortality. Fetal Mortality.

ⁱ Luciana Cristina Vieira da Cruz (lucivieira29@yahoo.com.br) é tecnóloga em Informática com Ênfase em Gestão de Negócio, especialista em Regulação em Saúde no SUS pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, assistente administrativo na secretaria municipal de Saúde de Garça/SP e integrante do Comitê de Mortalidade Materna Infantil e Fetal deste município.

ⁱⁱ Margarida Midori Uchida (umargarida@yahoo.com.br) é bacharel em Administração, especialista em Gestão da Atenção à Saúde pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa e diretora de Departamento de Unidade de Avaliação e Controle (UAC) da secretaria municipal de Saúde de Garça/SP.

Introdução

A redução da mortalidade materna, infantil e fetal ainda é um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo⁶.

O município de Garça/SP instituiu o Comitê de Vigilância às mortes maternas, infantis e fetais através da Lei nº 4.529/2010 em 29 de setembro de 2010³, sendo alterada pela Lei nº 4947/2014 em 23 de setembro de 2014⁴, a composição do Comitê foi sendo adequada por meio de Portarias conforme a necessidade de avaliação dos casos, e atualmente é composto por representantes dos serviços de saúde do município de acordo com a Portaria nº 26.725/2014⁵.

Essa formação se fez necessária visando à integração dos serviços, quando o maior beneficiado tem que ser o paciente. Portanto, o Comitê trabalha principalmente com a questão do pré-natal, onde tudo começa; no entanto, não adianta a gestante ter total assistência ao pré-natal e na hora do parto não ter uma assistência de qualidade, ou o município ter uma ótima referência para o parto, mas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) não ofertarem serviços de pré-natal com qualidade baseados em protocolos.

O Comitê analisa todos os casos de óbitos investigados pelos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF), baseando-se nas informações disponibilizadas em formulários de investigações, declarações de óbito, prontuário médico entre outros e a partir daí o caso é classificado como óbito evitável ou não evitável. A partir disso, ocorre o preenchimento da ficha Síntese com a conclusão e recomendações.

A função do Comitê não é encontrar culpados pelos óbitos e sim identificar as falhas e elaborar propostas para o melhor funcionamento dos serviços e o trabalho efetivo em equipe.

Objetivos

a) Sensibilizar e envolver os profissionais de saúde

sobre a importância e a gravidade da mortalidade materna, infantil e fetal e sua repercussão sobre as famílias e a sociedade como um todo;

- b) Identificar os problemas e propor intervenções para solucioná-los;
- c) Proporcionar dados fidedignos.

Metodologia

O responsável pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)² e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)¹, encaminha cópia da Declaração de Óbito e outras informações, como ficha de atendimento na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), investigação hospitalar, para que o enfermeiro da ESF possa realizar a entrevista “investigação” com o familiar e ter subsídios para complementá-la.

Uma estratégia adotada pelo Comitê foi a definição de papéis nos quais o enfermeiro da ESF é o responsável pelo preenchimento dos impressos correspondentes à investigação de óbito, pois o mesmo tem o contato com a família, sendo a referência para o paciente e informações necessárias para tal, sendo disponibilizada pelo Comitê uma psicóloga para acompanhar o enfermeiro no momento da entrevista conforme necessidade.

A princípio, ficou definido pelo Comitê que em cada caso discutido se faria necessária a presença do enfermeiro durante as reuniões, para que houvesse um trabalho em equipe e o profissional pudesse estar levando a conclusão do caso para a Equipe de referência. No decorrer das reuniões, durante as discussões dos casos, os integrantes do Comitê e os enfermeiros responsáveis pelas investigações chegaram a um consenso que a presença do médico da ESF seria indispensável, já que são eles também os responsáveis pelo acompanhamento do paciente. O foco é mostrar para os profissionais onde possamos melhorar e evitar que outros óbitos aconteçam pelas mesmas falhas já

detectadas anteriormente.

O Comitê de Mortalidade realiza reuniões mensais onde todos os óbitos investigados são analisados pelo Comitê e também é feito o preenchimento da síntese de conclusão do caso para ser digitada no SIM Federal.

Produto

No ano de 2014 no Sistema de Informação SINASC “local” foram registrados 545 nascidos vivos de mães residentes no município de Garça/SP. No mesmo ano também foram registrados no Sistema SIM “local”, 1 óbito materno, 8 óbitos infantis, 10 óbitos fetais e 2 óbitos maiores de 1 ano.

Dentre os óbitos analisados pelo Comitê em 2014 foram avaliados 6 óbitos fetais, sendo 4 de causas evitáveis e 2 de causas não evitáveis, 7 óbitos infantis, sendo 6 por causas não evitáveis e 1 de causa evitável e 1 óbito materno sendo finalizado como não evitável.

O Comitê vem trabalhando com os óbitos de causas evitáveis e alguns outros itens como a realização do pré-natal realizado em setores particulares, já que o mesmo não é baseado em protocolo.

Segundo as investigações foram realizados 13 pré-natais, sendo 8 pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como resultados 4 óbitos evitáveis e 4 não evitáveis, pelos serviços Particulares foram realizados 3 pré-natais, sendo 3 não evitáveis 2 pré-natais mistos (SUS/Part.), sendo 1 óbito evitável e 1 óbito não evitável.

Para classificar um óbito como evitável o Comitê avalia o que deixou de ser feito, onde o serviço não seguiu atendimento baseado em protocolos, algumas dificuldades com outros setores como as limitações de ofertas de vaga para o Pré-Natal de Alto Risco da referência entre outras falhas encontradas na cadeia de acontecimentos que levaram ao óbito. Após as discussões dos casos baseados

nestes itens o Comitê os finalizam como inevitáveis ou evitáveis dentro da Classificação de Evitabilidade da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE).

Já se percebe alguns resultados positivos com este método de trabalho do Comitê junto à Equipe de Saúde da Família e as dificuldades detectadas durante as investigações:

Potencialidades:

1. Conscientizar os enfermeiros da sua importância nas realizações das investigações;
2. Disponibilizar um profissional psicólogo integrante do Comitê para auxiliar na investigação, sempre que o Enfermeiro achar necessário;
3. O envio das Investigações Hospitalares do hospital local, mesmo que este faça parte do processo do serviço pelo fato de não ser cumprido por todos os envolvidos, o Comitê avalia como um ponto positivo.

Fragilidades:

1. Conseguir informações dos serviços particulares para concluir as investigações;
2. Falta de cumprimento de alguns hospitais que não enviam as Investigações Hospitalares;
3. Dificuldade do envolvimento de outros serviços sejam eles relacionados às referências para as especialidades médicas, limitações de vagas para o pré-natal de Alto Risco e a intersetorialidade.

Considerações finais

O trabalho realizado pelo Comitê junto às Equipe de Saúde da Família tem proporcionado a identificação dos problemas relacionados com os óbitos, sejam eles em relação à assistência à saúde.

de prestada à gestante e à criança, organização dos serviços de saúde, entre outros.

Para que o município tenha dados fidedignos para análise de indicadores, o Comitê contribuiu sensibilizando os profissionais para o preenchimento correto e completo dos prontuários, fichas de atendimentos e demais documentos que forneçam informações importantes para o município como um todo, resultando na melhoria do atendimento a gestante.

Um dos pontos positivos apontados pelo Comitê foi a implantação do novo fluxo para as gestantes do município, acreditando no impacto positivo dos índices da mortalidade infantil e fetal no município a médio e longo prazo.

Após a conclusão dos casos, o Comitê encaminhará a investigação para o responsável pelo SIM para que sejam feitas as devidas alterações no sistema qualificando as informações.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Fundação Nacional de Saúde. Manual de procedimentos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Brasília: MS; 2001.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica. Documento técnico contendo a cobertura do Sistema de Informação sobre Mortalidade no Brasil, 2001.
3. Lei nº 4.529, de 29 de setembro de 2010. Garça, São Paulo, 2010. Recuperado em 10 mar. 2015, de <https://www.leismunicipais.com.br/a/sp/g/garca/lei-ordinaria/2010/453/4529/lei-ordinaria-n-4529-2010-dispoe-sobre-o-comite-de-vigilancia-as-mortes-materna-e-infantil-e-da-outras-providencias?q=4529%2F2010>
4. Lei nº 4.947, de 23 de setembro de 2014. Garça, São Paulo, 2010. Recuperado em 10 mar. 2015, de <https://www.leismunicipais.com.br/a/sp/g/garca/lei-ordinaria/2014/495/4947/lei-ordinaria-n-4947-2014-altera-a-lei-n-4529-2010-que-dispoe-sobre-o-comite-de-vigilancia-as-mortes-materna-e-infantil?q=4947>
5. Lei nº 26.725, de 22 de abril de 2014. Garça, São Paulo, 2014. Recuperado em 10 mar. 2015, de <https://www.leismunicipais.com.br/a/sp/g/garca/portaria-do-executivo/2014/2673/26725/portaria-do-executivo-n-26725-2014-constitui-o-comite-de-vigilancia-as-mortes-materna-e-infantil-no-ambito-da-secretaria-municipal-de-saude?q=26725>
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde (DF). Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e fetal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Solidariedade em movimento: Jundiaí na luta contra a AIDS

Solidarity in movement: Jundiaí in the fight against AIDS

Milena Luckesi de Souzaⁱ

Grace do Prado Danⁱⁱ

Maria de Lurdes Magalhães de Almeida Munhozⁱⁱⁱ

Resumo

A secretaria municipal de Saúde de Jundiaí, por meio do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), promoveu em 2013 dois eventos de comemoração ao 1º de dezembro – Dia Mundial de Luta contra a AIDS, com objetivo de orientar quanto a prevenção às DST/AIDS e incentivar a solidariedade às pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA). O primeiro evento ocorreu em parceria com o Projeto Ações Preventivas na Escola. Foi realizada a mesa-redonda Educação, Saúde e [SIDA]dania: o protagonismo juvenil na luta contra a AIDS e diversas oficinas que abordaram temas como: direitos sexuais e reprodutivos; viver e conviver com HIV/AIDS; gênero e diversidade sexual e prevenção às DST/AIDS na escola. O segundo evento, Solidariedade em movimento: Jundiaí na luta contra a AIDS, ocorreu no dia 1º de dezembro no Parque da Cidade. Foi um encontro artístico-cultural, que contou com a apresentação de um flash mob composto por aproximadamente 100 pessoas. O evento foi filmado e divulgado nas redes sociais. Comemorar o Dia Mundial de Luta contra a AIDS é fundamental para reforçar o compromisso com a defesa dos Direitos Humanos das PVHA e ao acesso universal à prevenção e ao tratamento.

Palavras-chave: AIDS. Solidariedade. Educação

Abstract

The Municipal Secretary of Health from Jundiaí, through the Center for Testing and Counseling (CTA) promoted in 2013 two celebratory events on December 1 – the World Day to Combat AIDS, in order to advise on the STD/AIDS and encourage solidarity with people living with HIV/AIDS (PLWHA). The first event was held in partnership with the Project Preventive Actions at School. The roundtable discussion about education, health and [AIDS]zenship was held: youth participation in the fight against AIDS and various workshops that addressed topics such as sexual and reproductive rights; live and live with HIV/AIDS; gender and sexual diversity and STD/AIDS at school. The second event, moving solidarity: Jundiaí in the fight against AIDS, took place on December 1 in the Park of the City. It was an artistic-cultural meeting, which included a presentation of a flash mob composed of about 100 people. The event was filmed and released on social networks. Celebrating the World Day to Combat AIDS is critical to strengthen the commitment to defend the human rights of PLWHA and to the universal access to prevention and treatment.

Keywords: AIDS, Solidarity, Education.

ⁱ Milena Luckesi de Souza (mlsouza@jundiai.sp.gov.br) é psicóloga, mestre em Fundamentos da Educação e Especialista em Educação Especial pela UEM, atua no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em DST/AIDS no município de Jundiaí/SP.

ⁱⁱ Grace do Prado Dan (gdan@jundiai.sp.gov.br) é assistente social, especialista em Serviço Social – direitos sociais e competências profissionais pela Universidade de Brasília (UnB) e atua no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em DST/AIDS no município de Jundiaí/SP.

ⁱⁱⁱ Maria de Lurdes Magalhães de Almeida Munhoz (mmunhoz@jundiai.sp.gov.br) é psicóloga clínica, com formação em Psicanálise pelo TRIEP, especializanda em Psicopatologia e Saúde Pública pelo NUPSI-USP, atua como gerente do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em DST/AIDS no município de Jundiaí/SP.

Introdução

Segundo dados do último Boletim Epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde, desde o início da epidemia até junho de 2014 foram notificados 757 mil casos de AIDS no Brasil. A epidemia no país está estabilizada, com taxa de detecção em torno de 20,5 casos a cada 100 mil habitantes. Isso representa cerca de 39 mil casos novos de AIDS ao ano. O coeficiente de mortalidade por AIDS caiu 6,6% nos últimos anos, passando de 6,1 casos de mortes por 100 mil habitantes em 2004, para 5,7 casos em 2013².

Paralelo às estratégias clássicas de prevenção como o incentivo ao sexo seguro, o Brasil tem adotado outras estratégias complementares. Uma delas é o início precoce dos antirretrovirais para todas as pessoas com HIV/AIDS (PVHA) como ferramenta importante no controle da carga viral e na redução da transmissão do HIV, conforme o novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos implantado em dezembro de 2013³.

Pode-se citar, ainda, a ampliação da testagem, sendo que, em 2014, foram distribuídos 6,4 milhões de testes rápidos para HIV, número 26% superior aos 4,7 milhões distribuídos em 2013 e a Profilaxia Pós-Exposição Sexual (PEP), o uso de medicamentos antirretrovirais como mais uma forma de se prevenir contra o HIV, recomendada desde 2010 para pessoas que possam ter entrado em contato com o vírus recentemente pelo sexo sem preservativo.

A ampliação da assistência às PVHA e o incentivo ao diagnóstico precoce fazem parte do plano do Ministério da Saúde no cumprimento da meta 90-90-90, adotada pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) que responde a 90% de pessoas testadas, 90% tratadas e 90% com carga viral indetectável até 2020².

Muitos avanços foram feitos no campo científico sobre o vírus da AIDS que, aliados à implemen-

tação de políticas públicas de saúde, possibilitam o tratamento das PVHA. Entretanto, saúde e doença são mediadas por fatores históricos, sociais, econômicos e culturais que, a exemplo da AIDS, determinam a necessidade de promover ações em diferentes contextos e áreas de atuação que potencializem, em todos os aspectos, o enfrentamento da epidemia.

Neste sentido, pode-se afirmar como fundamentais para a democratização das informações e para a superação das vulnerabilidades da população em relação ao HIV: as leis contra a discriminação às PVHA, a garantia de direitos, a superação das desigualdades nas relações humanas, o acesso universal ao tratamento e o investimento nos projetos de prevenção às DST/AIDS.

Com o objetivo de reforçar a solidariedade às PVHA, incentivar o respeito aos direitos humanos e reafirmar a importância do diagnóstico precoce e das medidas de prevenção para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS, em 1987, foi instituída pela Organização das Nações Unidas (ONU), a comemoração do Dia Mundial de Luta contra a AIDS em 1º de dezembro.

Desde então, no Brasil, o governo federal, Estados e prefeituras, por meio de suas políticas públicas, movimentos sociais, entidades socioassistenciais, empresas, profissionais de saúde e população organizam campanhas no Dia Mundial de Luta contra a AIDS. Essas campanhas propõem temas que estimulam o debate e a reflexão da sociedade e, em sua maioria tratam do preconceito, sendo muitas vezes dirigidos a populações específicas:

1988 – Junte-se ao esforço mundial

1989 – Cuidemos uns dos outros

1990 – AIDS e mulheres

1991 – Compartilhando um desafio

1992 – Vamos juntos contra a AIDS de mãos dadas pela vida

- 1993 – Previna-se do vírus, não das pessoas
- 1994 – AIDS e família
- 1995 – Compartilhemos direitos e responsabilidade
- 1996 – Unidos na esperança
- 1997 – Criança vivendo com AIDS
- 1998 – Jovem, a força da mudança
- 1999 – Você pode fazer um mundo melhor. Escute, aprenda e viva com a realidade da AIDS
- 2000 – Não leve AIDS para casa
- 2001 – Não importa com quem você transa, não importa como. Use camisinha
- 2002 – Preconceito é discriminação
- 2003 – Fique sabendo
- 2004 – Mulher: sua história é você quem faz
- 2005 – AIDS e racismo: o Brasil precisa viver sem preconceito
- 2006 – A vida é mais forte que a AIDS
- 2007 – Sua atitude tem muita força na luta contra a AIDS
- 2008 – Sexo não tem idade. Proteção também não
- 2009 – Viver com AIDS é possível. Com preconceito não
- 2010 – O preconceito como aspecto de vulnerabilidade ao HIV
- 2011 – A AIDS não tem preconceito, previna-se
- 2012 – Não fique na dúvida, fique sabendo
- 2013 – Para viver melhor, é preciso saber. Faça o teste de AIDS

Em Jundiaí, a secretaria municipal de Saúde, por meio do Programa Municipal de DST/AIDS e do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) promove, desde 1996, campanhas e eventos locais em comemoração ao Dia Mundial de Luta contra a AIDS. A arte sempre é utilizada como metodologia mediadora nestas ações. Ao longo desses anos foram utilizadas várias formas de divulgação, como *busdoor*, carro de som, cartazes, faixas, laços ver-

melhos gigantes fixados em pontos de visibilidade na cidade, etc. Diversas parcerias foram estabelecidas com organizações da sociedade civil, associação comercial, escolas, grupos de pacientes, serviços de saúde. Vários espaços foram ocupados, como ruas, praças, terminais de ônibus, centros comerciais, bairros, escolas, igrejas, boates, unidades de saúde, parques, etc.

Este artigo pretende relatar as ações realizadas em 2013. A primeira consistiu em uma mobilização com mesa-redonda e oficinas temáticas, organizada em parceria com o Projeto Ações Preventivas na Escola – Programa Escola da Família (PEF) da Diretoria de Ensino de Jundiaí. A segunda ação foi realizada no Parque da Cidade, com o tema “Solidariedade em movimento: Jundiaí na luta contra a AIDS”, consistiu num encontro artístico-cultural, que reuniu parceiros de diversos segmentos.

Interface com a escola

A escola constitui-se espaço privilegiado na implantação de ações de prevenção em DST/AIDS, que promovam o acesso à informação, o diálogo sobre o tema, o fortalecimento da autoestima e do autocuidado, o respeito às diversidades e ao estabelecimento de relações mais solidárias.

Nesse sentido, entende-se que as questões relacionadas à sexualidade não devem ser contempladas somente em seus aspectos biológicos, mas também em suas dimensões psicoafetivas e socio-culturais, conduzindo a discussões sobre sentimentos, valores, crenças, preconceitos, experiências pessoais, etc. Muitas experiências têm apontado a necessidade de que tais questões sejam trabalhadas de forma contínua, sistemática, abrangente e integrada e não como áreas ou disciplinas específicas.

O aprendizado de conceitos e valores positivos com relação à saúde vai além das áreas e temas do currículo formal. Realiza-se nas diferentes

atividades escolares, em todos os espaços da escola e do entorno escolar, quando há espaço para a construção de uma dinâmica que permita a vivência de situações favoráveis ao fortalecimento de compromissos para a busca da saúde⁴.

Estabelecer projetos com as escolas na perspectiva de potencializar a atuação de educadores, alunos, funcionários e comunidade como multiplicadores de prevenção em DST/AIDS sempre foi uma prerrogativa do trabalho desenvolvido pelo CTA.

Desde 2011, este serviço mantém parceria com o PEF. Em 2013 essa parceria culminou na realização de um evento de Mobilização para o Dia Mundial, que ocorreu no dia 9 de novembro na Escola Estadual Bispo D. Gabriel P. B. Couto. A programação deste evento consistiu numa mesa-redonda e em oficinas temáticas.

A mesa-redonda intitulada “Educação, Saúde e [SIDA]dania: o protagonismo juvenil na luta contra a AIDS” contou com representantes do movimento estudantil, da Rede Nacional de Jovens Vivendo com HIV e do CTA Jundiá. Discutiu temas como: Protagonismo Juvenil e Cidadania no contexto escolar; Viver e conviver com HIV/AIDS: superando desafios; Os desafios da prevenção às DST/AIDS.

As oficinas temáticas foram coordenadas por dois facilitadores entre profissionais de saúde e monitores do PEF. Versaram sobre temas como: Direitos Sexuais e Reprodutivos; Sexualidade na Adolescência; Viver e conviver com HIV/AIDS; Trabalhando rótulos e solidariedade; Gênero e Diversidade Sexual; Conversando sobre Prevenção; AIDS no mundo adolescente e Estratégias de Prevenção às DST/AIDS na Escola.

Participaram desse evento aproximadamente 240 pessoas entre vice-diretores e educadores universitários do PEF, responsáveis por mobilizar suas comunidades escolares quanto à prevenção às DST/AIDS e a solidariedade às pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Mobilizando a comunidade

O CTA Jundiá tem utilizado estratégias de prevenção às DST/AIDS que aliam arte e educação em saúde. Entende-se a arte como uma ferramenta que propicia momentos interativos, criativos, estéticos, educativos e culturais aos espectadores e participantes, sendo capaz de mobilizar sentimentos, provocar reflexões sobre preconceitos e mobilizar novas atitudes com relação ao cuidado em saúde.

A arte também é fundamental como forma de expressão e de mobilização social. A partir desta concepção, foi planejado um encontro artístico-cultural em comemoração ao dia mundial intitulado Solidariedade em Movimento: Jundiá na Luta contra a AIDS.

O evento ocorreu no dia 1º de dezembro no Parque da Cidade, contou com a apresentação de artistas locais, profissionais e amadores, que voluntariamente demonstraram sua solidariedade às pessoas vivendo com HIV/AIDS, incentivando a população a fazer o mesmo. Apresentaram-se: Coral Jovem Pio X; Grupo Especial do Studio La Danse; Violeiro Pantaneiro com João Ormond; Capoeira e Maculelê com Capoeira Nosso Senhor do Bonfim; Drag Queens; Cultura Popular com Eufradísio Modesto. Durante o evento, dois apresentadores veicularam mensagens de prevenção, de incentivo ao diagnóstico precoce do HIV e de apoio ao dia mundial de luta contra a AIDS.

No encerramento, houve a apresentação de um *flash mob*. Trata-se de uma aglomeração instantânea de pessoas em um local público para realizar uma ação previamente organizada por meio de mídias sociais. Essas práticas podem ter finalidades artísticas, como uma performance, ou ter um objetivo mais engajado, de cunho político-ativista⁴.

O *flash mob* realizado no evento teve como objetivos a mobilização e a conscientização social. A Cia Paulista de Artes produziu a coreografia e a edição de um *pot-pourri* com músicas do repertório nacional que expressam mensagens de amor, fé

e superação. Foram realizados quatro ensaios em que foi possível perceber o envolvimento das pessoas, superando preconceitos, desafiando os limites do seu próprio corpo. Pessoas com deficiências, idosos, crianças dançaram, interagiram e compartilharam solidariedade.

Participaram do *flash mob* aproximadamente 100 pessoas entre: educadores universitários do PEF, profissionais de saúde, PVHA, seus amigos e familiares, representantes do Movimento ALIADOS (Aliança pela Livre Identidade e Apoio a Diversidade de Orientação Sexual) e de ONG/AIDS.

Durante o evento também foram realizadas orientações sobre DST/AIDS, distribuição de material informativo, insumos de prevenção e lacinhos vermelhos na Barraca da Camisinha.

A filmagem deste evento originou a produção de um vídeo institucional¹ com imagens das apresentações artísticas e do *flash mob*, editado com a finalidade de propagar a solidariedade e divulgar o CTA nas redes sociais, um dos principais meios de acesso a informação na atualidade. O mesmo foi encaminhado para a UNAIDS.

Considerações finais

Apesar dos muitos avanços observados frente a epidemia de AIDS, esforços ainda se fazem necessários na luta contra a falta de informação, o preconceito e a discriminação.

Em vários países, assim como o Brasil, as políticas de saúde sobre HIV/AIDS foram implementadas a partir da organização e mobilização das pessoas vivendo e convivendo com HIV/AIDS e dos movimentos de *gays* e de prostitutas.

Dessa forma, é fundamental que as ações e projetos de prevenção e promoção de saúde continuem garantindo o protagonismo da população,

movimentos sociais, organizações da sociedade civil e usuários dos serviços.

O Dia Mundial de Luta contra a AIDS é um marco importante para reunir esforços e estabelecer novos compromissos no enfrentamento da epidemia e na garantia do acesso universal à promoção, prevenção e assistência em HIV/AIDS, bem como, reafirmar a defesa dos direitos humanos como condição para a superação das vulnerabilidades e da discriminação às PVHA.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Coordenação Nacional de DST e Aids (DF). Prevenir é sempre melhor. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde (DF). Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DF). Boletim Epidemiológico Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde (DF). Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DF). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
4. Trindade ALO, Figueiredo ELF, Santos NMW, Mangan PKV, Constante RS. Multiculturalismo urbano: o fenômeno *flash mob*. Texto Digital [internet]. 2012 jan-jul;8(1):25-39. Recuperado em 3 jun. 2015, de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/textodigital/article/view/1807-9288.2012v8n1p25/22400>

¹Disponível para visualização em: <https://www.youtube.com/watch?v=W7cDBreFHP0>

Gestão da Assistência Farmacêutica: implantação de controle, rastreabilidade e farmacoeconomia

Management of Pharmaceutical Care: implementation of control, traceability and pharmacoeconomics

Claudia da Costa Meirellesⁱ

Mauro Takanori Okumuraⁱⁱ

Tatiane Cristina Semmlerⁱⁱⁱ

Maristela Marico Nagatomi^{iv}

Zilmara Bassos Candido^v

Resumo

A assistência farmacêutica ocupa papel de destaque tanto no orçamento público quanto no atendimento das necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A importância do controle de estoque e dispensação, além de promover o melhor aproveitamento dos recursos da saúde, abrangem também a rastreabilidade dos usuários, medicamentos e insumos fornecidos. Mediante o diagnóstico da necessidade da reestruturação do setor de assistência farmacêutica no município de Salto/SP, diversas modificações foram realizadas visando à melhoria no atendimento à população e otimização de recursos humanos e financeiros, como a implantação de sistema informatizado nas farmácias da rede básica (Hórus - Ministério da Saúde), capacitação de funcionários do setor, descredenciamento do Programa Dose Certa para melhor gerenciamento dos recursos, da logística de compras dos medicamentos e acompanhamento dos custos com incineração por validade vencida, quantificação das medições realizadas nos aparelhos glicosímetros dos pacientes para fornecimento de insumos, parceria com Farmácias credenciadas com o Programa "Aqui Tem Farmácia Popular" para divulgação dos 12 itens gratuitos de hipertensão, diabetes e asma e direcionamento da demanda SUS e o encerramento das atividades da unidade própria da Farmácia Popular do município, com a incorporação de itens na Remune - Relação Municipal de Medicamentos.

Palavras-chave: Gestão da Assistência Farmacêutica. Farmacoeconomia. Reestruturação.

Abstract

Pharmaceutical care plays a leading role both in the public budget and in meeting the needs of SUS users. The importance of the control of inventory and dispensation, apart from promoting the best use of health resources, also covers the traceability of users, medicines and provided supplies. Upon diagnosis of the need for restructuring the pharmaceutical care sector in the municipality of Salto/SP, several modifications were made in order to improve the service provided to the population and optimization of human and financial resources, as the implementation of computerized system in the pharmacies of the basic network (Horus - Ministry of Health), training of employees in the sector, disqualification of the Program Right Dosage for better management of the resources, of the shopping logistics, of medicines and monitoring of incineration costs for expired validity, quantification of the measurements performed in glucometer devices of patients for supplying inputs, partnership with pharmacies accredited to the Program "Here there is a Popular Pharmacy" for disclosure of 12 free items of hypertension, diabetes and asthma and direction of SUS demand and the closure of the activities of the very unit of the Popular Pharmacy of the municipality, with the addition of items in the Remune - Municipal Register of Medicines.

Keywords: Management of Pharmaceutical Care; pharmacoeconomics; restructuring.

ⁱ Cláudia da Costa Meirelles (claumeirelles@uol.com.br) é médica sanitária - Escola Paulista de Medicina desde 1988, cargo atual de assessora de comunicação do Cosems/SP, foi secretária municipal da Saúde no período de janeiro/2013 a janeiro/2015 na Prefeitura da Estância Turística de Salto/SP.

ⁱⁱ Mauro Takanori Okumura (central.saude@salto.sp.gov.br) é farmacêutico-bioquímico - Universidade Metodista de Piracicaba, cargo atual de chefe de gabinete da secretaria municipal de Saúde da Prefeitura da Estância Turística de Salto/SP.

ⁱⁱⁱ Tatiane Cristina Semmler (farmacia.coord@salto.sp.gov.br) é farmacêutica-bioquímica - FCFRP-USP, cargo atual de coordenadora da Assistência Farmacêutica na secretaria municipal de Saúde da Prefeitura da Estância Turística de Salto/SP.

^{iv} Maristela Marico Nagatomi (farmacia.central@salto.sp.gov.br) é farmacêutica-bioquímica - PUC/Campinas, cargo de farmacêutica da secretaria municipal de Saúde da Prefeitura da Estância Turística de Salto/SP.

^v Zilmara Bassos Candido (zilmara.ch@salto.sp.gov.br) cursa tecnologia em Gestão Pública da Faculdade Anhanguera, cargo de chefe de setor da Assistência Farmacêutica na secretaria municipal de Saúde da Prefeitura da Estância Turística de Salto/SP.

Introdução

No início da gestão em 2013, no município de Salto/SP, não havia registro eficiente das dispensações e estoque das farmácias públicas, somente o Almojarifado e a Farmácia Central (medicamentos judiciais, serviço social, Programa Melhor em Casa e outros) utilizavam o sistema Hórus, do Ministério da Saúde, as outras 10 unidades básicas realizavam registro manual em planilhas próprias, de forma ineficaz.

Não havia controle dos medicamentos incinerados por validade vencida e sobre a distribuição e utilização dos insumos de diabetes para glicosímetros. A importância do controle de estoque e dispensação, além de promover melhor aproveitamento dos recursos de saúde, abrangem também a rastreabilidade dos usuários, medicamentos e insumos fornecidos.

A Farmácia Popular Municipal atendia em média 1.800 pacientes/mês, com relação custo/benefício desfavorável.

Há necessidade de otimização dos recursos e para isso são necessárias avaliações dos programas vigentes, como no caso do Programa Farmácia Popular (rede própria) e o Programa Dose Certa, em relação à eficácia, eficiência e efetividade.

Com o desenvolvimento da área de farmacoeconomia, houve uma rápida evolução e reconhecimento social e administrativo dessa forma de abordagem das relações custo-consequência das ações de saúde. Imaginar ser possível alcançar um sistema de saúde ideal, contando com todos os recursos mais efetivos em quantidades infinitas, é utopia. Em qualquer condição e em qualquer país, mesmo os mais ricos, nunca haverá uma condição desse nível, porque os avanços da tecnologia médica, o crescimento demográfico,

o envelhecimento da população, exigirão recursos cada vez maiores, em termos quantitativos e qualitativos.

Metodologia

- a) implantação do Hórus – sistema informatizado de Gestão da Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde nas unidades de farmácia da rede básica;
- b) capacitação permanente dos funcionários da Assistência Farmacêutica;
- c) descredenciamento municipal do Programa Dose Certa. A partir de janeiro de 2014 ocorreu o descredenciamento, considerando um melhor gerenciamento dos recursos através de processos licitatórios realizados no município, com a possibilidade de uma logística de validade dos medicamentos, consumo e estoque mais adequada;
- d) acompanhamento dos custos com incineração de medicamentos;
- e) quantificação das medições realizadas nos aparelhos glicosímetros dos pacientes para fornecimento de insumos;
- f) parceria com farmácias privadas de Salto credenciadas com o Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” para divulgação da gratuidade dos 12 itens de hipertensão, diabetes e asma e direcionamento da demanda SUS;
- g) encerramento das atividades da unidade própria da Farmácia Popular em outubro de 2014 e incorporação de itens na padronização municipal através da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), com apoio unânime do Conselho Municipal de Saúde e Audiência Pública.

Resultados

Quadro 1. Implantação do Sistema Hórus – 90% concluído

Unidade – Farmácia	Implantação	Previsão
Almoxarifado Farmácia	Fevereiro/2012	
Farmácia Central	Junho/2012	
Centro de Saúde II	Julho/2013-parcial*	Junho/2015-Aguardando reforma (Requalifica UBS)
Bela Vista	Agosto/2013	
Santa Cruz	Setembro/2013	
Salto São José	Março/2014	
Nações	Mai/2014	
Saltense	Junho/2014	
Marília	Agosto/2014	
São Gabriel	Novembro/2014	
Donalísio	Março/2015	
Cecap		Aguardando reforma (Emenda Parlamentar 2014)
* Medicamentos de MI, psicotrópicos, programa tabagismo e de uso da enfermagem.		

Fonte: Elaboração própria

O sistema Hórus permite gerar relatórios de consumo, programar processos licitatórios, realizar rastreabilidade, informações de lote e validade, dados de dispensação, registro de medicamentos de controle especial e principalmente, conhecer a demanda real dos usuários SUS¹.

Os treinamentos e reuniões tornaram-se indispensáveis para incorporação de novas tecnologias, capacitação permanente, envolvimento e comprometimento da equipe. Ainda que se trate de um setor com 30 funcionários e 7 estagiários – dividido em 13 unidades: 1 almoxarifado, 1 Farmácia Central, 10 Farmácias em Unidades Básicas de Saúde e 1 Farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – ocorre o problema de execução dos treinamentos e reuniões sem o fechamento das unidades. A opção foi a realização em 3 ou 4 turmas em que todos poderiam participar, dependendo do tema ou assunto abordado.

Os custos com medicamentos incinerados por validade vencida em 2013 foram de: R\$ 72.608,80 e em 2014: R\$ 22.829,00 – redução

de 68,5%. Resultado atribuído à saída do Programa Dose Certa e utilização das ferramentas de gestão do Hórus, levando em conta que o Programa apresentava recorrentes atrasos nas entregas e em alguns casos eram entregues posteriormente com prazo de validade próximo do vencimento ou, devido acúmulo de pendências, todo o estoque não era consumido até o prazo de validade recebido.

Leitura dos aparelhos glicosímetros: até novembro/2014, 61% dos pacientes apresentaram aparelho para verificação. Como consequência, o fornecimento de tiras reagentes nas Unidades Básicas comparando quatro meses antes da intervenção com quatro meses posteriores, permitiu uma economia de 19.450 tiras, redirecionadas a pacientes com necessidades diferenciadas que não eram contemplados.

A parceria com as farmácias credenciadas com o Programa Aqui Tem Farmácia Popular, além da economia com os itens gratuitos e inclusão de novos 6 itens na Remume, possibilitou aumento dos pontos de dispensação, ampliação de horário

e dias de acesso.

O encerramento das atividades da unidade própria da Farmácia Popular possibilitou relocar o imóvel para a farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, com melhoria ao acesso, estrutura física e melhor gestão dos recursos humanos, possibilitando remanejamento dos colaboradores e avanço na implantação do sistema Hórus nas UBSs onde faltavam profissionais do setor de farmácia para executar a dispensação.



Imagem 1: Farmácia da Clínica de Saúde Bela Vista – Sistema Hórus implantado.



Imagem 2: Treinamento. Equipe de Assistência Farmacêutica – Hórus – pelo Ministério da Saúde.



Imagem 3: Novo local de funcionamento da Farmácia do Componente especializado.

Considerações finais

Realizar a reestruturação da Assistência Farmacêutica começou pelo diagnóstico da situação em 2013, conscientização e mudanças na equipe, assim como as diversas alterações necessárias para os avanços. É indispensável a quebra de paradigma em relação ao serviço público, pois nem todos os programas são essenciais aos municípios e a incorporação de novas tecnologias exige capacitação permanente. O conhecimento da realidade regional permite planejamento estratégico, princípios de farmacoeconomia, gestão eficiente e redução de desperdício que, conseqüentemente, gera ampliação da oferta de medicamentos aos usuários SUS².

A melhora na estrutura e os avanços conquistados permitiu que o Ministério da Saúde realizasse um evento na cidade para mais de 30 municípios para divulgação do Hórus, tendo Salto como exemplo. Em março de 2014 o município recebeu auditoria da Coordenadoria Geral da União (CGU), onde foram apontadas a falta de controle efetivo de estoque e dispensação nas Unidades Básicas de

Saúde, porém foram demonstrados aos auditores que já tínhamos esse diagnóstico, estratégia, plano de ação e de intervenção eficientes em prática.

Fazer “mais com menos” – na realidade de recursos escassos, precisamos de gestão eficiente para conseguir fazer mais.

Referências

1. Costa KS, Nascimento Junior JM. Hórus: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública., 2012;46:91-99.
2. Secoli SR, Padilha KG, Litvoc J, Maeda ST. Farmacoeconomia: perspectiva emergente no processo de tomada de decisão. Ciênc Saúde Coletiva., 2005;10 Suppl:287-296.

Farmácia Cidadã – qualificação dos serviços e garantia de humanização aos munícipes e colaboradores

Citizen Drugstores - qualification of the services and humanization warranty to residents and employees

José Fernando da Cunhaⁱ
Juliana Vieira Rocha Martinsⁱⁱ
Everson Sarmento Pintoⁱⁱⁱ
Elisabete Piva^{iv}
Saul Franco de Menezes^v

Resumo

O presente trabalho objetiva demonstrar o processo de reestruturação da Farmácia do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e em conformidade com Política Nacional de Humanização. A metodologia utilizada foi o Planejamento Estratégico Situacional, que trabalha com a integração de atores da gestão, colaboradores e usuários através de reuniões para elaboração dos momentos Explicativo, Normativo, Estratégico e Tático Operacional. Com a adequação da gestão e execução do serviço, melhoria de fluxo, processo de trabalho e ainda ambiente, a Prefeitura de São José dos Campos proporcionou ao munícipe e colaboradores a humanização do atendimento e garantia do acesso ao medicamento com qualidade e ainda vinculado aos serviços farmacêuticos culminando na implantação da Farmácia Cidadã.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Humanização. Farmácia Cidadã.

Abstract

This document aims to demonstrate the restructuring process of the Pharmacy of the Specialized Component of Pharmaceutical Assistance (CEAF) in accordance with the principles and guidelines of the SUS and in accordance with the National Policy of Humanization. The methodology used was the Situational Strategic Planning, that works with the integration of management actors, employees and users through meetings for drafting the Explanatory, Regulatory, Strategic and Operational Tactical moments with the adequacy of the management and implementation of the service, flow improvement, work process and even of the environment, the São José dos Campos city hall provided the Citizen and employees the humanization of care and ensuring access to quality medication and still linked to pharmaceutical services culminating in the implementation of the Citizen Drugstore.

Keywords: Pharmaceutical Services. Humanization of Assistance. Citizen Drugstore.

ⁱ José Fernando da Cunha (saude@sjc.sp.gov.br) é farmacêutico bioquímico, especialista em Gestão em Saúde, docente no Ensino Superior, auditor e perito contábil e Farmacêutico da Prefeitura de São José dos Campos/SP.

ⁱⁱ Juliana Vieira Rocha Martins (saude@sjc.sp.gov.br) é farmacêutica bioquímica, especialista em Farmácia Hospitalar e Clínica, Vigilância Sanitária e Epidemiológica e auditora dos Serviços em Saúde e Farmacêutica da Prefeitura de São José dos Campos/SP.

ⁱⁱⁱ Everson Sarmento Pinto (saude@sjc.sp.gov.br) é farmacêutico bioquímico, especialista em Farmacologia Clínica, professor de Química e farmacêutico da Prefeitura de São José dos Campos/SP.

^{iv} Elisabete Piva (saude@sjc.sp.gov.br) é farmacêutica bioquímica, especialista em Farmácia Hospitalar, mestra em Biopatologia Bucal e farmacêutica da Prefeitura de São José dos Campos/SP.

^v Saul Franco de Menezes (saude@sjc.sp.gov.br) é farmacêutico, especialista em Farmácia Hospitalar, especialista em Gestão de Saúde e farmacêutico da Prefeitura de São José dos Campos/SP.

Assistência farmacêutica e o componente especializado

A saúde é um direito social de todos os cidadãos, devendo o Estado garanti-la mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação¹.

A assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, está incluída no campo de atuação do SUS⁹.

Entende-se assistência farmacêutica como o conjunto de ações destinadas a propiciar o acesso da população aos medicamentos necessários ao tratamento de sua saúde². A Assistência Farmacêutica tem caráter sistêmico, multidisciplinar e envolve o acesso a todos os medicamentos considerados essenciais. Na Política Nacional de Medicamentos (PNM) é definida como:

*Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.*³

O Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas

em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde⁶. Visa a garantir o acesso ao tratamento medicamentoso, de doenças raras, de baixa prevalência ou de uso crônico prolongado com alto custo unitário no âmbito do SUS².

A humanização no atendimento

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar.

Suas diretrizes apontam no sentido: da clínica ampliada; da cogestão; da valorização do trabalho; do acolhimento; da saúde do trabalhador; da defesa dos direitos do usuário⁵.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, documento base para gestores e trabalhadores do SUS (2006), define Humanização:

*No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e responsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da Humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.*⁵

A Política Nacional de Humanização (PNH) busca consolidar quatro marcas específicas:

- a) serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento

- acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco;
- b) todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial;
 - c) as unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS;
 - d) as unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores⁴.

Cenário e mudanças da farmácia municipal do CEAF em São José dos Campos

No município de São José dos Campos/SP, os pacientes realizam a abertura de processos administrativos para obtenção de medicamentos do CEAF nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e após aprovação do processo pela secretaria estadual de Saúde realizam a retirada de medicamentos na farmácia do município.

As instalações e processos de trabalho da farmácia estavam em condições insuficientes para um adequado atendimento, gerando insatisfação de colaboradores e usuários, portanto, a necessidade de reestruturação da farmácia do CEAF, com implantação da Farmácia Cidadã. Esta estruturação surgiu do anseio da população e dos colaboradores por uma avaliação da necessidade de adequação da área física, de recursos materiais e recursos humanos, e uma revisão do processo de trabalho conforme preconizado pela legislação vigente; objetivando realizar o acolhimento dos usuários de forma humanizada promovendo a cidadania, reduzindo filas e o tempo de espera; ampliando, otimizando e qualificando os recursos humanos de acordo com a necessidade do

serviço, adequando recursos materiais e área física, bem como elaborando fluxograma de atendimento com a organização dos processos de trabalho referente a controle, logística e registros.

O acolhimento é entendido como a recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário⁵.

Reestruturação

A reestruturação da farmácia do CEAF e implantação da Farmácia Cidadã, foi realizada através do Planejamento Estratégico Situacional (PES), de acordo com Matus (1997)⁸, o PES preconiza que não se pode planejar como se o planejador fosse o único ator, ignorando os demais envolvidos ou predizendo seus comportamentos. É necessário, portanto, diferenciar as explicações dos diferentes autores, sem ignorar nenhuma, para que se possa agir de modo eficaz. O PES trabalha com quatro momentos de planejamento: Momento Explicativo; Momento Normativo; Momento Estratégico; e Momento Tático Operacional⁸. Os momentos do PES foram realizados dentro de um Grupo Técnico com a realização de encontros para as oficinas na Secretaria Municipal de Saúde. O grupo foi composto por equipe multiprofissional com a participação dos gestores e servidores; os usuários da unidade de saúde participaram através de sugestões que foram apresentadas nas reuniões do grupo técnico e consideradas na elaboração do PES.

Efetivação do projeto

A partir da conclusão da reestruturação e

implantação da Farmácia Cidadã o projeto alcançou a qualificação do serviço e a humanização do atendimento ao paciente e colaboradores, vinculados à prestação de serviços farmacêuticos. As melhorias ocorreram com mudança de endereço da farmácia para área física adequada para as atividades, aquisição de recursos materiais como equipamentos, prateleiras, armários e geladeiras para armazenamento dos produtos, aquisição de ar-condicionado para climatização do ambiente, construção de guichês individuais e com acessibilidade para o atendimento e ainda melhoria da estrutura organizacional com elaboração de fluxograma de trabalho, implantação de processos de controles e registros, ampliação no quadro de funcionários, realização de treinamento com a equipe, resultando na humanização do atendimento.

Considerações finais

Um dos grandes desafios do poder público é a garantia de acesso ao tratamento medicamentoso. Com a adequação da gestão e execução do serviço, melhoria de fluxo, processo de trabalho e ainda ambiente, a Prefeitura de São José dos Campos proporcionou ao munícipe e colaboradores a humanização do atendimento e garantia do acesso ao medicamento com qualidade e, ainda, vinculado aos serviços farmacêuticos.

Agradecimentos

Este trabalho só foi possível graças a uma disposição modificadora da gestão municipal. O prefeito, sr. Carlos de Almeida, o secretário de Saúde, Dr. Paulo Roitberg e Dra. Ana Carolina Martins, secretária adjunta de Saúde, tiveram papéis importantes e decisivos na mudança física e institucional das atividades. A eles nossos agradecimentos com a certeza de que conseguimos avançar na qualificação da saúde local.

Referências

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Congresso Nacional; 1988.
2. Brasil. Lei Federal nº 8080, 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. Brasília: Diário Oficial da União; 20 set 1990. Seção 1, p. 18055- 18059.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde (DF). Departamento de Atenção Básica (DF). Política nacional de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva (DF). Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (DF). Humaniza SUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (DF). Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (DF). Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do componente especializado de assistência farmacêutica no âmbito do SUS. Brasília: Diário Oficial da União; 30 jul 2013. Seção 1, p. 69.
7. Conselho Federal de Farmácia (BR). Conselho Regional de Farmácia (PR). A assistência farmacêutica no sistema único de saúde. Brasília: Comissão de Saúde Pública do Conselho Federal de Farmácia; 2010.
8. Matus C. Planejamento estratégico situacional. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública; 1997.
9. Santos GF. Política de assistência farmacêutica e o setor produtivo estatal farmacêutico: o caso da Fundação para o Remédio Popular de São Paulo - FURP [internet]. Campinas: Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas; 1996. [acesso em 15 jun 2015]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000106314>

Implantação da sala de curativos no município de Campos do Jordão

Implementation of Curative Room in the Municipality of Campos do Jordão

Hosana Alice de Freitasⁱ
Cristiane Bueno de Souzaⁱⁱ

Resumo

As feridas estabelecem um sério problema de saúde pública e gera tratamento que demanda tempo e custos. Representam um impacto socioeconômico que contribui para onerar os cofres públicos, então se notou a importância de obter um local adequado para prestar atendimento especializado aos indivíduos portadores de lesão, e principalmente atendê-los com uma visão holística, o que é fundamental para o sucesso do tratamento, melhorando a qualidade de vida e diminuindo gastos públicos.

Palavras-chave: Procedimento Curativo, Enfermagem, Saúde Pública.

Abstract

Wounds are a serious public health problem and their treatment takes time and costs money. They represent a socioeconomic impact that contributes to burden the public coffers, therefore it was noted the importance of getting a suitable place to provide specialized care to individuals with wounds, and mainly serve them with a holistic view, which is critical to the treatment success, improving life quality and reducing public spending.

Keywords: Therapeutics, Nursing, Public Health.

ⁱ Hosana Alice de Freitas (hosana.freitas@bol.com.br) é enfermeira, especialista em Enfermagem do Trabalho e em Saúde da Família e enfermeira da Sala de Curativos da Prefeitura de Campos do Jordão/SP.

ⁱⁱ Cristiane Bueno de Souza (psfcamposdojordao@gmail.com) é enfermeira, especialista em Docência Ensino Médio e Superior na Área da Saúde e coordenadora da Estratégia de Saúde da Família de Campos do Jordão/SP.

Introdução

Cuidar de feridas sempre pareceu ser muito simples. Tão simples que dificilmente era prioridade no tratamento do paciente. Qualquer pessoa podia fazer o curativo e utilizar o que tinha disponível. Há séculos, já se reconhecia a importância de proteger a ferida e evitar que se complicasse. O tratamento das feridas tinha como objetivo propiciar a cicatrização no menor tempo possível¹. Na pré-história, vários agentes como extratos de plantas, água, cinzas, cauterização com óleos ferventes ou ferro quente, gelo, frutas, lama, desinfecção com álcool eram utilizados no tratamento de feridas². Com o passar do tempo e com a evolução das civilizações, outros métodos passaram a ser empregados.

As feridas estabelecem um sério problema de saúde pública e gera tratamento que demanda tempo e custos, devido à longevidade da existência da lesão. Representam um impacto socioeconômico que contribui para onerar os cofres públicos com tratamento prolongado, gerando também impacto na qualidade de vida do indivíduo. O tratamento de feridas se refere à proteção de lesões contra a ação de agentes externos físicos, mecânicos ou biológicos, tendo como objetivo reduzir, prevenir e/ou minimizar os riscos de complicações decorrentes.

Curativo ou cobertura é definido como um meio terapêutico que consiste na limpeza e aplicação de material sobre uma ferida para proteção³. Antes da seleção e aplicação de um curativo, é necessária uma avaliação completa da ferida, do seu grau de contaminação, da maneira como esta ferida foi produzida, dos fatores locais e sistêmicos e da presença de exsudato, como forma de agilizar o processo de cicatrização e proteger a ferida. Devemos levar em consideração as crenças da pessoa portadora de lesão, Oliveira apontou que no âmbito da enfermagem, conhecer as crenças acumuladas pelos pacientes é imprescindível para direcionar o cuidado⁴.

Sabe-se que o profissional de enfermagem possui um papel fundamental no que se refere ao cuidado holístico do paciente, como também desempenha um trabalho de extrema relevância no tratamento de feridas, uma vez que tem maior contato com o mesmo, acompanha a evolução da lesão, orienta e executa o curativo, bem como detém maior domínio desta técnica, em virtude de ter na sua formação componentes curriculares voltados para esta prática e da equipe de enfermagem em desenvolvê-la como uma de suas atribuições⁵.

O tratamento engloba uma série de ações, sendo o curativo um dos tratamentos mais utilizados, com a finalidade de melhorar as condições do leito da ferida, sua escolha deve ser baseada no conhecimento das bases fisiopatológicas da cicatrização, não esquecendo do quadro sistêmico do paciente. Segundo Mandelbaum, a avaliação geral do cliente é um dos fatores mais importantes do processo de tratamento de feridas, pois toda e qualquer proposta de intervenção deve levar em conta não só a lesão a ser tratada, mas o portador da mesma, com suas características e necessidades⁶.

Nota-se também a importância de se manter um relacionamento terapêutico entre a equipe e o cliente, e esse relacionamento terapêutico deve ser baseado no respeito mútuo e dignidade, ressaltando que os membros da equipe devem ter consciência da responsabilidade de indicar um tratamento adequado, bem como ter humildade em reconhecer as próprias limitações e realizar encaminhamentos para outros profissionais, sempre que necessário.

Visando a apoiar e aperfeiçoar a atenção aos pacientes portadores de lesão de uma forma mais especializada, viu-se a necessidade de implantação de uma sala de curativos com principal característica tratar o indivíduo de forma integral e humanizada, através dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Objetivo

Esta proposta teve por objetivo implantar um local para assistência aos portadores de lesão crônica que estão em tratamento sem sucesso nas unidades de saúde ou outras feridas complexas de forma integrada e humanizada. Outra perspectiva é fornecer apoio técnico às equipes de saúde em relação ao tratamento de lesões de forma contínua, através de avaliação dos clientes e fornecimento de materiais necessários ao tratamento.

Metodologia

Em Campos do Jordão as feridas constituem um problema de saúde pública devido ao número de pessoas com alterações na integridade da pele, contribuindo para onerar o gasto público, além de interferir na qualidade de vida da população. Entre os diversos tipos de lesões, as mais frequentemente encontradas nos serviços da rede básica de saúde são as úlceras venosas, as arteriais, as hipertensivas, as de pressão e as neurotróficas, geralmente de longa evolução e de resposta terapêutica variável. Devido à situação encontrada, viu-se a necessidade de elaborar um projeto para implantação de uma sala de curativos no município.

A proposta foi feita pelas enfermeiras Hosana Alice de Freitas e Cristiane Bueno de Souza e apresentada aos gestores.

Após a aprovação, iniciou-se a reforma e adequação de uma sala no Centro de Especialidades Médicas. A equipe de enfermagem, composta por uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem, realizou um levantamento juntamente com a equipe de saúde da família dos portadores de lesão. A Prefeitura entregou à população, no dia 19 de dezembro de 2014, um novo espaço para curativos mais complexos. A sala funciona no Centro de Especialidades Médicas e recebeu o nome do consagrado dermatologista prof. Dr. Nelson

Guimarães Proença, que há oito anos está radicado na cidade. A nova sala conta com uma sala de espera, um consultório, um local para procedimentos, uma sala de desinfecção e uma sala de esterilização de materiais.

O local foi construído e equipado com verba do Programa de Melhora de Acesso e Qualidade na Atenção Básica. A sala possui autoclave, destiladora, seladora, micro-ondas, novos equipamentos e instrumentos, além de uma série de produtos de cobertura, de Terapia Tópica Avançada. Outro diferencial é a capacitação da equipe, que foi especialmente treinada para este fim, utilizando técnicas que ajudam os pacientes em áreas específicas, promovendo melhoria das condições físicas e psicológicas para a reintegração ao seu meio social, além de reduzir a recorrência dessas lesões.

Com a capacitação e os equipamentos, a unidade também é referência para oferecer suporte às pessoas acometidas pela hanseníase e portadores de diabetes, além de curativos de grande porte, como no caso de queimados e acidentados. A sala também recebe pacientes com dificuldade em cicatrização e com problemas vasculares mais graves, que são encaminhados através de guia de referência e contra referência das Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde. Os pacientes são avaliados pela enfermeira através da consulta de enfermagem, previamente agendada, onde é estabelecido o tratamento adequado para cada caso. Os clientes participam de grupos com a psicóloga e são encaminhados a equipe multiprofissional de acordo com a necessidade. Alguns casos complexos são acompanhados pelo Ambulatório Regional de Especialidades de Taubaté. Os Postos de Saúde dos Bairros continuam realizando os curativos simples.

Também são atendidos na sala pacientes da Zona Rural e de áreas da cidade que não dispõem de unidades de saúde.

Desde o início dos trabalhos observa-se boa evolução das lesões sendo que alguns clientes com lesões há anos já receberam alta por cura. O local foi pensado, em cada detalhe, para bem acolher o indivíduo que precisa de uma atenção especial.

Resultados

Os curativos devem ser adaptados ao paciente, à lesão e ao contexto da prática, a medida que a cicatrização avança, o curativo deve ser modificado para facilitar o processo de cicatrização, portanto, é necessária uma avaliação constante para sucesso no tratamento. Contudo, sabemos que para o cuidado de pacientes com feridas é necessária a atuação de uma equipe multidisciplinar a fim de que as ações terapêuticas possam ser integradas. Já se observa como resultado: alta por cura, boa evolução em pacientes que vinham há alguns anos sem melhora, redução do número de curativos, economia para o serviço de saúde e pacientes, facilidade da aplicação do tratamento.

Considerações finais

Percebemos a importância de obter um local adequado para prestar atendimento especializado aos indivíduos portadores de lesão, e principalmente atendê-los com uma visão holística. Nota-se também que o vínculo estabelecido com os profissionais que realizam o cuidado com a ferida é de fundamental importância para o sucesso do tratamento, melhorando a qualidade de vida e diminuindo gastos públicos.

Referências

1. Enfermagem: curativos e feridas. A história das feridas [internet]. [acesso em 9 fev 2015]. Disponível em: <http://enfermagemcurativos.blogspot.com.br/2012/06/historia-das-feridas.html>
2. Faculdade Pernambucana. Projeto de Implementação do Programa de Atenção ao Paciente Portador de Ferida na Clínica de Saúde. Pernambuco;s.d.
3. Instituto Base de Conteúdos e Tecnologias Educacionais. A trajetória histórica do tratamento de feridas crônicas [internet]. Paraná; [acesso em 9 fev 2015]. Disponível em: <http://www.ibacbrasil.com/noticias/farmacia/a-trajetoria-historica-do-tratamento-de-feridas-cronicas>
4. Mandelbaum SH, Di Santis EP, Mandelbaum MHS. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares - parte I. An Bras Dermatol [internet]. 2003 jul-ago [acesso em 9 fev 2015];78(4):393-410. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962003000400002
5. Morais GFC, Oliveira SHS, Soares MJGO. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. Texto contexto-enferm [internet]. 2008 jan-mar [acesso em 9 fev 2015];17(1):98-105. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/tce/v17n1/11.pdf>
6. Oliveira ECM, Poles K. Crenças do paciente com ferida crônica: uma análise discursiva. Rev Min Enf [internet]. 2006 out-dez [acesso em 9 fev 2015];10(4): 354-60. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/429>
7. Smaniotto PHS, Ferreira MC, Isaac C, Galli R. Sistematização de curativos para o tratamento clínicos de feridas. Rev Bras Cir Plást [internet]. 2012 [acesso em 09 fev 2015];27(4):623-6. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1983-51752012000400026&pid=S1983-51752012000400026&pdf_path=rbc/v27n4/26.pdf&lang=pt

Recorrência de tuberculose como indicador operacional de efetividade do Programa do município de Carapicuíba

Recurrence of Tuberculosis as an operating indicator of effectiveness of the Program of the municipality of Carapicuíba

Amadeu Antonio Vieiraⁱ

Solange Andreoniⁱⁱ

Simone Augusta Marques de Monteapertoⁱⁱⁱ

Resumo

A tuberculose (TB) uma das doenças mais antigas da humanidade é ainda um grande problema de saúde pública mundial, mesmo existindo tratamento eficaz, é considerada uma emergência mundial desde 1993. O retratamento da TB pode ser devido ao reingresso no sistema por abandono ou recorrência (RTB), o primeiro serve como indicador do tratamento atual, é prontamente identificado pelas equipes de saúde, contudo a recorrência pode ser um indicador da efetividade, da atenção dada aos pacientes no passado com repercussão no futuro tanto para a população quanto para o indivíduo, factível de implementação pela vigilância epidemiológica.

Palavras-chave: Tuberculose. Recorrência. Vigilância Epidemiológica.

Abstract

Tuberculosis (TB) one of the oldest known diseases and one of the major global public health problem, even though there is effective treatment, and still a global emergency since 1993. TB retreatment may be due to re-enter the system by default treatment or recurrence (RTB), the first one serves as an indicator of current treatment, and readily identified by health teams, but RTB can be an indicator of the effectiveness of care provided to patients in the past with repercussions in the future both for the population and for the individual and its implementation is feasible by epidemiological surveillance team.

Keywords: Tuberculosis, Recurrence, epidemiological surveillance

ⁱ Amadeu Antonio Vieira (vieiratb@gmail.com) é graduado em Odontologia, interlocutor do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) do município de Carapicuíba/SP, PhD em Saúde Coletiva pelo Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e professor adjunto da Universidade Anhanguera de São Paulo.

ⁱⁱ Solange Andreoni (solange.andreoni@unifesp.br) é graduada em Estatística e PhD em Bioestatística pela Universidade da Carolina do Norte e professora de Bioestatística do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

ⁱⁱⁱ Simone Augusta Marques de Monteaperto (saude@carapicuiiba.sp.gov.br) é graduada em Odontologia, pós-graduanda em MBA Gestão em Saúde, pela Fundação Getúlio Vargas e secretária de Saúde do município de Carapicuíba/SP.

Introdução e justificativa

Denominada como uma doença negligenciada, a tuberculose (TB) é uma das doenças mais antigas que acomete o homem e considerada a doença infecciosa que mais óbitos provocou em toda a história da humanidade. Em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a TB como emergência mundial e recomendou a implantação da Estratégia “Tratamento Supervisionado, conhecido como DOTS (*directly observed treatment short-course*) nos programas de controle da TB (PCT) para melhorar a detecção dos casos bacilíferos pela busca ativa de sintomáticos respiratórios, aumentar a adesão ao tratamento, que é padronizado e gratuito pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, e alcançar uma taxa de cura de no mínimo 85% para interromper a cadeia de transmissão e controlar essa doença. Contudo, ainda em pleno século XXI a TB permanece um grande problema de saúde pública principalmente nos países subdesenvolvidos, que concentram mais de 80% dos casos do mundo. Segundo estimativas da OMS em seu último relatório de 2014, para o ano de anterior foi estimado 9 milhões de casos novos com incidência aproximada de 126/100.000 habitantes; contudo, pouco mais de 66% dos casos novos estimados foram notificados e tratados^{1,2,3,4,5}.

O termo “recorrência de tuberculose” (RTB) ou “tuberculose recorrente” reporta-se a uma situação na qual um paciente previamente tratado e considerado “curado” (cura confirmada ou não) desenvolve um segundo episódio da doença, conforme definição da OMS⁴. Essa situação pode ser utilizada como um importante indicador da eficácia do tratamento de TB como também identificar possíveis falhas nas atividades de controle da doença pelos PCT, contudo o seguimento e a vigilância dos casos de TB após o término do tratamento não são ações programáticas em nossa realidade. Salientamos que os esquemas de tratamento para RTB são mais dispendiosos, muito mais tóxicos, com

taxas de cura inferiores quando comparados aos casos novos que utilizam drogas de primeira linha e possibilidade de desenvolvimento de resistência a esses fármacos, podendo exceder os recursos financeiros destinados ao custeio dos programas, principalmente nos 22 países com maior carga de TB no mundo, particularmente nos chamados BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) que concentram mais de 50% dos casos do globo^{4,5,6}.

O MS, em consonância com o princípio da descentralização do SUS, vem pactuando metas sanitárias com seus entes federativos como o Pacto pela Vida, Defesa do SUS e o Pacto de Gestão, integrando uma rede de serviços, cabendo principalmente ao gestor municipal desenvolver ações e serviços de controle da TB preferencialmente pela atenção básica, adequados à sua realidade epidemiológica, política e social. Nesse sentido pode haver variações no que se refere ao plano de investimento e nos resultados dos PCTs. Os indicadores operacionais de TB são aqueles que mensuram a eficiência dos programas e serviços, sendo os mais utilizados as taxas de cura, abandono e óbito. O retratamento da TB pode ser devido ao reingresso no sistema por abandono do tratamento ou recorrência (RTB), o primeiro pode servir como indicador do tratamento atual, e prontamente identificado pelas equipes de saúde e vigilância dos municípios, contudo a RTB poderia ser um indicador da efetividade da atenção dada aos pacientes no passado e com repercussão para o futuro, tanto em nível individual (para o doente) quanto no coletivo por perpetuar a cadeia de transmissão, aumento no risco de infecção e adoecimento dos indivíduos da comunidade^{7,8,9}.

Objetivos

Verificar a taxa de recorrência do PCT do município de Carapicuíba, comparando-o com as taxas e parâmetros internacionais; identificar possíveis fatores

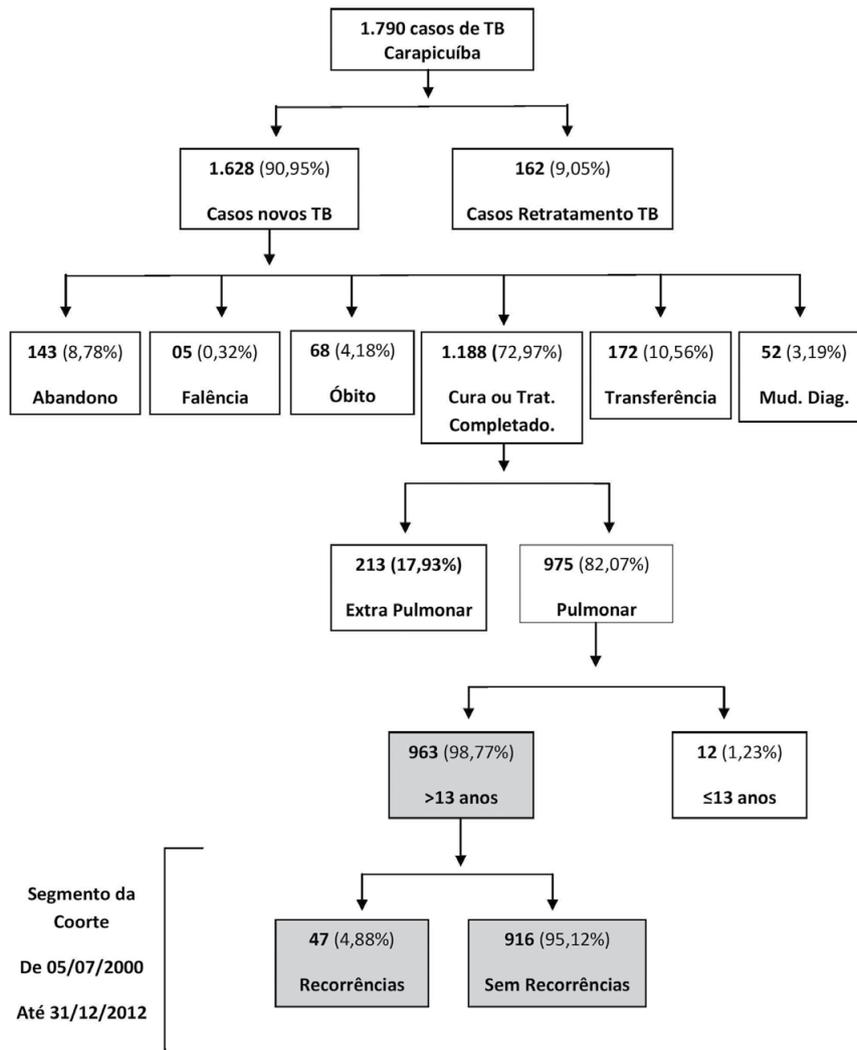
de risco de RTB que possam ser utilizados para aperfeiçoar a vigilância epidemiológica dos casos tratados com sucesso nos Sistemas Municipais de Saúde.

Metodologia

O presente estudo conduzido em Carapicuí-

ba é parte de uma pesquisa epidemiológica maior, coorte retrospectiva de base populacional formada de primeiro de janeiro de 2000 até 31 de dezembro de 2010. Todos os casos novos de TB pulmonar (TBP) e que receberam alta do tratamento (alta cura confirmada ou não) foram selecionados e seguidos até 31 de dezembro de 2012 (figura 01).

Figura 1 – Diagrama de Coorte de tuberculose pulmonar do Programa de controle da tuberculose do município de Carapicuíba, 2000-2010.



O município de Carapicuíba é uma cidade dormitório da região metropolitana da Grande São Paulo, menor IDH da região do GVE5 – Osasco, com apenas 35 km², 369.908 habitantes, segundo o último censo, é uma das maiores densidades popu-

lacionais do país com 10.576 hab./km². O PCT municipal iniciou suas atividades na década de 1990 e desde então é município considerado prioritário pelo MS, segundo critérios epidemiológicos (incidência, mortalidade e associação com HIV).

Para a formação do banco de dados da coorte utilizamos relatórios específicos do sistema de informação de notificação e acompanhamento dos casos de TB utilizados pelo Estado de São Paulo, Epi-TB e o TBweb, identificando os prontuários médicos para a coleta de dados em questionários específicos que foram digitados no pacote estatístico EPI-INFO 2000 versão 3.3[®]. A variável dependente foi considerada a RTB. As variáveis independentes foram divididas em blocos: 1 – sociodemográficos, 2 – comorbidades, 3 – sinais e sintomas, 4 – clínicas, 5 – equipamentos de saúde do diagnóstico e 6 – acompanhamento do tratamento.

O seguimento da coorte foi realizado pelos prontuários médicos, contato telefônico ou “*linkage*” nos seguintes Sistemas de Informações em Saúde: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do MS e Epi-TB e TBweb segundo nome, data de nascimento do paciente e respectiva genitora com o aplicativo Excel-2007[®]. A análise univariada foi realizada em tabelas de distribuição de frequência e teste Log-Rank a partir de gráficos pelo método de Kaplan-Meier.

As variáveis independentes possivelmente associadas à variável dependente foram então incluídas em modelo de regressão múltipla de Cox, hierarquizado segundo blocos para o cálculo da medida de

associação, *hazard ratio ajustado* (HR_{aj}) para controle de variáveis de confundimento utilizando o pacote estatístico SPSS20[®]. Neste modelo de análise iniciamos pelas variáveis distais (natas dos indivíduos) até chegarmos às variáveis proximais (inatas dos indivíduos) em conformidade com um modelo teórico robusto dos diferentes níveis de uma rede multicausal, adaptado de Victora¹⁰. As variáveis independentes com valor “ $p \leq 0,20$ ” da análise univariada foram incluídas no modelo em etapas por blocos, levando-se em consideração o valor de significância “ $p \leq 0,20$ ” até a última etapa. Permaneceram no modelo final as variáveis associadas com RTB com nível de significância “ $p \leq 0,05$ ” e respectivo HR_{aj} . Os detalhamentos da metodologia da pesquisa como critérios de inclusão e exclusão das variáveis, análise estatística e resultados completos estão na pesquisa epidemiológica original, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, protocolo n° 0690/1¹¹.

Resultados

Ao final do período de seguimento foram identificados 4,88% de RTB. Dentre os 47 casos de recorrência, o tempo médio entre os dois episódios foi de 3,01 anos com variação de 0,21 a 8,17 anos. A média da idade da coorte foi de 37,08 anos, o indivíduo mais jovem tinha 13 anos de idade, e o mais idoso, 95 anos.

Tabela 1 – Distribuição de frequência e análise de Log Rank das variáveis de interesse da vigilância epidemiológica da coorte de tuberculose do PCT de Carapicuíba, 2000-2010.

VARIÁVEIS	Total		RECORRENCIA TB				Log Rank (Mantel-Cox)	
	N	%	NÃO		SIM		qui-quadrado	valor p
TOTAL	963	100,00	916	95,12	47	4,88		
Bloco 01								
SEXO							3,99	0,046
Masculino	586	60,85	551	94,00	35	6,00		
Feminino	377	39,15	365	96,82	12	3,18		
FAIXA ETÁRIA							3,86	0,145
de 13 a 29 anos	353	36,66	329	93,20	24	6,80		
de 30 a 44 anos	310	32,19	298	96,13	12	3,87		
45 anos e mais	300	31,15	289	96,33	11	3,67		

ESCOLARIDADE							0,04	0,982
até 3 anos de estudo	155	16,10	147	94,84	8	5,16		
de 4 até 7 anos de estudo	383	39,77	365	95,30	18	4,70		
mais de 8 anos de estudo	425	44,13	404	95,06	21	4,94		
OCUPAÇÃO							3,10	0,212
Desempregado	77	8,00	70	90,91	7	9,09		
Empregado	709	73,62	676	95,34	33	4,66		
Outros	177	18,38	170	96,05	7	3,95		
Bloco 02								
DIABETES							1,95	0,162
Não	872	90,55	832	95,41	40	4,59		
Sim	91	9,45	84	92,31	7	7,69		
DOENÇA PULMONAR								
Não	930	96,57	887	95,38	43	4,62	3,50	0,062
Sim	33	3,43	29	87,88	4	12,12		
HIV							1,35	0,246
Não	940	97,61	895	95,21	45	4,79		
Sim	23	2,39	21	91,30	2	8,70		
DROGADIÇÃO							33,50	0,000
Não	940	97,61	899	96,54	41	4,36		
Sim	23	2,39	17	73,91	6	26,09		
Bloco 03								
TOSSE							0,01	0,939
Não	19	1,97	18	94,74	1	5,26		
Sim	944	98,03	898	95,13	46	4,87		
FEBRE							3,27	0,071
Não	255	26,48	247	96,86	8	3,14		
Sim	708	73,52	669	94,49	39	5,51		
SUDORESE							6,87	0,009
Não	272	28,25	265	97,43	7	2,57		
Sim	691	71,75	651	94,21	40	5,79		
EMAGRECIMENTO							0,00	0,960
Não	239	24,82	227	94,98	12	5,02		
Sim	724	75,18	689	95,17	35	4,83		
Bloco 04								
TB BACILIFERO							1,22	0,270
Não	247	25,65	238	96,36	9	3,64		
Sim	716	74,35	678	94,69	38	5,31		
CULTURA ESCARRO							0,21	0,648
Negativa	450	46,73	432	96,00	18	4,00		
Positiva	513	53,27	484	94,35	29	5,65		
RX TÓRAX							1,03	0,310
Não	418	43,41	401	95,93	17	4,07		
Sim	545	56,59	515	94,50	30	5,50		
Bloco 05								
DESCOBERTA CASO							1,33	0,249
Encaminhado	818	84,94	775	94,74	43	5,26		
Espontaneo	145	15,06	141	97,24	4	2,76		
TIPO ESTABELECIMENTO							2,57	0,109
Ambulatório	593	61,58	570	96,12	23	3,88		
PS/Hosp	370	38,42	346	93,51	24	6,49		
TIPO SERVIÇO							2,08	0,149
Publico	809	84,01	766	94,68	43	5,32		
Privado	154	15,99	150	97,40	4	2,6		

Bloco 06								
TDO							4,54	0,103
Nenhuma	305	31,67	283	92,79	22	7,21		
De uma até 71 doses	145	15,06	135	93,10	10	6,90		
De 72 a mais doses	513	53,27	498	97,08	15	2,92		
TIPO DE ALTA							0,33	0,568
Completo Tratamento	729	75,70	695	95,34	34	4,66		
Cura Confirmada	234	24,30	221	94,44	13	5,56		
EVENTOS ADVERSOS							12,44	0,000
Não	702	72,90	677	96,44	25	3,56		
Sim	261	27,10	239	91,57	22	8,43		

Em relação às principais características sociodemográficas da coorte, bloco 01, houve predomínio do sexo masculino (60,85%), faixa etária predominante de 13 a 29 anos de idade (36,66%), 55,87% dos pacientes tinham menos de 7 anos de estudos. Com relação à ocupação, a maioria apresentava emprego fixo, destes 13 indivíduos (1,83%) eram trabalhadores da área de saúde.

As características do bloco 02, comorbidades, 453 pacientes (47%) apresentavam pelo menos uma patologia ou hábito deletério concomitante à TB. A prevalência do diabetes mellitus (DM) era de 9,45%, doenças pulmonares crônicas (DPC) 3,43%. Com idêntica prevalência observamos coinfeção pelo HIV e usuários de drogas ilícitas (2,39%). Das variáveis do bloco 03, sinais e sintomas, a tosse foi o sinal mais prevalente em 98,03% dos pacientes, seguido por emagrecimento 75,18%, febre 73,52% e sudorese noturna 71,75%.

Das variáveis segundo critérios clínicos do episódio prévio à RTB, bloco 04, 74,35% apresentava baciloscopia positiva de escarro ao diagnóstico, denominados bacilíferos (N=716). Outro exame bacteriológico analisado foi a cultura de escarro, dos quais pouco mais da metade dos indivíduos (53,27%) tiveram crescimento bacilar com identificação do *Micobacterium tuberculosis*. Ao exame radiológico de tórax, técnica posteroanterior, observou-se comprometimento bilateral em 545 pacientes (56,59%), em 373 pacientes foi possível identificar uma ou mais imagens su-

gestivas de cavitações no parênquima pulmonar.

Nas variáveis do bloco 05, equipamentos de saúde de diagnóstico dos casos anterior à recorrência, a maior proporção deles foi encaminhada ao PCT municipal por outros estabelecimentos de saúde e somente uma minoria compareceu por demanda espontânea, respectivamente 84,94% e 15,06%. As unidades ambulatoriais referenciaram 61,58% dos casos (N=593) quando comparados aos casos originados das unidades de urgência/emergência ou hospitais e estes últimos equipamentos de saúde diagnosticaram 12,98% dos pacientes durante internação (N=125). Os estabelecimentos públicos diagnosticaram 84,01% (N=809) dos episódios prévios à RTB.

Analisando as variáveis do bloco 06, acompanhamento do tratamento, 658 pacientes realizou o DTO e destes 77,96% ingeriram mais de 71 doses supervisionadas, 24,30% tiveram alta cura confirmada e 27,10% foram identificadas reações adversas sendo 97,70% destes do tipo menor. Após análise multivariada identificamos as seguintes variáveis com riscos proporcionais significantes de interesse para o presente estudo: **sexo masculino** (HR=2,48); **idade $\geq 13 \leq 29$ anos** (HR=3,39), **comorbidades**: diabetes mellitus (HR=2,80), doença pulmonar crônica (HR=3,73) e dependência química (HR=8,78), **ingerir menos de 72 doses supervisionadas** (HR=3,22) e **eventos adversos** durante o tratamento de TB (HR=3,23) (Tabela 02).

Tabela 2 – Análise multivariada das variáveis de interesse da vigilância epidemiológica da coorte de tuberculose do PCT de Carapicuíba, 2000-2010.

VARIÁVEIS	Hazard Ratio Bruto	IC* (95%)	Hazard Ratio Ajustado	IC* (95%)
SEXO				
Masculino	1.93	(1,01;3,71)	2.48	(1,17;5,27)
Feminino	1		1	
FAIXA ETÁRIA				
de 13 a 29 anos	1.78	(0,87;3,64)	3.39	(1,46;7,88)
de 30 a 44 anos	1.02	(0,45;2,32)	1.23	(0,51;2,96)
45 anos e mais	1		1	
DIABETES				
Não	1		1	
Sim	1.76	(0,79;3,93)	2.8	(1,14;6,86)
DOENÇA PULMONAR				
Não	1		1	
Sim	2.57	(0,92;7,15)	3.73	(1,29;10,82)
DROGADIÇÃO				
Não	1		1	
Sim	8.39	(3,54-19,90)	8.78	(3,19;24,15)
TDO				
Nenhuma	2.29	(1,03;5,10)	1.80	(0,88;3,66)
De uma até 71 doses	1.63	(0,83;3,22)	3.22	(1,38;7,54)
De 72 a mais doses	1		1	
EVENTOS ADVERSOS				
Não	1		1	
Sim	2.7	(1,52;4,79)	3.23	(1,76;5,91)

Nota: * IC - Intervalo de Confiança

Discussão

Pelo exposto no presente trabalho, a RTB está associada a um grande número de variáveis, sendo um indicador específico que merece ser estudado e avaliado pela academia¹² e deveria ser utilizado pelos gestores dos PCT's nos 3 níveis do SUS. Nos últimos anos o município de Carapicuíba atingiu as metas de cura ($\geq 85\%$) e abandono ($\leq 5\%$) sendo premiado nos Fóruns estaduais pela Divisão Controle da TB da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo desde 2007, após a implantação da estratégia DOTS a partir de 2004.

A taxa de RTB da coorte realizada no PCT de Carapicuíba está dentro dos valores preconizados como aceitáveis pela literatura médico-científica, valor este de 5% ^{13,14}, confirmando os bons indicadores operacionais tradicionais alcançados pelo

PCT do município (cura e abandono). Analisando a recorrência em localidades nacionais, no município de São Gonçalo observou-se uma taxa de 8% , para o Estado do Rio de Janeiro estimou-se um percentual de 5 a 6% e no Estado de São Paulo, em torno de 5% ¹².

Assim, todos os PCTs teriam como fundamento promover o controle da TB no seu território de abrangência, interrompendo a transmissão da doença e a consequente redução dos riscos da população adoecer e morrer por ela, seja pela busca ativa de sintomáticos respiratórios na população (estimativa de 1%), diagnosticar no mínimo 90% dos casos bacilíferos e curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados. Contudo, o seguimento e vigilância epidemiológica dos casos mais vulneráveis em desenvolver RTB deveriam ser programáticos e

rotina, possibilitando interromper prontamente a cadeia de transmissão, com benefícios para a população geral e evitando sequelas ou óbitos com prejuízos coletivos e individuais¹⁵.

A Vigilância Epidemiológica, como definida pelo MS, é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e dados sobre a saúde individual e coletiva com o objetivo de subsidiar a adoção de medidas de promoção, prevenção e controle de doenças ou agravos à saúde, e da análise desses dados será gerada o que é denominada “informação para ação”¹⁶. Sem um diagnóstico epidemiológico da situação atual do problema de saúde não é possível planejar e executar ações adequadas, resultando em perda de tempo e desperdício de recursos financeiros¹².

Da mesma forma, deve haver boa qualidade dos dados nos sistemas de informação. Uma boa qualidade de informações só é possível a partir de dados fidedignos, fundamental na avaliação dos programas, pois permite conhecer a magnitude do problema de saúde e instituir medidas de prevenção e controle eficazes. A baixa qualidade das informações também impede a identificação se ações foram realizadas adequadamente, com prejuízos financeiros e epidemiológicos para a população¹⁶.

O Serviço de Vigilância Epidemiológica é fundamental nesse processo de controle da TB, haja vista ter como objetivo e responsabilidade o conhecimento e dos casos que ocorrem na população, o acompanhamento e adesão ao tratamento até a saída do paciente do programa pelo sistema de informação SINAN, no Estado de São Paulo TBweb, avaliação dos principais indicadores operacionais, além de identificar falhas e dificuldades encontradas propondo alternativas para a superação desses entraves.

possível e deveria ser incorporado como mais um indicador operacional, avaliando a efetividade das atividades de controle da TB ao longo do tempo (análise longitudinal) e acompanhar os indivíduos com maior risco e vulnerabilidade em desenvolver um segundo episódio de TB.

Considerações finais

Concluimos que a utilização da taxa de RTB é

Referências

1. Braga JU. Vigilância epidemiológica e sistema de informação da tuberculose no Brasil, 2001-2003. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(Suppl. 1):77-88.
2. Cox H, Kebede Y, Allamuratova S, Ismailov G, Davletmuratova Z, Byrnes G, et al.. Tuberculosis recurrence and mortality after successful treatment: Impact of drug resistance. *PLoS Med*. 2006;3(10):1836-43.
3. Datiko DG, Lindtjorn B. Tuberculosis recurrence in smear-positive patients cured under DOTS in southern Ethiopia: retrospective cohort study. *BMC Public Health*. 2009;9:348.
4. Dooley KE, Lahlou Q, Ghali I, Knudsen J, Elmessaoudi MD, Cherkaou I, El Aouad R. Risk factors for tuberculosis treatment failure, default or relapse and outcomes of retreatment in Morocco. *BMC Public Health*. 2011;11:140.
5. Feitoza DS, Clares JWB, Rodrigues LV, Almeida PC. Vigilância Epidemiológica no contexto do programa de controle da tuberculose: limites e possibilidades. *Rev Rene*. 2012;13(5):1066-74.
6. Hajar MA, Gerhardt G, Teixeira GM, Procópio MJ. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(Suppl 1):50-8.
7. Millet JP, Orcau A, de Olalla PG, Casals M, Caylà JA. Tuberculosis recurrence and its associated risk factors among successfully treated patients. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63(10):799-804.
8. Millet JP, Orcau A, Olalla PG, Casals M, Rius C, Caylà JA. Tuberculosis recurrence and its associated risk factors among successfully treated patients. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63(10):799-804.
9. Millet JP, Shaw E, Orcau A, Casals M, Miró JM, Caylà JA. Tuberculosis recurrence after completion treatment in a European city: reinfection or relapse?. *PLoS One*. 2013;8(6):e64898.
10. Panjabi R, Comstock GW, Golub JE. Recurrent tuberculosis and its risk factors: adequately treated patients are still at high risk. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2007;11 (8):828-37.
11. Ruffino-Neto A. Recidiva da tuberculose. *J Bras Pneumol*. 2007;33(5): xxvii-xxviii.
12. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997;26(1):224-7.
13. Vieira AA. Fatores associados à recorrência de tuberculose e óbito pós-tratamento no município de Carapicuíba [tese de doutorado]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo; 2015.
14. Vynnycky E, Borgdorff MW, Leung CC, Tam CM, Fine PE. Limited impact of tuberculosis control in Hong Kong: attributable to high risks of reactivation disease. *Epidemiol Infect*. 2008;136(7):943-52.
15. World Health Organization. *Global Tuberculosis Report 2014*: WHO. Geneva: 2014.
16. Yamamura M, Santos Neto M, Freitas IM, Rodrigues LBB, Popolin MP, Uchoa SAC et al. Tuberculose e iniquidade social em saúde: uma análise ecológica utilizando técnicas estatísticas multivariadas, São Paulo, Brasil. *Rev Latino-am Enfermagem* [online]. 2014; 35: (4): 207-277.

Estratégias de fortalecimento do Conselho Local de Saúde da Unidade Básica de Saúde “Wilma Delphina de Oliveira Garotti” - Vila Tibério

Strengthening strategies of the Local Health Council of the “Wilma Delphina de Oliveira Garotti” - Vila Tibério Basic Health Unit

Elisabete Rissato Narcisoⁱ

Antonio Luiz Cabralⁱⁱ

Resumo

O presente trabalho trata-se de um projeto de intervenção que visa fortalecer o Conselho Local de Saúde da Unidade Básica de Saúde Vila Tibério e objetiva refletir sobre a importância da articulação entre espaços públicos para a efetivação da participação e controle social, relatando sobre a importância do Conselho Local de Saúde (CLS) no serviço SUS, com efetiva participação na gestão das políticas de saúde da Unidade Básica de Saúde da Vila Tibério em Ribeirão Preto. O caminho metodológico utilizado para elaboração deste projeto foi: pesquisa bibliográfica sobre os temas de participação social, controle social, sistema único de saúde e relato de experiência da atuação do CLS, com propostas de estratégias de intervenção. Os resultados sugerem que após as propostas de intervenção, houve um aumento dos usuários com efetiva participação nas reuniões do Conselho Local, provando que os Conselhos são fundamentais para a reestruturação dos serviços de saúde, além de exercer controle social sobre a gestão do sistema de saúde, observamos a magnitude da participação social na consolidação do sistema público de saúde e aprendemos a superar posturas corporativas, construindo uma visão mais ampla de serviço público. O CLS tem a função de aproximar a comunidade na dinâmica dos serviços de saúde da unidade, fortalecer o controle social, através da efetivação da participação social, interagir com as demais organizações do bairro, identificar os problemas existentes na comunidade e levantar as ações estratégicas para solução dos problemas prioritizados. Além de fortalecer o nosso CLS, queremos incentivar as demais Unidades Básicas de Saúde na formação do seu Conselho Local de Saúde, mostrando as vantagens de trabalhar junto com a participação social.

Palavras-chave: Participação Social, Controle Social, Sistema Único de Saúde.

Abstract

This paper is about an intervention project aimed at strengthening the Local Health Council of the Vila Tibério Basic Health Unit and aims at reflecting on the importance of the interaction among public spaces for effective participation and social control, reporting on the importance of the Local Health Council (CLS) in the SUS service, with effective participation in the management of the health policies of the Vila Tibério Basic Health Unit at Ribeirão Preto. The methodological approach used for the preparation of this project was: bibliographic research on the topics of social participation, social control, unified health system and reporting of the experience of the CLS performance, with proposals for intervention strategies. The results suggest that after the intervention proposals, there was an increase of users with effective participation in local council meeting, proving that the Councils are fundamental to the restructuring of the health services, in addition to exercising social control over the management of the health system. We noted the magnitude of social participation in the consolidation of the public health system and learned how to overcome corporate positions building a broader view of public service. The CLS has the function of bringing the community in the dynamics of the unit's health services, strengthening social control through effective social participation, interacting with other neighborhood organizations, identifying existing problems in the community and raising the strategic actions for the solution of prioritized problems. In addition to strengthening our CLS, we want to encourage the other Basic Health Units in the training of their Local Health Council, showing the advantages of working with social participation.

Keywords: Social Participation, Social Control, Unified Health System.

ⁱ Elisabete Rissato Narciso (ubsvtiberio@saude.pmrp.com.br) é enfermeira especialista em Urgências e Emergências, Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família e Gestão em saúde pública e Gerente da UBS Vila Tibério, em Ribeirão Preto/SP.

ⁱⁱ Antonio Luiz Cabral (alacalado@hotmail.com) é contador e orador, Presidente do Conselho Local de Saúde da UBS Vila Tibério.

Introdução

A participação social constitui em uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), contemplada no artigo 198 da Constituição federal de 1988 e na lei 8.142/90, a qual define a organização e o funcionamento do Controle Social do SUS. É um instrumento básico do poder local, através do qual os indivíduos manifestam-se enquanto sujeitos do espaço em que vive, planejando, decidindo e modificando⁵.

De acordo com a Lei 8.142/902, os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados deliberativos de caráter permanente, com funções de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

A participação social é um conceito genérico usado na Sociologia com o sentido de: integração, para indicar a natureza e o grau da incorporação do indivíduo ao grupo, e norma ou valor pelo qual se avaliam tipos de organização de natureza social, econômica, política, etc⁷.

A propósito da participação social na saúde deve ser ressaltado que o texto da Constituição de 1988 é bastante limitado, pois ao se referir às diretrizes de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), menciona apenas 'participação da comunidade' que, na História do Brasil, faz parte de um ideário de participação limitada. O enfrentamento dessa limitação do texto constitucional evidencia-se na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que "dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde". Ao atribuir aos conselhos de saúde a função de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, o texto legal retoma a perspectiva ideológica da 8ª Conferência¹. Esse processo é, na verdade, a

culminação das lutas que caracterizaram o período da redemocratização política num amplo leque de experiências e reflexões de profissionais de saúde e lideranças populares, que nos anos 1976-1984 caracterizam a vertente popular da luta pelo direito à saúde⁸.

Uma avaliação inicial do processo de institucionalização do controle social do SUS com base nas conferências de saúde e da criação e atuação dos conselhos de saúde, feita por Stotz, 2005 aponta para as dificuldades das conferências de saúde se constituir em instâncias populares para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de governo (municipal, estadual e federal) conforme os termos da Lei no. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Tais dificuldades devem-se principalmente ao processo de sua convocação a partir do Estado e do encaminhamento ascendente de suas deliberações sem lograr consensos para a ação em cada nível de organização (municipal, estadual, federal). Quanto aos conselhos de saúde, a maioria não conseguiu cumprir a função de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente. Essa tem sido essencialmente uma função dos secretários municipais e estaduais de saúde.

As limitações apontadas têm como pano de fundo uma conjuntura adversa aos movimentos populares. Nos anos da década de 1990, houve uma desmobilização relativa desses movimentos num contexto de fragmentação das lutas e 'demissão' do Estado². Entretanto, foi nessa conjuntura que aconteceu a criação de 90% dos conselhos de saúde no país, num processo de instituição do controle social a partir do Estado. Lembre-se, a propósito, que a criação dos conselhos de saúde passou a ser uma condição legal para a municipalização dos serviços com a transferência de recursos por meio dos fundos públicos³.

Tal como referida na experiência da Inglaterra por King⁶, as conferências de saúde e a estrutura dos conselhos, apesar das dificuldades e limitações apontadas, constituem um campo político que expressa, nas circunstâncias da conjuntura da saúde, uma aliança entre profissionais de saúde e usuários em contraposição à ofensiva neoliberal.

O CLS é formado pelo gerente da Unidade, três representantes dos funcionários titulares e três suplentes, indicados pelos funcionários da Unidade de saúde, três representantes dos usuários titulares e três suplentes, eleitos pela comunidade em assembleia e três representantes da Associação dos moradores titulares e três suplentes, indicados pelo presidente da Associação, a composição deve ser paritária e no mínimo com oito elementos, o mandato é de dois anos com direito a reeleição dos participantes.

Atribuições do Conselho Local de Saúde, segundo o regimento interno do CLS de Piracicaba⁵:

1. Estabelecer, controlar, acompanhar e avaliar a política de saúde na área de abrangência da unidade de saúde;
2. Desenvolver proposta de ação que venha em auxílio da implementação e consolidação da Política Municipal de Saúde;
3. Estabelecer e aplicar critérios de avaliação e controle do trabalho desenvolvido pela unidade em seu todo, para cada conjunto ou atividade e cada funcionário, com base em parâmetros de qualidade, cobertura e cumprimento de metas estabelecidas, deliberando-se mecanismos claramente definidos para correção das distorções, tendo em vista o atendimento das prioridades e necessidades da população local;
4. Possibilitar à população, amplo conhecimento do Sistema Municipal de Saúde, de dados relacionados com a saúde em geral e com o funcionamento da unidade, em particular;
5. Ter conhecimento pleno dos registros atualizado e fiéis do quadro de pessoal da unidade, bem como sua distribuição por turnos, carga horária, escala de plantões;
6. Ter integral acesso e avaliar todas as informações de caráter técnico-administrativo, orçamentário e operacional que digam respeito à estrutura e funcionamento da unidade;
7. Participar do acompanhamento e avaliação do funcionamento do sistema de saúde no município e na região, encaminhando quando oportuno, as propostas e pareceres à Secretária Municipal de Saúde, bem como ao Conselho Municipal de Saúde;
8. Conhecer e pronunciar-se acerca das prestações de contas a nível municipal, especialmente no que interferirem sobre a área de abrangência da unidade;
9. Participar da elaboração da proposta orçamentária anual no que diz respeito à área da saúde, através da determinação das necessidades específicas da unidade, bem como, pronunciando-se sobre as prioridades e metas;
10. Promover contatos com instituições, entidades privadas e organizações afins, responsáveis pelas ações ligadas às necessidades de saúde da população, para atuação conjunta;
11. Manter audiências com dirigentes dos órgãos vinculados ao sistema de saúde, sempre que entender necessário, para debater o encaminhamento de assunto de interesse coletivo e relacionado diretamente às suas atividades específicas;
12. Opinar acerca da incorporação de serviços privados ou pessoas físicas, de sua área de abrangência, ao sistema da saúde, considerando as necessidades locais e
13. Apreciar quaisquer outros assuntos que lhe forem submetidos.

Problema e Justificativa

Após oito anos de atuação do Conselho Local de Saúde da Unidade Básica de Saúde Vila Tibério, as reuniões tornaram-se repetitivas e cansativas, sempre com a participação dos mesmos elementos e embora tenhamos realizado nova eleição do Conselho Local a cada dois anos, os usuários são sempre reeleitos e permanecem os mesmos. Surgiu a necessidade de fortalecimento do CLS para maior adesão da população e funcionários da unidade. O Conselho Local de Saúde é um instrumento de gestão primordial para o bom andamento dos serviços de saúde, tornando possível o envolvimento dos trabalhadores e usuários para a detecção e planejamento das ações para solução dos problemas prioritizados. Entendemos que a participação da comunidade acontece de diferentes formas e está intimamente relacionada com a consciência que as pessoas têm da responsabilidade sobre sua saúde, fatores políticos, culturais, sociais, econômicos e o grau de interesse em saúde podem alterar o processo de participação popular no Conselho Local de Saúde.

É necessário que as pessoas acreditem que a participação efetiva é importante, pois implica em compromisso social, técnico, econômico e quando assumem a responsabilidade por sua própria saúde e bem-estar, exercem o dever e o direito de cidadãos, aumentando a confiança e autoestima, compartilhando responsabilidades e desenvolvendo vínculos.

Objetivos

Fortalecer o Conselho Local de Saúde da UBS Vila Tibério e incentivar a implantação de outros Conselhos nas Unidades de Saúde do município.

- 1) Realizar uma breve capacitação, voltada aos conselheiros locais de saúde e agentes comunitários de saúde. Na capacitação discutir os

seguintes temas: aspectos históricos do SUS, legislação, controle social e políticas públicas em Saúde, baseados no guia do Conselheiro de Saúde do Ministério da Saúde (2002).

- 2) Promover iniciativas de comunicação e informação descentralizadas e organizadas em rede para divulgar experiências locais, fortalecer a participação e controle social, e incentivar os cidadãos a cumprirem seus deveres, cobrarem seus direitos e as responsabilidades dos trabalhadores, gestores e prestadores de serviços de saúde.
- 3) Promover o intercâmbio de experiências entre os conselhos e contribuir para o fortalecimento da rede de informação entre os conselhos de saúde.
- 4) Sensibilizar os Agentes Comunitários de Saúde da UBS Vila Tibério para que estes sejam sujeitos de mobilização popular e controle social.
- 5) Mobilizar a população para participar das reuniões do Conselho Local de Saúde e da Conferência Local de Saúde, sensibilizando a população quanto a seus direitos em relação à saúde e a cidadania.

Metodologia

Este estudo trata-se de um projeto de intervenção que visa fortalecer o Conselho Local de Saúde da UBS Vila Tibério. Para iniciar o processo foi feita uma revisão de literatura a respeito do tema escolhido, foram cruzadas as palavras-chave participação social, controle social e sistema único de saúde na base de dados LILACS. A fim de aumentar a participação dos usuários nas reuniões do Conselho Local de Saúde, foram realizadas atividades como: sensibilização dos Agentes Comunitários de Saúde por meio de oficinas, identificação de pessoas chave da comunidade, para mobilização social com o objetivo de promover o

fortalecimento do Conselho Local de Saúde, realização de palestras, elaboração de banner e material educativo para informação e conhecimento sobre a importância do controle social na sala de espera da Unidade e na comunidade.

Estratégias de Intervenções

- 1) Realizar uma breve palestra semanalmente na sala de espera da UBS, explicando a importância do CLS e suas principais conquistas, promovendo o intercâmbio de experiências entre os conselheiros e demais usuários da Unidade, estimulando a participação de outros elementos.
- 2) Publicação no Diário Oficial e no jornal local, divulgando a nova eleição do CLS e abertura de inscrição para representantes dos usuários.
- 3) Convidar as lideranças comunitárias: representantes da Associação dos Moradores para participar das reuniões do CLS, como também, outros representantes do bairro: Associação comercial, Igrejas, Pastoral do idoso, Centros, etc.
- 4) Divulgação do Conselho Local de Saúde, entregando material informativo contendo datas, horário e local das reuniões.
- 5) Elaboração de banner e cartazes sobre o CLS, afixando-se na UBS, na Igreja, na Subprefeitura e nas Associações.
- 6) Utilização do espaço de uma das reuniões do Conselho para explicar os objetivos do mesmo e esclarecer dúvidas.
- 7) Convidar uma usuária que já foi conselheira municipal com vasta experiência sobre o SUS para dialogar com os usuários e conselheiros locais sobre a importância da participação da população no controle social.
- 8) Estimular os conselheiros a buscarem informações sobre seu papel, instigando-os a de-

envolver uma consciência cidadã.

- 9) Trabalhar com a equipe de saúde sobre a participação no CLS, enquanto técnicos de saúde e responsáveis pelo cuidado no local de trabalho em que estão inseridos e a obrigatoriedade de desenvolverem também papel no controle social.

Local das intervenções e resultados

O presente projeto foi desenvolvido na UBS Wilma Delphina de Oliveira Garotti (UBS Vila Tibério), localizada à Rua Vinte e um de abril, 779, no bairro da Vila Tibério em Ribeirão Preto, é uma instituição pública, mantida pelo município, onde são atendidos 10.000 usuários em Clínica Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, com atuação de 50 funcionários.

Os participantes do projeto são: o Gerente da Unidade, Agentes Comunitários de Saúde, Servidores, Membros do CLS, Associação dos moradores e da comunidade que foram envolvidos através de palestras, enfatizando a importância da participação social. Após a intervenção proposta, o número de assinaturas registrado nas atas das reuniões do CLS passou de cinco para doze, demonstrando aumento significativo dos participantes. As conquistas do CLS foram o auxílio na melhoria do fluxo de atendimento, solicitação de recursos humanos, colocação de senha eletrônica na farmácia e aparelho de TV e DVD com transmissão de mensagens educativas, que motivam e entretêm os usuários enquanto aguardam o atendimento, além de promover mensalmente uma palestra educativa sobre diversos temas de interesse comum.

Conclusão

A participação social é uma forma que possibilita a construção de uma proposta contra-hege-

mônica na conjuntura do sistema vigente, contudo, para que isso ocorra é necessário que haja um efetivo envolvimento da população no sentido de mudar sua concepção do processo saúde-doença, bem como é preciso que exista um envolvimento dos trabalhadores do serviço de saúde, usando de transparência em todas as suas ações. Os Conselhos Locais de Saúde (CLS) tem caráter permanente, com funções de acompanhar, avaliar e indicar prioridades para as ações de saúde a serem executadas na Unidade de saúde, diante disso, observamos a necessidade da formação do CLS, com reuniões frequentes e produtivas, tornando os usuários corresponsáveis dos problemas de saúde da comunidade, contribuindo para a melhoria do atendimento da Unidade de saúde, garantindo a eficácia da assistência e melhoria da qualidade de vida da população assistida.

No presente estudo foram realizadas estratégias de intervenção para fortalecer o CLS através do aumento da participação dos usuários, que ocorreu de forma significativa. Além disso, as importantes conquistas do CLS refletem o empenho majestoso do mesmo para o bom funcionamento da UBS, corroborando com estudos que sustentam sua importância. Através da participação dos Agentes Comunitários de Saúde, servidores e comunidade, notou-se um maior envolvimento e interesse na busca de melhoria da saúde. Graças à amizade política e união de forças de diversas pessoas, conseguimos melhorar o atendimento da unidade, garantindo a eficácia da assistência e melhoria da qualidade de vida da população assistida.

Referências

1. Brasil. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
2. Bordieu P. *Contrafogos 2: por um movimento social europeu*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001, p. 53.
3. Carvalho AI. *Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: IBAM, 1995, p. 19-33.
4. Fagundes AGB. *Sistema de Planejamento do SUS: uma construção Coletiva*. 2.ed. Brasília (DF): 2009, p. 18.
5. Fonseca JE. *Regimento interno do Conselho Local de Saúde*. Piracicaba, 2012.
6. King DS. O Estado e as Estruturas Sociais de bem-estar em Democracias Industriais Avançadas. *Novos Estudos*, 22:53-76, 1988.
7. Rios JA. Participação. In: Silva B. (coordenador). *Dicionário de Ciências Sociais*. 2.ed. Rio de Janeiro: FGV, 1987, p.869-870.
8. Stotz ENA. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise da experiência nas décadas de 1970 e 1980. *Trabalho, educação e saúde*, 2005;3(1):9-30.

Reabilitação virtual em pacientes neurológicos e amputados

Virtual Rehabilitation in Neurological Patients and Amputees

Rita de Cássia Fernandes Goes¹

Resumo

O uso do videogame X-BOX (Kinect) como recurso terapêutico insere o lúdico no tratamento de pacientes neurológicos e amputados. O objetivo é oferecer a estas pessoas uma oportunidade de percepção e valorização das capacidades remanescentes resgatando o prazer com o movimento do corpo. A organização de um torneio anual para os usuários amplia os benefícios da atividade promovendo além do exercício físico maior interação social e participação familiar.

Palavras-chave: Reabilitação, Realidade Virtual, Torneio.

Abstract

The use of the video game X-BOX (Kinect) as a therapeutic resource inserts the entertainment in the treatment of neurological patients and amputees. The target is to offer these people an opportunity to perceive and value the remaining capacities rescuing the pleasure with body movement. The organization of an annual tournament for users enhances the benefits of the activity promoting beyond the physical exercise greater social interaction and family participation.

Keywords: Rehabilitation, Virtual Reality, Tournament

Introdução

O uso do videogame X-BOX (Kinect¹) como recurso terapêutico no serviço de reabilitação de São Vicente insere o lúdico no atendimento de pacientes neurológicos e amputados tornando-o mais leve e estimulante³.

Esportes como boliche, futebol, tênis de mesa, atletismo, boxe e vôlei são utilizados virtualmente em modalidades alternativas para o treino de coordenação motora, força e equilíbrio de um modo contextualizado e funcional^{1,2}.

A organização de um torneio anual, intitulado Torneio Reab1 de X-BOX, aplicado aos usuários em tratamento vigente, tem o intuito de ampliar os benefícios da atividade, promovendo, além do exercício físico, melhor interação social, elevação da autoestima e maior participação familiar no tratamento.

Objetivo

O objetivo principal do trabalho é oferecer a estas pessoas com deficiência uma oportunidade de percepção e valorização das suas capacidades remanescentes e de seu potencial de superação, permitindo o resgate do prazer com o movimento e com a vida.

Metodologia

Com antecedência de aproximadamente três meses, cartazes informam a data do evento. Profissionais dos setores de terapia ocupacional, fisioterapia e educação física recolhem as fichas de inscrição após o teste de aptidão, que consiste em verificar a acuidade visual mínima para execução das tarefas. Para alguns jogos a marcha também é pré-requisito. As avaliações são realizadas durante

¹ Rita de Cássia Fernandes Goes (to_zinha@hotmail.com) é terapeuta ocupacional na Secretaria de Saúde de São Vicente-SP, graduada pela UFSCar com especialização no Conceito NeuroEvolutivo Bobath.

¹ O Kinect é um sensor de movimentos desenvolvido para o Xbox 360 e Xbox One e permite aos jogadores interagir com os jogos eletrônicos utilizando apenas movimentos corporais, sem necessidade de toque.

a experimentação das modalidades selecionadas.

Sob a orientação de suas referências terapêuticas os pacientes assinalam suas preferências e indicam suas sequelas e categoria (definida pela utilização do membro lesado ou preservado).

Os treinos são realizados no salão principal que abriga o equipamento eletrônico, mesmo local do torneio, nos horários habituais de atendimento como parte integrante dos projetos terapêuticos singulares, considerando as adaptações e dispositivos auxiliares para locomoção. Os participantes são incentivados uns pelos outros e informalmente surgem equipes. Acompanhantes e cuidadores são convidados a experimentar os desafios.

A imagem do jogo utilizado é projetada em um telão e o espaço adequado para segurança e conforto de todos.

Produto

O evento, em sua segunda edição no ano de 2014, preza pela descontração do ambiente e prevê duração de três horas. Cada competidor tem uma chance de atingir seu melhor índice em até duas modalidades conforme o número de inscritos.

Os colaboradores se dividem entre a anotação do placar, instruções aos pacientes e animação da torcida.

Ao final de cada bateria os três melhores índices são premiados com artigos simbólicos. Todos recebem certificado de participação mais uma foto com registro do seu processo de reabilitação virtual.

Cartazes de agradecimento e a divulgação dos resultados são fixados posteriormente nos diversos setores da unidade de reabilitação.

Resultados

O trabalho geral resultou na redução do número de faltas, assim como no aumento da moti-

vação para o tratamento, da autonomia, da autoestima, da aceitação da condição física atual, da consciência corporal, da funcionalidade do membro lesado, da integração sensorial, dos contatos interpessoais, da adesão familiar e das iniciativas em busca de novas opções de lazer.

Aprendizado

A facilitação do engajamento dos pacientes ao tratamento geral e a efetivação da interdisciplinaridade nas ações da equipe técnica tornaram-se metas permanentes.

A manutenção dos equipamentos (*videogame* e projetor) constitui uma dificuldade para a continuidade do projeto.

Obstáculos como a perda da identificação corporal pelo leitor Kinect foram superados com o ajuste da transferência postural de pé para sentado, estendendo a oportunidade a pessoas que tiveram os membros inferiores acometidos mais gravemente.

Considerações finais

A atividade lúdica coletiva enriquece a vivência terapêutica agregando valor afetivo a uma práxis mais saudável. Assim, iniciativas para a criação do Torneio InterReabs de X-BOX, abrangendo outros postos de reabilitação do município de São Vicente, são previstas para 2015.

Referências

1. Costa RM. Ambientes virtuais na reabilitação cognitiva de pacientes neurológicos e psiquiátricos. [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.
2. Kirner C, Tori R. Realidade virtual: conceitos e tendências. São Paulo: Mania de Livros; 2004.
3. Monteiro Junior RS, Carvalho RJP, Silva EB, Bastos FG. Efeito da reabilitação virtual em diferentes tipos de tratamento. Rev Bras Ciên Saúde. 2011;9(29):56-63.

Breve Panorama da XII Mostra de Experiências Exitosas do XXIX Congresso do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS/SP

A Brief Overview of the XII Exhibition of Successful Experiences of the XXIX Congress of the Council of Municipal Health Secretaries - COSEMS/SP

Lauro Cesar Ibanhesⁱ
Luiza Sterman Heimannⁱⁱ
Aline Ângela Victoria Ribeiroⁱⁱⁱ
Bruna Florença Cardosoⁱⁱⁱ
Carolina Médici de Figueiredoⁱⁱⁱ
Cristina M. Socorro Gomesⁱⁱⁱ
Inayá da Silva Duarteⁱⁱⁱ
Luciana C. Alves dos Santosⁱⁱⁱ
Luciana de Mendonça Freireⁱⁱⁱ
Magna Fraga Vitórioⁱⁱⁱ
Naiana Fernandes Silvaⁱⁱⁱ
Raquel Jacobs de Limaⁱⁱⁱ
Ricardo Aparecido Botelhoⁱⁱⁱ
Tais Rodrigues Tesserⁱⁱⁱ
Tatiane Aparecida Rocha Marceloⁱⁱⁱ
Tatiane Ribeiro Silveiraⁱⁱⁱ

Resumo

Este artigo é um breve panorama dos trabalhos apresentados na XII Mostra de Experiências Exitosas no âmbito do Programa de Aprimoramento Profissional do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Para a sua realização foi elaborado um formulário focando em aspectos relativos à(ao): i) abrangência ou alcance dos objetivos dos trabalhos; ii) âmbito da aplicação; iii) potencial de replicabilidade, difusão e/ou apropriação; iv) duração ou sustentabilidade; v) fases alcançadas; vi) setores sociais e/ou áreas envolvidas e vii) princípios do SUS referidos, além de uma síntese das 573 experiências selecionadas para a Mostra. O primeiro aspecto que se impõe ressaltar é que exitosa antes de tudo é a própria efetivação da Mostra. A proposta, a regularidade, a quantidade e a qualidade dos trabalhos representam a iniciativa, o comprometimento – e o cuidado com o cuidado – por parte dos trabalhadores da saúde, das mais variadas formações, setores e áreas.

Palavras-chave: Aprimoramento Profissional. Experiências Exitosas. SUS.

Abstract

This article is a brief overview of the works presented at the XII Exhibition of Successful Experiences under the Professional Improvement Program of the Health Institute of the State Secretary of Health of São Paulo. For its realization, it was designed a form focusing on aspects related to: i) scope or reach of the objectives of the work; ii) scope of application; iii) potential of replication, diffusion and/or ownership; iv) duration and sustainability; v) phases achieved; vi) social sectors and/or areas involved and vii) mentioned principles of the SUS, as well as a summary of the 573 experiences selected for the Exhibition. The first aspect that is necessary to point out is that first of all the very conclusion of the Exhibition was successful. The proposal, the regularity, the quantity and quality of the works represent the initiative, the commitment - and the care with care - on the part of health workers, from all backgrounds, sectors and areas.

Keywords: Professional Development; Successful Experiences; SUS.

ⁱ Lauro Cesar Ibanhes (lauro@isaude.sp.gov.br) é advogado, mestre em Ciências Sociais pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) e pesquisador do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

ⁱⁱ Luiza Sterman Heimann (dirgeral@isaude.sp.gov.br) é médica sanitária, mestre em Saúde Pública pela Universidade de Harvard (EUA) e em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP). É diretora de Departamento Técnico de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
ⁱⁱⁱ Alunos do Programa de Aprimoramento Profissional (PAP), turma 2015, do Instituto de Saúde (ensino@isaude.sp.gov.br).

Introdução

Este texto tem por objetivo apresentar parte das atividades desenvolvidas pela turma 2015 do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde/SES-SP, no XXIX Congresso do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS/SP, entre 18 e 20 de março de 2015, em Campos de Jordão/SP, cujo tema central foi: “SUS, Política de Estado: acesso com qualidade”.

Dentre as importantes atividades das quais se participou de modo sistematizado vamos tratar aqui apenas de alguns aspectos da *XII Mostra de Experiências Exitosas*².

Para colher as informações foi elaborado um *formulário*, cujo preenchimento se deu por meio da leitura de cada uma das experiências apresentadas e anotados aspectos relativos à(ao): i) abrangência ou alcance dos objetivos dos trabalhos; ii) âmbito da aplicação; iii) potencial de replicabilidade, difusão e/ou apropriação; iv) duração ou sustentabilidade; v) fases alcançadas; vi) setores sociais e/ou áreas envolvidas, e vii) princípios do SUS referidos, além de uma síntese das 573 experiências apresentadas.

A fim de aprofundar a caracterização dos pôsteres, os aprimorandos participaram das *Rodas de Conversa* realizadas sobre cada um dos 12 temas propostos, onde se observou e identificou os seguintes aspectos: i) afluência e participação nos grupos de discussão; ii) eixos, subtemas e problemas levantados e iii) recorrência e argumentos apontados. O objetivo aqui foi o de cotejar e comparar os dados gerais dos pôsteres em relação à sua capacidade de mobilização, de problematização e a discussão realizada.

Dada a amplitude e a riqueza dos trabalhos, apresentamos apenas uma visão panorâ-

mica e alguns apontamentos sobre o conjunto das 573 experiências, mantendo nosso foco, há muito ajustado, na linha da investigação em serviços de saúde¹.

Nessa perspectiva, o fundamental é a reflexão e a retroalimentação entre teoria e prática. Porque a primeira sem a segunda é estéril. E a segunda apartada da primeira tende ao empirismo ensimesmado e constricto à sua aparente autonomia.

A marca do congresso e das experiências

Preliminarmente, cabe lembrar que tanto o congresso como principalmente as experiências apresentadas se constituem, antes de tudo, como um *espaço* de troca entre profissionais e as práticas desenvolvidas. Sendo trabalhos elaborados e apresentados sem a preocupação única ou maior própria às lides acadêmicas, o marco teórico-conceitual, as especificidades metodológicas, a capacidade explicativa de fenômenos bem como a predição e generalização aqui dizem respeito e se referem, por princípio, ao âmbito de cada experiência, em seu respectivo contexto e condições. Isso não quer dizer que não se possa ou não se deva buscar nas experiências características, grau ou tipo de comparação e seu potencial de replicabilidade, difusão ou apropriação. Muito pelo contrário, tanto que lançamos mão de um artifício lógico que pudesse captar e dialogar com o produto e o efeito das experiências.

Embora seja uma leitura exploratória, ainda assim trata-se de exercício temerário em vista da riqueza dos trabalhos apresentados e discutidos. Procuramos aqui somente organizar alguns apontamentos em relação ao conjunto das práticas, a considerável soma de 573 experiências dispostas em 12 temas (Tabela 1):

Tabela 1- Distribuição das experiências pelos temas propostos

Tema	Número de trabalhos	Índice
Atenção Básica	94	81%
Gestão em Saúde	94	
Promoção em Saúde	81	
Gestão de Pessoas, do Trabalho e Educação em Saúde	75	
Vigilância em Saúde	64	
Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas	54	
Redes de Atenção à Saúde	27	19%
Práticas Integrativas	25	
Assistência Farmacêutica	24	
Participação Social	16	
Atenção Hospitalar	10	
Urgência e Emergência	09	
Total	573	100 %

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da XII Mostra.

A primeira observação diz respeito à distribuição dos trabalhos nos dois eixos definidos pelo congresso – *Gestão do Sistema* e *Cuidado em Saúde*, e aqui vemos certo equilíbrio com 304 e 269 experiências inscritas, respectivamente. Vale lembrar que a classificação foi feita por cada um dos participantes no ato da inscrição do trabalho. O mesmo ocorreu também em relação ao registro em um dos 12 temas propostos.

Por suposto que os temas estabelecidos geralmente se sobrepõem e se articulam quase necessariamente, dado que eles são definidos como ponto de partida para o diálogo no campo da saúde. Fenômeno semelhante ocorre com as noções de “sistema” e de “gestão”, a primeira forma de classificação da Mostra. *Sistema* pode se referir tanto a uma linha de cuidado como a uma experiência de referência/contrarreferência entre serviços, níveis de atenção e complexidade. E *gestão* pode aludir tanto à chefia de um equipamento, serviço ou componente de um programa de saúde como ao poder decisório na formulação, planejamento e implantação. Por decorrência, *gestão* se refere ora à gerência de uma unidade, etapa ou componente de um programa ou serviço, ora à gestão municipal, à secretaria do setor no executivo local. Cabe destacar que o alargamento no uso dos conceitos

impõe redefinições, bem como atentar para a especificidade dos atores e agentes envolvidos e o lugar de onde falam.

Os temas mais frequentes: Atenção Básica, Promoção em Saúde e Gestão

Avançando nessa breve leitura do conjunto das experiências, vemos que os temas com maior número de trabalhos foram: Atenção Básica e Gestão em Saúde, cada um com 94. Depois aparecem Promoção de Saúde, com 81; Gestão de Pessoas, do Trabalho e Educação em Saúde, com 75; Vigilância em Saúde, com 64; e Saúde Mental, Álcool e Drogas, com 54 experiências. Portanto, dos 573 trabalhos apresentados, 462, o equivalente a 81%, se concentra em apenas seis temas (Tabela 1). E se agruparmos apenas os três primeiros temas temos 269 trabalhos, quase metade do total da Mostra.

Isso corrobora a ideia da forte presença e o envolvimento dos trabalhadores no cotidiano e a busca de efetivação de sua ação profissional. Isso porque esses temas se caracterizam pelo envolvimento coletivo e o trabalho intensivo em consonância com a complexidade no cuidado que a atenção básica requer. Indica, ademais, a preocupação com as várias dimensões, etapas e implicações que a efetividade destas ações requer, ou seja, a gestão da saúde e

do cuidado tanto em termos de planejamento como das necessárias articulações, dimensões e impacto no interior do próprio sistema de saúde.

Atenção Básica

Prosseguindo na tentativa de alinhar alguns apontamentos e tendências, no tema Atenção Básica a maior parte das 94 experiências, 58 delas, se refere à *gestão do sistema*. Mas a noção de sistema parece estar ancorada mais na ideia da integralidade e da continuidade do cuidado e menos na macropolítica ou nas macrofunções gestoras. Boa parte são iniciativas de cunho intersetorial e centradas em modelos de atenção contra-hegemônicos ao modelo biomédico e à ação assistencial, curativa e medicamentosa.

Mais da metade das experiências se encontravam formuladas e implantadas há um ano ou mais, ainda que em 30 delas não tenha sido possível obter informação sobre o tempo ou duração da prática. Considerou-se que possuem requisitos e características passíveis de replicabilidade, apropriação e difusão por não envolver insumos de alto custo, patentes ou equipamentos de alta densidade tecnológica.

Em síntese, houve 10 trabalhos relacionados à atenção ao trabalhador, capacitação e qualificação; 8 sobre ferramentas de avaliação e sistemas de informação e todos os demais 79 em tópicos específicos de prevenção e promoção da saúde de populações e grupos.

Promoção em Saúde

No tema da Promoção em Saúde houve a inscrição de 81 experiências. E tanto a concentração como a especificidade dessas práticas reforçam o que se disse sobre a Atenção Básica em termos de implicação direta e envolvimento. Assim é que apenas uma prática foi classificada pelo seu autor em *gestão do sistema*. Todas as demais

80 foram inscritas na linha do *cuidado em saúde*. Foram apresentadas 62 experiências com grupos educativos voltadas para crianças e adultos como também atividades e ações em saúde que proporcionam maior conhecimento e autonomia, além de atendimento clínico visando à prevenção, inclusive secundária. Houve apresentação de 9 práticas com grupos de convivência além de 10 sobre atenção ao trabalhador e capacitação profissional em temáticas atinentes.

A busca da ação intersetorial apareceu em 16 experiências: Educação, Assistência Social, Cultura, Esporte e Lazer, Meio Ambiente e uma parceria em Relações Internacionais. Quanto ao tempo de duração, a maioria, 45, já se encontra há um ano ou mais implantadas. Em 19 casos não foi possível obter a duração e/ou sustentabilidade. A maioria parece encontrar-se já inserida no cotidiano profissional, o que pode ser confirmado à medida que a maioria, quase 60, estaria não apenas formulada, mas sim em fase de implantação, monitoramento e avaliação.

Em relação ao “potencial de replicabilidade, difusão ou apropriação”, apenas 8 podem ser classificadas como de “baixo grau”. Enquanto isso, outras 21 teriam “mais baixo do que alto”; 23 “mais alto do que baixo”; e 29 um “alto grau”. O princípio do SUS mais claramente identificável de forma recorrente foi o da busca da integralidade.

Gestão em Saúde

O outro tema com o maior número de inscrições foi Gestão em Saúde, com 94 experiências. E aqui se observa uma inflexão talvez esperada em relação aos dois anteriores, com uma maior concentração de trabalhos em *gestão do sistema* do que em *cuidados em saúde* – 64 contra 30. Neste caso, além da marca comum aos trabalhos anteriores – senso de iniciativa e forte envolvimento – destaca-se o maior alcance, o foco ampliado e maior raio de ação quanto aos objetivos propostos nas iniciativas.

Aqui se evidencia maior grau de autonomia dada à maior participação por parte de gestores locais e seu comprometimento com a efetividade das ações. Depreende-se esse aspecto pela recorrência de iniciativas coletivas e institucionais – equipes, unidades de saúde, coordenações regionais, secretarias municipais – com poder de inserção e capacidade de ação ampliada centrados em: reorganizar processos de trabalho; promover e integrar serviços, programas e agentes; reorientar lógicas em função do cuidado; articular redes e ações; apropriar e interagir no território. Praticamente a totalidade dos trabalhos trata de difundir e sistematizar fluxos, processos e saberes com foco no sistema e na integralidade. As iniciativas utilizam amplo instrumental e diversificado leque de estratégias oriundas da Educação, Comunicação, Epidemiologia, Clínica Ampliada e Planejamento e Gestão. São mais de 50 experiências relativas aos sistemas de informação e de gestão da assistência: prontuários eletrônicos, diagnósticos situacionais, implantação de programas e componentes, ouvidorias e monitoramento.

As iniciativas afirmam a reorientação do modelo de atenção e a reorganização de processos de trabalho a partir do cuidado e da lógica do território orientados pelos princípios do SUS. Nota-se preocupação tanto com os aspectos inter-relacionais da gestão como nas racionalidades sistêmicas. São pautados na busca do cuidado integral, diminuição de gastos e filas de espera para exames diagnósticos, especialidades e média e alta complexidade e, ainda, na avaliação da qualidade e na satisfação do usuário.

A maioria ocorre nas metrópoles – São Paulo, Baixada Santista, Campinas e ABC – e o raio de ação e a articulação adquirem maior abrangência e escala, requerendo arranjos institucionais e estratégias específicas no interior do setor saúde. Ainda assim, chama a atenção o fato de haver mais de 50 iniciativas intersetoriais. Quanto aos princípios do SUS, nota-se o centramento na universalidade,

acesso ou cobertura, em 27 casos. Em 30 vezes aparece o tema da integralidade, e 33 deles enfatizam a equidade.

Gestão de Pessoas, do Trabalho e Educação em Saúde

O tema Gestão de Pessoas, do Trabalho e Educação em Saúde segue a inflexão vista no tema precedente, ou seja, o deslocamento da preocupação preponderantemente centrada na ação e no cuidado em saúde para questões ligadas ao planejamento, implantação de programas e provisão de ações de saúde, dado que a grande maioria das 75 experiências, 69 delas, foi inscrita em *gestão do sistema* e apenas 6 em *cuidado em saúde*. Os objetivos, tempo de duração, qualificação acadêmica dos autores e o perfil das práticas confirma o fato. São iniciativas regulares em: formação e qualificação dos profissionais; melhoria das condições de trabalho e da organização dos serviços; e utilização de instrumental técnico-administrativo para a gestão de pessoas. A maior parte dos trabalhos envolveu ações de Educação Permanente, inclusive no marco da Política Nacional. São práticas que envolvem capacitação e atualização do profissional aliada à integralidade e à humanização do atendimento, muitas vezes associadas ao planejamento e à gestão a partir do campo da Educação e Formação Profissional.

Tendo em vista o perfil, alcance e a escala das iniciativas, a maioria das experiências se concentra em municípios de maior porte com determinação política, capacidade técnica e investimento financeiro adequados. Em termos numéricos, destaca-se São Paulo, com 17 experiências, o equivalente a 22%. Também Embu das Artes, com 6; Campinas; Barueri e Santo André, com 5; Américo Brasiliense e Guarulhos, com 4 e Mauá; São Vicente; São Bernardo e Taboão da Serra, com 3. Muitos outros municípios buscaram o diálogo e a troca, caso de

Bauru; Jundiaí; Presidente Venceslau, com 2 experiências, além de Atibaia; Ribeirão Preto; Cabreúva; São José do Rio Preto; Santana de Parnaíba, Garça; São João da Boa Vista; Suzano; Campo Limpo Paulista; Cubatão; Pitangueiras e Barretos, cada uma com uma iniciativa.

Quanto à duração das iniciativas, 13 indicam período de um a seis meses; 5 o período de 7 a 12 meses e 24 um período maior do que 12 meses. Outros 33 trabalhos não especificam período ou duração em que foram realizados. A maior parte dos trabalhos, 59, atingiu a etapa de avaliação das ações, inferindo-se relativa sustentabilidade e institucionalização.

Em relação aos princípios do SUS, nota-se que a maior parte dos trabalhos é focada na integralidade, com 65 referências. A equidade aparece em 25, a universalidade em 23 e a participação em apenas 7 experiências.

Seguindo nessa leitura panorâmica dos trabalhos da Mostra, vimos até aqui quatro temas, onde houve 344 experiências inscritas e que concentraram 60% do total. O ponto comum é o fato de focarem a Atenção Básica – atributos e potencialidades – e a Gestão – principalmente de tecnologias de cuidado complexas e de baixa densidade –, o que reafirma a proposta e o caráter da Mostra e do próprio SUS.

Os temas menos recorrentes: Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar, Participação Social

Por outro lado, vemos que outros três temas somados chegam a um total de apenas 35, ou seja, 6% das 573 experiências apresentadas. São eles Urgência e Emergência, com 9 experiências; Atenção Hospitalar, com 10; e Participação Social com 16. Tratando-se de uma leitura introdutória, parcial e especulativa, igualmente os temas com menor número de trabalhos impõem a tentativa de tecermos considerações.

Urgência e Emergência

Houve nove trabalhos apresentados em Urgência e Emergência e este número de inscrições indica que: “ela é hoje um dos maiores desafios para os gestores SUS, uma vez que é onde finaliza os desfechos e fragilidades de um sistema em constante construção”, nas palavras de um dos participantes da Roda de Conversa. Aqui 8 deles foram inscritos em *cuidado em saúde* e apenas 1 em *gestão do sistema*.

Os trabalhos discutiram ferramentas em busca da eficiência, da inovação da gestão e do cuidado. Especificamente visavam a melhorar a capacidade dos serviços, modernizar e dinamizar os processos administrativos ligados à rapidez do acesso, destacar a importância dos primeiros socorros e melhorar a integração da rede. Para tal enfocavam eminentemente o caráter educativo e o planejamento estratégico na atenção em urgências e emergências, visando a regular e racionalizar a oferta e a demanda ao serviço. Seis das experiências ocorrem no setor saúde e 3 são focadas na ação intersetorial: Corpo de Bombeiros, Companhia de Trânsito e Guarda Municipal.

A Roda de Conversa do tema Urgência e Emergência ocorreu em conjunto com a de Atenção Hospitalar, em vista da proximidade da matéria e o reduzido número de experiências. O número de interessados na discussão suplantou a de trabalhos apresentados e indica as dificuldades e desafios a serem superados. Houve consenso quanto aos imperativos em: organizar a rede, adequar a formação e principalmente prover financiamento compatível com as atribuições e responsabilidades dos serviços.

Atenção Hospitalar

No tema Atenção Hospitalar cabe a observação feita anteriormente, isto é, dos 10 trabalhos apresentados houve menos em *gestão do sistema*,

4, e mais em *cuidados em saúde*, 6. Os debates focaram: o diagnóstico precoce de doenças raras; o acompanhamento terapêutico contínuo e a melhora da qualidade de vida dos indivíduos, em 4 experiências. Também se discutiu questões de financiamento, o aumento do teto em média e alta complexidade e a relação público/privado, destacando-se os obstáculos colocados pelos planos de saúde em arcar com os custos. Houve ainda a experiência de um Ambulatório Especialidades sob gestão municipal e o caminho percorrido no trato com a secretaria estadual de Saúde e o Ministério da Saúde.

A Roda de Conversa conjunta mostrou vivo interesse, não apenas tendo em vista o número de participantes, mas pelo perfil e diversidade – gestores, secretários, obstetrias, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, médicos e advogados – interessados no compartilhamento de vivências e dos desafios enfrentados.

O terceiro tema com o menor número de trabalhos inscritos foi o de Participação Social, com 16. Oito dessas experiências foram apresentadas por Conselheiros de Saúde, todos de cidades de grande porte – Ribeirão Preto, São Bernardo, São Paulo, Jundiá e Baixada Santista. Elas versaram sobre oficinas e cursos de formação e fóruns de articulação. Os objetivos foram: ampliar a participação e o envolvimento da comunidade e os espaços de diálogos entre gestão, trabalhadores e comunidade no Controle Social; praticar e implantar ações de educação permanente; incentivar a implantação de Conselhos Locais de Saúde em outras regiões.

O que chama a atenção aqui são trabalhos que deslocam a concepção usual do assunto. Dois deles enfocaram ações integradas multiprofissionais da assistência no cuidado e no desenvolvimento infantil: aleitamento materno e assistência do pré-natal ao pós-parto. Por uma segunda via, outras duas experiências envolveram jovens de escolas públicas: uma na discussão de temas como DST, gravidez

não planejada e uso abusivo de drogas e outra na organização de conferência municipal da juventude com jovens em situação de risco social. Em ambas a *participação* é entendida principalmente pela valorização e pelo envolvimento da família, comunidade e dos profissionais da saúde nas ações. E um terceiro modo de introduzir o tema – e o segundo em quantidade – foi a ouvidoria. Foram apresentadas experiências em São Paulo, Santo André, Mauá e São Bernardo do Campo onde se buscou sistematizar e mapear manifestações recebidas dos usuários SUS – sugestões, reclamações, denúncias e elogios. Um deles, Santo André, apresentou inclusive uma experiência de ouvidoria itinerante.

Vale assinalar a premência do debate, pois se por um lado há o imperativo da provisão da assistência por parte dos gestores e a necessidade em se avaliar os serviços prestados, por outro lado a ouvidoria é uma estratégia que modifica a compreensão precípua de participação popular no SUS, apontando mais para a fiscalização das ações, dos serviços e da assistência e menos para a participação *lato sensu*, na formulação, planejamento e gestão ou os desafios e as dificuldades para tal.

Outros temas: recentes e consolidados na Saúde Coletiva

Redes de Atenção à Saúde

Fenômeno similar em termos de apropriação parece ocorrer no tema Redes de Atenção à Saúde. Nele foram apresentadas 27 experiências, sendo 15 em *gestão do sistema* e 12 em *cuidados em saúde*. São trabalhos que buscam a universalidade, a equidade e a integralidade por meio de atividades envolvendo grupos e temas específicos – idosos, transmissão vertical da sífilis e HIV, reeducação alimentar; empoderamento familiar e Tele-saúde. Vinte delas se concentra no setor saúde, enquanto outras 7 envolvem setores e instituições

como: Educação, Segurança Pública, Defensoria, Conselho Tutelar, Assistência Social e Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais.

Em suma, apesar de os trabalhos buscarem a melhoria e a qualidade de vida, a ideia de *redes de saúde*, até pela incorporação recente, aparece com características e concepções singulares, dado que a maioria dos trabalhos foi desenvolvida nas próprias unidades de saúde e não com foco na inter-relação com outras unidades ou níveis de complexidade, no intuito da assistência integral do sujeito ou da linha de cuidado.

Vigilância em Saúde, Saúde Mental, Assistência Farmacêutica

Seguindo adiante, vimos que áreas já consolidadas no campo da Saúde Coletiva como a Vigilância em Saúde, a Saúde Mental e a Assistência Farmacêutica também compareceram em bom número na Mostra, apresentando ampla diversidade quanto ao tipo e abrangência das iniciativas, inovação teórico-prática e ousadia nos arranjos organizativos e nas formas de implantação e implementação.

No caso da Vigilância em Saúde foram apresentados 64 trabalhos, 46 deles inscritos em *gestão do sistema* e 18 em *cuidado em saúde*. Elas enfatizaram o planejamento e programação integrados das ações coletivas, inclusive monitoramento e avaliação. Para isso enfocam reestruturação de processos de trabalho com a utilização de dispositivos e metodologias de integração da vigilância tanto na prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde como nas linhas de cuidado, no apoio matricial e nos projetos terapêuticos. Outro ponto destacado foi a Educação Permanente e a mudança das atribuições e capacitação de Agentes Comunitários e Agentes de Vigilância Ambiental em Saúde. Ficou evidenciada a preocupação com a integralidade e a articulação com a Atenção Básica e com os órgãos afins nas esferas estadual (CVS) e nacional (ANVI-

SA), além do Instituto Adolfo Lutz (IAL), Instituto de Criminalística, Instituto Médico Legal e Centro de Controle de Intoxicações (CCI/Unicamp).

A Roda de Conversa desse tema destacou nove experiências em Ribeirão Pires, Araçatuba, Campinas, Carapicuíba, Cubatão, Guarulhos, São Paulo, São Bernardo, Barueri, Santo André, Santos e Jandira, os quatro últimos com experiências intermunicipais. Um dos trabalhos, no enfrentamento da Tuberculose, utilizou a estratégia de centralização do atendimento ao paciente devido à falta de estrutura da atenção básica do município. Na apresentação reconheceu-se que o modelo é oposto ao preconizado pelas políticas de saúde quanto ao acesso e à descentralização da oferta, mas destaca os resultados satisfatórios, melhor adesão e maior índice de cura com redução do tempo de tratamento, melhora na qualidade de vida, resgate social, menor contaminação de familiares. Além da realização de sorologia em 100% dos pacientes, encaminhamento de tabagistas e dependentes químicos para tratamento especializado.

O tema Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas apresentou 54 trabalhos, sendo 18 em *gestão do sistema* e 36 em *cuidados de saúde*. Em linhas gerais, eles procuravam aliar a gestão da clínica ao suporte ambulatorial-emergencial em situações agudas. Mas sempre articulado à ação intersetorial e ao aparato sociojurídico institucional requerido. Assim, 26 experiências buscavam a inclusão por meio de novas estratégias e modelos de atenção adequados aos atuais desafios do movimento antimanicomial: consultório de rua; espaços de convivência de crianças e adolescentes; e capacitação profissional para humanização da assistência. Outros 24 trabalhos apresentaram articulação diversificada e sustentável, há mais de ano implantadas e consolidadas na re/integração social e geração de renda principalmente nos municípios maiores: São Bernardo, Santo André e São Paulo. Quatro

trabalhos referem questões centradas na clínica e na integralidade da assistência, como; controle de morbidades e agravos à saúde; gravidezes indesejadas; e síndromes relacionadas ao uso abusivo de álcool e a outras substâncias psicoativas.

Quanto aos princípios do SUS aparecem referências reiteradas à integralidade, sobretudo interseccional e sociocultural, à equidade e à universalidade. Participação social aparece associada aos arranjos, composição e diversidade dos atores e das redes.

Outro tema já consolidado na Saúde Coletiva é o da Assistência Farmacêutica, presente na Mostra com 24 trabalhos, 18 em *gestão do sistema* e 6 em *cuidado em saúde*. A *gestão do sistema* aparece em 14 trabalhos de implantação e aperfeiçoamento da Assistência Farmacêutica, inclusive um de âmbito regional, Rota dos Bandeirantes. Outros 4 apresentam questões relacionadas à compra de medicamentos no âmbito da judicialização da saúde. Destaque para o fato de 6 trabalhos inscritos em cuidados à saúde: atenção domiciliar, adesão ao tratamento e impacto na saúde da população.

Aqui o potencial de replicabilidade, difusão ou apropriação das experiências segue a tendência de que seja mais baixo quando envolve maior número de órgãos, departamentos ou esferas de governo, no caso em número de seis. Enquanto parece ser mais alto quando se refere a protocolos e mecanismos consolidados na *gestão* – ata de registro de preços, compras e dispensação. Os princípios do SUS mais recorrentes são a integralidade e a universalidade. A referência à equidade aparece em dois trabalhos e a participação social em outro deles.

Na Roda de Conversa desse tema foi salientado que a *gestão dos medicamentos* – planejamento, compras, provisão – ganha cada vez mais centralidade, inclusive em função de demandas judiciais. Em todo caso, a Política Nacional e as Relações de Medicamentos vêm se consolidando como parâmetros nas ações dos municípios.

Práticas Integrativas e Complementares

Por fim, algumas considerações sobre Práticas Integrativas e Complementares, tema presente na Mostra com 25 trabalhos, sendo 7 em *gestão do sistema* e a maioria, 18, em *cuidados em saúde*, o que seria esperado. Apesar de não ser um dos temas dos mais recorrentes no campo da Saúde Coletiva, por outro lado ele é, sabidamente, um dos que mais tem ganhado reconhecimento e interessados. A maior parte dos trabalhos, 17, são experiências sustentadas e já implantadas há mais de um ano, principalmente nos municípios maiores. Isto se confirma na medida em que 15 deles se encontram implantados e outros 5 em fase de monitoramento e avaliação.

Vinte trabalhos têm abrangência local, relacionados à clínica e praticados no interior de unidades de saúde. Outros dois podem ser considerados regionais devido à magnitude da cidade de São Paulo e também de cunho interseccional: um com o Meio Ambiente e outro em uma experiência com a Assistência Social e a Educação, voltados à formação e qualificação profissional. O chamado potencial de replicabilidade reforça essa ideia, pois que estes dois últimos são considerados baixos ao envolverem nível de qualificação muito específico por parte dos profissionais responsáveis.

As experiências apresentadas e discutidas na Roda de Conversa: foram 13 projetos sobre práticas corporais e meditativas. Outras 7 em medicina tradicional e complementar, inclusive acupuntura no tratamento do crack. E 5 mostraram estratégias de integração das práticas à Atenção Básica articuladas ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Há consenso sobre a necessidade de maior institucionalização e sustentabilidade – investimento, infraestrutura, insumos, pessoal –, o que faz com que boa parte das experiências se mantenha como projetos-pilotos. Foi reconhecida a importância da Política Nacional de Práticas Integrativas

e Complementares, de 2006, mas ainda carece a consolidação das mesmas no SUS.

Todas as experiências buscam a integralidade, sem exceção. Dezenove experiências contemplam também o princípio da universalidade e oito, o da equidade.

Considerações finais

O primeiro aspecto que se impõe ressaltar é que exitosa antes de tudo é a própria efetivação da Mostra. A proposta, a regularidade, a quantidade e a qualidade dos trabalhos representam a iniciativa, o comprometimento – e o cuidado com o cuidado – por parte dos trabalhadores da saúde, das mais variadas formações, setores e áreas.

Como não há a preponderância do viés acadêmico e as eventuais recompensas ou títulos, o ponto comum é a motivação e a disposição para o enfrentamento dos desafios cotidianos e a busca da troca e do diálogo, com arrojo e criatividade. São principalmente ações coletivas para coletivos, com ênfase no caráter de prevenção e promoção da Atenção Básica, na busca da reorientação de modelos de atenção e da reorganização de práticas e de processos de trabalho.

Vale lembrar que as experiências, seus desafios e suas proposições, devem ser lidas à luz de enquadramentos mais amplos, como àqueles discutidos nas duas *Grandes Conversas* realizadas no congresso por autoridades, estudiosos e gestores. Em uma delas tratou-se dos compromissos dos novos governos para garantia do SUS como política de Estado, diante das sabidas descontinuidades nas sucessões municipais. E na outra foram discutidas novas estratégias, no caso a regionalização, como garantia de acesso, de responsabilidade dos gestores e de sustentabilidade financeira.

Em relação aos princípios do SUS, mote das experiências, ganha evidência a busca da integralidade, ainda que não caiba aqui discutir seus

sentidos e significados. Em todo caso, traduz a preocupação central dos gestores e dos profissionais em atingir, de algum modo – ou de vários – o sentido finalístico da ação setorial, sobretudo na assistência. Igualmente se enfatiza a universalidade e a equidade. Já a participação social chama a atenção pela dificuldade de tradução e o trato, quase tangencial.

Para nós, do Instituto de Saúde, o êxito foi o de ter participado, pois a vivência em eventos desta natureza é de importância central na caminhada e na formação dos alunos deste Programa de Aprimoramento, haja vista a oportunidade de entrever o diálogo e a interseção entre saberes e as reflexões teórico-práticas dos profissionais, técnicos, intelectuais e gestores, que escrevem, compõem e tocam o SUS. Como deve ser.

Colaboradores

Ribeiro AAV, Cardoso, BF, Figueiredo CM, Gomes CMS, Duarte IS, Santos LCA, Freire LM, Vitório MF, Silva NF, Lima RJ, Botelho RA, Tesser TR, Marcelo TAR, Silveira TR, alunos do Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) – 2015 do Instituto de Saúde realizaram o trabalho de campo no XXIX Congresso do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS/SP.

Referências

1. Carvalheiro JR. Investigação em Serviços de Saúde: qual é o seu problema? Saúde soc [internet]. 1994. [acesso em 26 jun 2015] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901
2. Ibanhes LC, Ribeiro AAV, Cardoso, BF, Figueiredo CM, Gomes CMS, Duarte IS et al. XXIX Congresso do Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS/SP, Campos do Jordão-SP, 18-20 março 2015: relatório de atividades. São Paulo: Instituto de Saúde; 2015.

David Capistrano da Costa Filho, um exemplo a ser seguidoⁱ

David Capistrano da Costa Filho, an example to be followed

José Ruben de Alcântara Bonfimⁱⁱ

Sou favorável a uma estratégia de confronto, de conflito; se não fizermos confronto, conflito, não vamos avançar nem mudar nada. Uma das piores vertentes da tradição brasileira é o horror ao conflito, a busca do consenso, a valorização do consenso que gerou um tipo humano especial, que é chamado de “homem cordial brasileiro”. Essa ideia de consenso, de mascarar o conflito, só serve à conservação das coisas como estão.

David Capistrano Filho

Fragmento da última fala de David no 6º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, promovido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em Salvador, BA, em agosto de 2000.

De antemão, louvemos a iniciativa do professor José da Silva Guedes, secretário de Estado da Saúde e presidente do Conselho Estadual de Saúde, da professora Elza Lobo, secretária executiva deste Conselho, e das senhoras e senhores conselheiros, em homenagear David que foi, de forma muito apropriada, denominado pelo semanário Época, desta semana, um dos maiores sanitaristas do país.

É motivo de orgulho para todos nós que David tenha imprimido um significado especial à palavra

sanitarista que em um dicionário de referência¹ concebido em outro tempo, designa a “pessoa que é perita em assuntos sanitários”; o adjetivo sanitário então queria dizer “relativo à higiene”, “destinado a livrar ou preservar a saúde pública ou particular de tudo quanto pode prejudicá-la, principalmente no que diz respeito a doenças endêmicas ou contagiosas”.

É verdade que ainda nos ocupamos de enfermidades “endêmicas ou contagiosas” agora apresentadas sob outros novos tipos – simbolizados na síndrome de imunodeficiência adquirida – ou as enfrentamos sob formas ditas reemergentes.

Todavia David, com extraordinária competência, contribuiu para alargar o campo tradicional da saúde pública introduzindo os temas relativos às

ⁱ Alocução feita em 23 de novembro de 2000 na sessão de homenagem a David Capistrano da Costa Filho promovida pelo Conselho Estadual de Saúde de São Paulo. Transcrito do Boletim do Instituto de Saúde, n.º 25, pp. 17-8. Dezembro 2000.

ⁱⁱ José Ruben de Alcântara Bonfim (jrbonfim@isaude.sp.gov.br) é médico sanitário do Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e coordenador-executivo da Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (SOBRAVIME).

doenças crônicas degenerativas, hoje em dia, em nosso meio, responsáveis pela morbimortalidade mais expressiva, até então característica dos países desenvolvidos; ou seja, David foi um dos fundadores de nossa moderna saúde pública, mais bem denominada saúde coletiva.

Mas David não ficou apenas nisso. Infundiu, com muitos outros sanitaristas, no conceito de sanitarista, “a pessoa perita em assuntos sanitários”, a poderosa ideia² de que “se deve trabalhar com a ótica de atacar os problemas principais, os riscos maiores para a vida e a saúde da população, identificados pela investigação epidemiológica, pela experiência e pela pressão popular. E atacar com os meios, materiais e humanos, disponíveis, com as forças que tivermos à mão”; e que isso “não é difícil, e muito menos impossível, trabalhar assim. O único requisito indispensável é o compromisso. Compromisso com a vida e compromisso com os que sofrem”. David não só assinalou o novo conceito de sanitarista, as novas atribuições e responsabilidades, que está à espera de dicionarização. Realizou-as em pouco mais de um quarto de século de vida profissional.

Mas David não tinha somente a límpida compreensão de uma “cultura sanitária de síntese”, da necessidade de aplicação de uma efetiva Carta de Direitos — “o reconhecimento de direitos ao trabalho, à alimentação, à habitação salubre, à cultura, além dos mais amplos direitos civis e políticos”³ —, e da luta pelo desenvolvimento de leis complementares, na legislação ordinária, como Rudolf Virchow fez na Alemanha do século XIX, como os ingleses no pós-guerra e os italianos nos anos 1960. David salientou os aspectos político-culturais da construção do Sistema Único de Saúde, isto é, os aspectos político-culturais da municipalização. E empregava o termo político na acepção usada por Cícero, célebre orador e homem público romano: “Isto é, políticos por dizerem respeito aos interesses das

idades, enfim da coisa pública”⁴. David não é simplesmente um sanitarista de renome internacional. Foi um exemplo para que possamos dar um significado renovado à expressão servidor público, condição que também a exerceu pelo voto popular quando foi prefeito de Santos.

E para ressaltar essa outra dimensão de David, colhi em recente edição de textos de Cícero⁵ — creio que David não chegou a conhecer — um pensamento do orador latino a respeito do político ideal, do magistrado no sistema romano, isto é, de todo e qualquer ocupante de um cargo público: “A essência de um magistrado está em comandar e prescrever ações corretas, úteis e conformes às leis, pois como as leis presidem aos magistrados, assim os magistrados ao povo, e verdadeiramente se pode dizer que um magistrado é uma lei falante, e a lei, um magistrado mudo”.

A atuação multiface de David — o médico, sim porque ele exerceu a clínica que certamente ampliou sua sensibilidade política; o agitador social que honrou as tradições libertárias da humanidade; o organizador de serviços de saúde, de educação e de cultura que são reconhecidos como modelares; o difusor de ideias generosas para transformar nossa vida tornando-a mais justa — certamente exigirá um esforço de biógrafos sob um painel de sua intensa luta que começou antes do golpe militar de 1964, quando mal começava sua adolescência. Em muitos momentos expressou uma ideia recorrente, mesmo após a derrota do regime militar. Em 1978 ao apresentar esse extraordinário livro que é Medicina e Política, de Giovanni Berlinguer, um dos primeiros da coleção Saúde em Debate da qual foi um dos fundadores, disse David: “Tendemos a traduzir [a relação entre medicina e política] para saúde e democracia, porque nele não se trata de medicina, *stricto sensu*. Democracia porque a política que serve ao progresso sanitário — demonstra cabalmente o autor — é unicamente aquela que propugna a conquista, a de-

fesa e a ampliação constante da democracia, hoje aspiração maior do povo”.

Conquistamos a democracia formal, mas queremos algo mais profundo. As ideias e as realizações de David podem nos iluminar. Às contribuições para uma cultura sanitária de síntese de grandes sanitaristas — peço-lhes que perdoem esquecimentos — feitas por Samuel Barnsley Pessoa, Carlos Gentile de Mello, Maria Cecília Ferro Donnangelo, Mário Victor de Assis Pacheco, Ricardo Bruno Mendes Goncalves, Ricardo Laffetá Novaes, devemos juntar a contribuição especial de David Capistrano da Costa Filho.

Oswaldo Cruz diante das lides sanitárias disse que não se podia esmorecer para não desmerecer. Creio que David tinha uma compreensão um pouco mais profunda: “A paixão que nos deve possuir na nossa atividade de dirigentes municipais de saúde aparece às vezes como uma espécie de voluntarismo. Não faz mal: é mesmo preciso uma férrea vontade, pertinácia, persistência, insistência, para vencer os inúmeros obstáculos postos à nossa frente”⁶.

David tinha uma particularíssima obediência a princípios que conduzissem ao bem-estar comum. Recordei-me, no seu falecimento, do que disse Herman Hesse⁷: “A obediência é virtude. Toda a questão está a quem obedecer. A obstinação também é obediência. Mas todas as outras virtudes, tão estimadas e decantadas, são obediência a leis feitas pelos homens. O obstinado obedece a outra lei: ao ‘senso’ do que lhe é próprio”.

Creio que deveríamos, em homenagem a David, ter obstinação semelhante a dele. É muito difícil numa hora de morte consolar a família, os amigos, os companheiros de trabalho, os conhecidos e até os adversários que têm sensibilidade. Horácio, segundo Renzo Tosi⁸, registrou a sentença — *Multis ille bonnis flebiliso ccidit*, morreu quem é digno de ser chorado por muitos homens de bem. Nós, homens e mulheres de bem, vamos continuar a luta de David Capistrano da Costa Filho como ele conti-

nuou a luta de seu pai — simbolicamente sepultado com ele.

O ideal comunista de David poderia nos animar à construção de uma sociedade fraterna, livre das desigualdades econômicas, da violência social e da violência institucional, da corrupção, da falta de solidariedade e de amor.

1. Silva AP (org.). Novo dicionário brasileiro melhoramentos ilustrado. 3a ed. rev. São Paulo: Melhoramentos, 1965.
2. Costa Filho DC. Da saúde e das cidades. São Paulo: Hucitec; 1995, p. 38.
3. Ibidem, p. 18.
4. Ibidem, p. 40.
5. Cícero MT. Manual do candidato às eleições. Carta do bom administrador público. Pensamentos políticos selecionados. Tradução, introdução e notas: Ricardo Cunha Lima. São Paulo: Nova Alexandria; 2000, p. 123.
6. Costa Filho, op. cit., p. 43.
7. Hesse H. Para ler e pensar. Pensamentos extraídos de seus livros e cartas. Rio de Janeiro: Record; s/d, p. 67.
8. Tosi R. Dicionário de sentenças latinas e gregas. Tradução de Ivone Castilho Benedetti. São Paulo: Martins Fontes; 1996, p. 296.

Breve currículo

David Capistrano da Costa Filho (Recife, PE, 7-7-1948 – São Paulo, SP, 10-11-2000). Formado em 1972, pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Fez residência em medicina preventiva e social na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (1974-1975). Tornou-se especialista em saúde pública na FSP-USP em 1976, ingressando na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Um dos fundadores (1976) e diretor do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Dirigente do Partido Comunista Brasileiro (PCB), teve participação ativa na reconquista da democracia do País. Escritor de temas políticos e sanitários. Pioneiro na reorganização de serviços de saúde, foi secretário de Saúde de Bauru (1984-1987); secretário de Saúde e de Governo em Santos (1989-1992); prefeito de Santos (1993-1996); Fonte: Bonfim JRA, Bastos S. Índice anotado de personalidades, instituições, fatos históricos e científicos referidos na Parte I e sua bibliografia. Em: Bonfim JRA.; Bastos S. (orgs.). Walter Sidney Pereira Leser. Das Análises Clínicas à Medicina Preventiva e à Saúde Pública. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2009. p.131.

Entre suas obras destaque-se Capistrano Filho D. Da Saúde e das Cidades. São Paulo: Hucitec; 1995.

Leituras recomendadas:

Saúde em Debate. 2000 set./dez;24(56):3, 5-20. Disponível em: <http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>.

Melo MM (org.). David da saúde e da vida. Recife: Governo de Pernambuco, 2007.

Lancetti A. David amigo. Agradecimento na entrega do título de cidadão paulistano pela Câmara Municipal de São Paulo a David Capistrano Filho em 28 de fevereiro de 2002. In: Lancetti A. Contrafissura e plasticidade psíquica (pp. 129-134). São Paulo: Hucitec; 2015.

Memorial David Capistrano. Disponível em: http://www.obore.com/memorial/david_capistrano.html.

E também o vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=CD90LsSJKAA>.

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. No Qualis, o BIS está classificado nas áreas de Saúde Coletiva, Medicina I, Enfermagem, Psicologia e Sociologia..

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 resumos 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.

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, em versão recente, a fim de evitar incompatibilidade de comunicação entre diferentes sistemas operacionais. Figuras e gráficos devem ser enviados à parte, em arquivo JPEG ou equivalente.

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, repetindo o nome e informando: e-mail (entre parênteses), formação, maior titulação acadêmica, cargo e instituição a qual pertence.

Subtítulos do Texto: nos subtítulos não se deve usar núme-

ros, 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

BIS - Avaliação de Tecnologias de Saúde:

Informes Científicos

Orientação aos autores

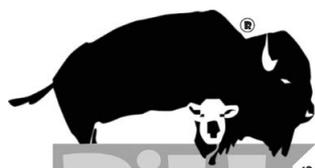
Informes Científicos de Avaliação de Tecnologias de Saúde incluem pareceres técnico-científicos e outros tipos de informes rápidos de avaliação de tecnologias de saúde (ATS), que possam contribuir para subsidiar a tomada de decisão sobre incorporação e ou exclusão de tecnologias no sistema de saúde. 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 Informes Científicos no formato ensaios e reflexões.
- Informes Científicos relativos 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.
- Autores: 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.



CONVENIÊNCIA GRÁFICA

Pré-impressão, impressão
e acabamento



INSTITUTO
DE SAÚDE



COSEMS/SP

**SECRETARIA
DA SAÚDE**

