



Boletim do Instituto de Saúde  
Volume 17 – Suplemento – Dezembro 2016  
ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529



# **VI PRÊMIO DAVID CAPISTRANO DE EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DOS MUNICÍPIOS PAULISTAS**

# Sumário

<b>Editorial</b> .....	3
<b>Feira da Saúde - prevenção e promoção da saúde no ambiente escolar</b> Cíntia de Oliveira Barboza, Denise Rezende Nascimento, Estela Vitor Burdin, Marcelo Cordeiro Barreto de Oliveira, Patricia Mara dos Santos, Regina Luriko Shimizu .....	5
<b>Inserção da acupuntura na Atenção Básica como tratamento terapêutico complementar das doenças crônicas</b> Naiellen Cristina Jotta Ferreira, Alessandra Lima Toledo Alvares.....	11
<b>Riscos sanitários nas instituições de atendimento do idoso</b> Giovanna Teresinha Candido, Maria José Alves Braga.....	14
<b>SUSDance Perus - saúde e qualidade de vida aos jovens de Perus</b> Nara Palatini Luccas, Fabio de Brito Braga, Felipe Cardim, Igor Wilson de Souza, João Vitor Alves dos Santos, Oswaldo de Souza Junior.....	19
<b>Jornada Participativa do SUS</b> Homero Nepomuceno Duarte, Cristina M. Athayde, José C. Ferreira, Karina A. Viana, Lucio E. Pereira, Shirlei Ap. de Sena, Silvana Silva.....	22
<b>Sistema de monitoramento de dengue do município de São José dos Campos</b> Beatriz de Fátima Pereira, André Luiz de Souza Silva, Cleber W. Fernandes Pinheiro .....	27
<b>Internação compulsória: resultado do processo de desinstitucionalização ou uma inserção da judicialização nas políticas públicas de Saúde Mental?</b> Maurício Massayuki Nambu, Rita de Cássia Rosa Calegaro .....	34
<b>Uma Dose de Atenção: projeto de humanização aos usuários do serviço de Saúde Mental na Atenção Básica</b> Fernanda Doretto André .....	39
<b>Estabelecendo fluxo de atendimento no Ambulatório de Infectologia à População Privada de Liberdade no município de Franco da Rocha-SP</b> Rosemeire Castanha .....	43
<b>Mama Nenê na Creche: projeto de incentivo à amamentação em creches do município de Americana-SP</b> Graciele Coral Fonseca Michelani, Maria Aparecida Mori Chen, Aline Marcelino da Silva, Sandra Regina Possobon .....	50

<b>Criação de um grupo para pessoas com dor crônica, uma abordagem terapêutica e social: um relato de experiência na UBS Vila Marchi</b>	
Vinicius Santos Sanches, Adriane Campo Gaino, Renata da Silva Santana, Marcia Teixeira da Silva, Elisangela de Oliveira Nascimento.....	58
<b>Equidade na gestão de recursos humanos: um estudo de redimensionamento no Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Saúde de Santos</b>	
Carolina Ozawa, Danielle Abujamra Siufy Nardez, Eliane Bittencourt Nogueira, Maria Lucia Martins da Silva Novaes, Tatiana das Neves Fraga Moreira.....	62
<b>Interação entre a vigilância em saúde e a atenção básica nas ações de controle da dengue em Jundiá –SP</b>	
Carlos Hitoshi Ozahata .....	69
<b>O desafio de capacitar profissionais da Atenção Básica, em aleitamento materno e alimentação complementar</b>	
Lucimeire S. M. Brockveld .....	74
<b>Quando as janelas se abrem: o papel da arte na reabilitação</b>	
Karina Cyrineu Vale, Maria Rodrigues Naves.....	80
<b>Saúde mental na atenção básica: um novo olhar sobre os encaminhamentos para as consultas psiquiátricas</b>	
Eliana Cristina Gardini .....	86
<b>Um olhar sobre os acumuladores no território de São Miguel Paulista, no desafio de um trabalho multiprofissional intersetorial, visando à atenção integral</b>	
João Gabriel Zerba Corrêa, Guilherme Costa Ferreira, Sueli Alcantara Ambrosio, Valéria Iracy Lira Florentino, Patrícia Garcia Braga dos Anjos .....	91
<b>Breve Panorama da XIII Mostra de Experiências Exitosas do XXX Congresso do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS/SP</b>	
Lauro Cesar Ibanhes, Luiza Sterman Heimann.....	95

# Editorial

É com grata satisfação que apresentamos o segundo número do *Boletim do Instituto de Saúde (BIS)*, especialmente dedicado aos trabalhos que se destacaram na 13ª Mostra de Experiências Exitosas em Saúde Pública dos municípios paulistas e receberam o VI Prêmio David Capistrano, por ocasião do XXX Congresso dos Secretários Municipais de Saúde de São Paulo, no ano passado.

Resultado da cooperação entre o Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo – COSEMS/SP, a edição especial deste ano contou também com o fundamental apoio da Organização Panamericana de Saúde – OPAS, que associou-se às duas instituições e viabilizou a publicação dos 20 trabalhos escolhidos entre quase 600 enviados por municípios de todas as regiões do Estado. Por esta razão, esta publicação integra concomitantemente a Coleção SUS que Dá Certo, sendo seu número 2.

A cada ano constatamos a evolução qualitativa dos trabalhos inscritos, tradução do amadurecimento e da consolidação do Sistema Único de Saúde no âmbito local, pois os autores são trabalhadores que desempenham funções de gestão, planejamento e execução dos mais variados serviços e ações que constituem a complexa teia de ofertas da saúde pública brasileira.

A realização anual da Mostra de Experiências Exitosas revela ainda outra dimensão da saúde pública que, em geral, tem pouca visibilidade ou escasso reconhecimento. Trata-se do papel formador inerente às práticas da gestão e da execução de uma das maiores políticas públicas do mundo. Após quase 30 anos de existência, ancorado em princípios e parâmetros absolutamente novos e revolucionários em relação aos modelos que o antecederam, o Sistema Único de Saúde apresenta um acúmulo gigantesco e plural de práticas que estimulam a reflexão e a sistematização, com o

objetivo de aprimorar e sofisticar novas maneiras de fazer. Esse processo, dinâmico e pleno de possibilidades, produz um corpo teórico vivo, pulsante, complexo, sustentado e impulsionado permanentemente por aqueles que são os próprios sujeitos da prática transformadora representada pela constante produção e reprodução do SUS.

Assim, o SUS reinventa-se como um grande e rico campo de formação profissional, lançando mão, para tanto, do método científico e de constatações baseadas em evidências, para a qualificação permanente de seus agentes em todos os níveis de atuação. Constitui-se, dessa forma, em uma autêntica Universidade dirigida para a saúde pública, espaço social, político e cultural de debate e de produção teórica de qualidade.

A Mostra de Experiências Exitosas dos Municípios consolida anualmente essa constatação e dá visibilidade a uma pequena parte da imensa produção prática e teórica que fecunda o campo da saúde pública brasileira.

Ao emprestar seu prestígio ao evento, o Instituto de Saúde nos honra a todos, gestores e trabalhadores do SUS, e reafirma seu compromisso com a produção científica e seu caráter de plataforma de transformação social.

A participação, neste segundo número especial do *BIS*, da Organização Panamericana de Saúde como entidade colaboradora aponta para novas e promissoras perspectivas de fortalecimento e consolidação do caráter formador do Sistema Único de Saúde.

Aos autores dos trabalhos apresentados na 13ª Mostra apresentamos nossos cumprimentos pela iniciativa e dedicação em registrar suas experiências com rigor metodológico e pelo entusiasmo em aceitar o desafio de construir um SUS cada vez mais forte e melhor.

**Luiza Sterman Heimann**

**Stênio José Correia Miranda**

**Fernando Antônio Gomes Leles**

### **Instituto de Saúde**

Rua Santo Antônio, 590 – Bela Vista  
São Paulo-SP – CEP 01314-000  
Tel: (11) 3116-8500 / Fax: (11) 3105-2772  
www.isaude.sp.gov.br  
e-mail: boletim@isaude.sp.gov.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**

Volume 17 – Suplemento – Dezembro 2016  
Realizado em parceria com o Conselho de Secretários Municipais do Estado de São Paulo (COSEMS/SP) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)  
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](http://www.isaude.sp.gov.br)  
Portal de Revistas da SES-SP – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>

#### Editores

Márcio Derbli  
Bruno Scarpelli Quiqueto (COSEMS)  
Fernando Antônio Gomes Leles (OPAS)

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica  
Camila Garcia Tosetti Pejão

#### Administração

Bianca de Mattos Santos

#### Biblioteca

Carmen Campos Arias Paulenas

#### Revisão

Heleusa Angélica Teixeira

#### Diagramação

Fátima Consales

Editoração, CTP, Impressão e Acabamento  
Imprensa Oficial do Estado S/A – IMESP

---

### **Conselho editorial**

**Amanda Cristiane Soares** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
**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  
**Benedito Medrado** – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife-PE – Brasil  
**Camila Garcia Tosetti Pejão** – 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 Pirotta** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
**Lúcia Rivero Pupo** – 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  
**Marina Ruiz de Matos** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
**Maria Lúcia Magalhães Bosi** – Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza-CE – Brasil  
**Monique Borba Cerqueira** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – 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. Venancio** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
**Tereza Setsuko Toma** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

# Feira da Saúde – prevenção e promoção da saúde no ambiente escolar

## Health Fair – prevention and health promotion in the school environment

Cíntia de Oliveira Barboza<sup>I</sup>, Denise Rezende Nascimento<sup>II</sup>, Estela Vitor Burdin<sup>III</sup>,  
Marcelo Cordeiro Barreto de Oliveira<sup>IV</sup>, Patricia Mara dos Santos<sup>V</sup>, Regina Luriko Shimizu<sup>VI</sup>

### Resumo

O ambiente escolar é muito importante para desenvolver, no processo de ensino, as ações de saúde. Assim, o NASF Continental e a UBS Paulista, junto com parceiros, desenvolveu uma Feira da Saúde na Escola Estadual Roberta Maria Lopes Chaves, com o objetivo de ampliar o conceito de saúde, mobilizando para o autocuidado e autonomia. Foi realizado um circuito com dez salas temáticas: Saúde Bucal; Higiene Pessoal; Guarda Responsável; Circuito Sensorial; Grafite; Bullying; Alimentação Saudável; Lixo; Água Virtual; e Medicação. Participaram dessa atividade 682 alunos, da 1ª à 8ª série. O objetivo foi alcançado, visto que a proposta principal era agregar conhecimento sobre saúde, valorizando a participação das crianças nessa construção de saber, o que foi constatado durante as atividades com perguntas e grande interação das mesmas. A parceria com a organização escolar foi um facilitador para que a estratégia fosse bem-sucedida, motivando os atores participantes, tanto as crianças quanto os profissionais.

**Palavras-chave:** Saúde, Educação; Prevenção; Qualidade de vida.

### Abstract

Scholar environment is very important to develop, in teaching process, health action. Therefore, NASF Continental and UBS Paulista, Brazilian basic care organizations, with partners support, developed a Health Fair at the State School “Roberta Maria Lopes Chaves”, aiming to expand health concept, mobilizing to self-care and autonomy. A circuit was developed in ten theme rooms: oral health; personal hygiene; responsible guard; sensorial circuit; graphite; bullying; health feeding; garbage; virtual water; and medication. 682 students, from 1st to 8th grade, took part in this activity. The aim was reached, considering that the main proposal was to aggregate knowledge about health, valuing children participation in the construction of knowledge, which was stated during activities with questions and interaction from these children. The partnership with the scholar organization made it easier for the strategy to succeed, motivating the actor involved, both children and professional participants.

**Keywords:** Health, Education; Prevention; Quality of life.

<sup>I</sup> Cíntia de Oliveira Barboza é Nutricionista do NASF Continental – Município de Guarulhos-SP

<sup>II</sup> Denise Rezende Nascimento é Fisioterapeuta do NASF Continental – Município de Guarulhos-SP

<sup>III</sup> Estela Vitor Burdin é Fonoaudióloga do NASF Continental – Município de Guarulhos-SP

<sup>IV</sup> Marcelo Cordeiro Barreto de Oliveira é Assistente Social do NASF Continental – Município de Guarulhos-SP

<sup>V</sup> Patricia Mara dos Santos é Fisioterapeuta do NASF Continental – Município de Guarulhos-SP

<sup>VI</sup> Regina Luriko Shimizu é Psicóloga do NASF Continental – Município de Guarulhos/SP



### Introdução

**A** Organização Mundial de Saúde define a saúde como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades*” (OMS, 1997, pág. 1). Dessa forma, a concepção ampliada de saúde refere que o indivíduo seja visto como um todo e não apenas em partes, necessitando a intersectorialidade na construção dos saberes para a produção de saúde, articulando e mediando a prevenção e promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida.

O ambiente escolar é muito importante para desenvolver, no processo de ensino, as ações de saúde. Dessa forma, foi criado em 2007 o Programa Saúde na Escola (PSE)<sup>1</sup>, visando a realizar e organizar estratégias intersectoriais para aprimorar o desenvolvimento pleno de crianças e adolescentes da educação pública.

Percebe-se que a educação e a saúde estão extremamente interligadas no contexto do desenvolvimento do pensar crítico e reflexivo enquanto sujeitos histórico e social capaz de opinar nas decisões do cuidar de si e da coletividade, podendo transformar a realidade em que estão inseridas.

O ensino por meio do lúdico é uma importante ferramenta na construção da aprendizagem, visto que, por meio da exploração a criança expande seus pensamentos e aprendizados, adjunto à observação e investigação do mundo. Essa exploração faz com que a criança se relacione com o mundo pensando e agindo sobre o mesmo.

Para Vygotsky (1984, pág. 103) “*a aprendizagem e o desenvolvimento estão estritamente relacionados, sendo que as crianças se inter-relacionam com o meio objetual e social, internalizando o conhecimento advindo de um processo de construção*”. Pensando nessas interações, a metodologia utilizada busca atuar de forma lúdica e

tendo em vista possibilitar espaços para reflexão de maneira a dar sentido as experiências vivenciadas e que assim, incentive a autonomia e o autocuidado no fazer saúde.

Sendo assim, tendo a escola Escola Estadual Roberta Maria Lopes Chaves como forte aliada, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) Continental e a Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Paulista se uniram para desenvolver uma Feira da Saúde articulando as várias esferas sociais; assegurando a diversidade no desenvolvimento do protagonismo infantojuvenil; enfatizando a autonomia e responsabilidade das mesmas favorecendo para a construção de um adulto saudável e possíveis multiplicadores de saberes.

Os parceiros convidados foram:

- Centro de Educação Ambiental (CEA) Jardim City Las Vegas;
- Coordenadoria da Juventude;
- Coordenadoria do Fundo Social de Solidariedade.

### Objetivo

Ampliar o conceito de saúde, mobilizando para o autocuidado e autonomia para a prevenção e promoção da saúde e, assim, melhor qualidade de vida.

### Metodologia

Foi organizada uma feira de saúde em formato de circuito, distribuída em 10 salas temáticas. Sendo que, cada período de aula (manhã e tarde) tinham exatamente 10 salas de aulas - período da manhã: 1ª à 4ª série e período da tarde: 5ª à 8ª série - cada sala de aula percorria o circuito passando em cada sala temática e permanecendo nela por 30 minutos, quando soava a sirene para que trocassem de sala.

Os temas contemplados foram organizados da seguinte maneira:

Sala 1: Saúde Bucal - Odontologia UBS Paulista

Realizado o jogo da Trilha Bucal.

Nessa sala temática foi aplicado o jogo da Trilha Bucal, a qual era representada por uma boca em papel com 28 dentes, em que cada dente correspondia a uma casa numerada, iniciando-se pelo segundo molar superior direito com o número um, primeiro molar superior direito com o número dois e assim sucessivamente no sentido horário até o último dente, sendo esse o segundo molar inferior direito com o número 28.

Foi criada uma tabela com as regras da Trilha da Saúde Bucal relacionadas à higiene bucal e alimentação. Em cada dente foi adicionada uma característica ilustrativa, podendo ser positiva fazendo com que o participante avançasse ou negativa fazendo com que ele retrocedesse. As características relacionadas podem ser exemplificadas como: restos de alimentos entre os dentes, gengivas sangrando, ausência de tártaro, ausência de cárie, entre os outros.

Os participantes foram divididos em duplas que lançavam um dado e esses avançavam de acordo com o número sorteado seguindo as orientações de cada casa (dente). Assim, sucessivamente, dupla por dupla jogavam o dado, até que a primeira dupla que chegasse na última casa do jogo era a campeã da Trilha da Saúde Bucal.

Sala 2: Higiene Pessoal - Enfermagem UBS Paulista

Período da Manhã: Palestra sobre Higiene Pessoal.

Foi realizada uma reflexão sobre a importância dos cuidados básicos com a higiene e sua relação com a saúde, buscando refletir sobre autocuidado, autonomia, autoestima e interação social.

Como metodologia foi elaborado material de apoio visual como cartazes informativos contendo orientações sobre a forma correta da higienização de cada parte do corpo e frases disparadoras e motivadoras a respeito do tema abordado para a discussão. Exemplos: O que a higiene pessoal faz por você?; A higiene pessoal previne a ocorrência de doenças infecciosas?; A higiene pessoal influencia na sua relação com as outras pessoas?

Período da Tarde: Exposição de Imagens de Tatuagens e Piercings sem os Devidos Cuidados.

Foi realizada uma reflexão a respeito da motivação que levam os jovens a procurarem esse tipo de procedimento, os cuidados pré e pós procedimentos bem como, os riscos para a saúde.

Os aspectos abordados foram os riscos de contaminação por bactérias e vírus que podem causar doenças como hepatites, HIV, entre outras e também, reações dermatológicas, alérgicas e cicatrizes indesejáveis relacionadas ao organismo de cada indivíduo.

Como metodologia foram confeccionados cartazes com imagens de procedimentos que respeitaram os cuidados necessários levando em consideração a escolha de um bom profissional, local que atende as condições de higiene sanitária e os cuidados pré e pós procedimentos. Em contrapartida, foram elaborados também cartazes com imagens impactantes com tatuagens/piercings que não tiveram esses mesmos cuidados e que ocasionaram inflamações, dermatites, má cicatrização, entre outras.

A partir destas imagens foi aberto espaço para discussão e reflexão do tema.

#### Sala 3: Guarda Responsável - NASF

Explicamos às crianças sobre os cuidados necessários com os animais de estimação (saúde, higiene e bem-estar), explicitando sobre a

importância de levá-los ao veterinário para avaliações e vacinas necessárias. Bem como quais são os deveres e responsabilidades de um tutor.

Explicou-se também que as zoonoses são doenças que podem ser transmitidas entre os animais e os humanos, abordando quais as principais e como preveni-las.

Foi explanado que a relação homem-animal pode trazer diversos benefícios à saúde física e psicológica das pessoas.

Tivemos a participação de dois cães coterapeutas, com os quais as crianças puderam interagir. Os cães participantes desta ação passaram por processos de dessensibilização, socialização e treinamento para desenvolver esse tipo de atividade.

Foi aberto espaço para que os participantes pudessem colocar comentários e, ou, tirar dúvidas sobre o assunto.

#### Sala 4: Circuito Sensorial - NASF

Circuito para estimulação sensorial, em que as crianças entravam na sala uma de cada vez, descalças, vendadas e direcionadas pelos professores.

- Visão: as crianças realizaram todo o circuito com os olhos vendados;

- Olfato: através do olfato as crianças tinha que adivinhar o que havia em cada recipiente: queijo ralado, canela e chocolate;

- Paladar: com um conta-gotas, gotinhas de limão, açúcar ou sal eram colocados na língua das crianças para que elas, ao provar, identificassem cada item;

- Audição: foi utilizado um aplicativo com sons de animais e as crianças tinham que identificar qual o animal que emite aquele som;

- Tato: os estímulos para mãos e pés foram realizados utilizando bolinhas de gelatina, lixa, algodão, colchonetes, amoeba e corda.

A passagem para os diversos estímulos era diferenciada por cortinas que também continham mais estímulos, como: feltro com perfume; bolinhas de isopores; colares de plumas com guizos; e canudos.

Sala 5: Grafite - Coordenadoria da Juventude  
Apresentação de um vídeo sobre a história do grafite com sua origem, representação das diversas tribos sociais e as diferentes vertentes da arte.

Em seguida o palestrante compartilhou a sua história de vida pessoal com o grafite e como agregou esse interesse na vida profissional, exemplificando com projetos dentro da Educação e nos diversos movimentos sociais que já participou e, também, ilustrando o trabalho atual da Coordenadoria da Juventude, em que tem o grafite como ferramenta de transformação social e cria espaço para discussão de um projeto de vida dos jovens envolvidos.

Para finalizar, foi exposto algumas fotos de diversos trabalhos com grafites que o palestrante atuou.

Sala 6: Bullying - NASF

Teatro sobre o assunto e uma discussão sobre a presença deste tema em suas vidas.

Foi dramatizada uma cena de duas pessoas que se agrediam verbalmente – e até mesmo fisicamente – devido à não aceitação mútua, por conta das diferenças físicas. Um cenário em que há um opressor que domina o outro atacando a sua fragilidade emocional.

A partir desse contexto, foram levantadas questões vivenciadas pelos alunos, tendo em vista entender e refletir sobre o tema, sobre os seus valores, problematizando e buscando com eles as respostas para os questionamentos que surgiram.

Sala 7: Alimentação Saudável - Coordenadoria do Fundo Social de Solidariedade

Foi realizada uma apresentação de alimentos para trabalhar as questões de alimentos Saudáveis X Industrializados e uma atividade referente ao Projeto Saúde com Casca e Tudo, que visa o aproveitamento integral dos alimentos, utilizando receitas de baixo custo e grande valor nutricional.

Após a exibição de um vídeo sobre o tema, as crianças puderam degustar sucos feitos com folhas e verduras.

Sala 8: Lixo - Centro de Educação Ambiental Jardim City Las Vegas

Palestra sobre a grande produção de lixo, descarte incorreto de resíduos e seu impacto no meio ambiente. Assim como: quais são os tipos de lixo, quais as formas corretas de descarte, os processos da reciclagem e como funciona um aterro sanitário.

Exposição de objetos feitos a partir do reaproveitamento de resíduos sólidos.

Realizada apresentação de vídeo sobre o tema e, logo após, roda de conversa para discussão.

Sala 9: Água Virtual - Centro de Educação Ambiental Jardim City Las Vegas

Exposição sobre o consumo de água na produção de um bem, produto ou serviço e o seu conceito não apenas no sentido visível, físico, mas também no sentido virtual, considerando a água necessária aos processos produtivos indiretos também.

Explanação sobre a importância desse recurso na vida do planeta, uma vez que é um elemento essencial para a sobrevivência de animais e vegetais. Bem como sobre o impacto do desperdício e da poluição da água na Terra.

Foram abordadas também as atitudes/dicas de consumo consciente da água.

Sala 10: Medicação - Farmacêutica UBS Paulista

Palestra sobre a importância do uso correto da medicação e a necessidade de sempre se manter a dosagem e o período prescritos pelo médico, além do perigo da automedicação. Assim como a explicação sobre as consequências de se usar medicamentos com data de validade vencida.

Mostrou-se também como o descarte incorreto de medicamentos pode ocasionar danos à saúde da população, a agressão do meio ambiente e a contaminação da água, do solo e dos animais.

Foi aplicado um questionário para os professores responderem sobre o tema, a duração, a metodologia, com apenas uma questão aberta.

### Resultado

O objetivo proposto foi alcançado, visto que a proposta principal era agregar conhecimento sobre saúde, valorizando a participação das crianças nessa construção de saber, o que foi constatado durante as atividades com perguntas e grande interação das mesmas, sendo um total de 682 alunos contemplados.

A metodologia utilizada e a duração do circuito foram em sua maioria, analisadas como adequadas.

A parceria intersetorial foi um grande motivador para despertar o interesse do público, visto que a metodologia na apresentação das temáticas envolveu o público, sendo bastante interativa e de fácil compreensão.

A reclamação quanto uma profissional e sua metodologia também teve certa relevância,

porém, no contexto geral, os alunos e professores aprovaram o evento.

As crianças, segundo a coordenadora, permaneceram falando sobre o evento durante a semana e umas das falas foram “Hoje, a escola foi legal”.

### Conclusão

A parceria com a organização escolar foi um facilitador para que a estratégia fosse bem-sucedida, motivando os atores participantes, tanto as crianças quanto os profissionais participantes.

A importância desse tipo de ação foi fornecer clareza conceitual e recursos para a construção crítica dos saberes de forma a despertar o autocuidado e empoderamento para escolhas mais assertivas, possibilitando uma reflexão para o que cada um acredita ser e ter qualidade de vida.

### Referências

1. Passo a passo PSE (Programa Saúde na Escola) - Tecendo Caminhos da Intersetorialidade. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Brasília-DF. 2011.
2. Cadernos de Atenção Básica - Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Ministério da Saúde. Brasília - DF. 2012.
3. OMS/WHO. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Measuring Quality of Life. 1997.
4. VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. Martins Fontes: São Paulo, 1984.

# Inserção da acupuntura na Atenção Básica como tratamento terapêutico complementar das doenças crônicas

## Introduction of acupuncture in Primary Care as a complementary therapeutic treatment of chronic diseases

Naiellen Cristina Jotta Ferreira<sup>I</sup>, Alessandra Lima Toledo Alvares<sup>II</sup>

### Resumo

Com uma análise dos principais motivos de consultas médicas nas unidades básicas de saúde, observou-se que 85% dos pacientes queixavam-se de dores crônicas e, por consequência, faziam o consumo diário de medicações. Diante dessa realidade e com o intuito de proporcionar uma melhoria na qualidade de vida, prevenção, promoção e reabilitação em saúde, a acupuntura foi introduzida na Atenção Básica como terapia complementar às doenças crônicas. A experiência demonstrou-se relevante ao decorrer das sessões, que apontaram uma diminuição no consumo de medicamentos e a recuperação de pacientes que anteriormente tinham limitações das ações básicas de vida.

**Palavras-chave:** Terapias complementares; Atenção básica; Doença crônica.

### Abstract

Through the analysis of main reasons for appointments in health basic unities, it could be observed that 85 % of patients complained about chronic pain and, consequently, used to consume medication daily. Considering these data and aiming to improve the quality of life, health prevention, promotion and rehab, acupuncture was introduced in basic care as a complementary therapy for chronic pain. The experience showed itself relevant over sessions, pointing a decrease of medication consumption and the recovering of patients that previously used to have limitations in daily and basic actions.

**Keywords:** Complementary therapies, Basic care, Chronic disease.

<sup>I</sup> Naiellen Cristina Jotta Ferreira (enfermagem@dhspompeia.com) é Enfermeira do Departamento de Higiene e Saúde de Pompeia-SP

<sup>II</sup> Alessandra Lima Toledo Alvares (alessandra\_toledo@hotmail.com) é Enfermeira, Departamento de Higiene e Saúde de Pompeia-SP



### **Introdução e justificativa**

O município de Pompeia-SP, com a proposta da intensificação a prevenção e promoção da saúde, introduzimos em todas as unidades básicas, com o apoio do Programa de Melhoria da qualidade na Atenção Básica PMAQ, a acupuntura como forma terapêutica complementar das doenças crônicas, iniciando no mês de abril de 2015. A acupuntura é um conjunto de práticas terapêuticas inspirado nas tradições médicas orientais. Criada há mais de dois milênios, a acupuntura é um dos tratamentos médicos mais antigos do mundo. Consiste na estimulação de locais anatômicos sobre ou na pele os chamados pontos de acupuntura. Buscamos a recuperação do organismo como um todo pela indução de processos regenerativos, normalização das funções alteradas, reforço do sistema imunológico e controle da dor. Analisando os relatórios de atendimento das unidades básicas a quantidade

de consultas médicas por queixa dores crônicas, em torno de 85%, levando ao consumo diário de medicações como antiinflamatórios entre outras. Sendo uma proposta inovadora na atenção básica do município, inserimos um profissional na equipe básica para a realização dos atendimentos e a elaboração de planos terapêuticos e linha de cuidado como parte da equipe, atingindo resultados expressivos na qualidade de vida.

### **Objetivos**

Realizar tratamento alternativo e complementar aos pacientes portadores de doenças crônicas, proporcionando a melhoria da qualidade de vida e reabilitação à saúde.

### **Metodologia**

Iniciamos essa experiência exitosa no ano de 2015 realizando o levantamento das

principais doenças atendidas na atenção básica. Dessa forma, elaboramos ações e as desenvolvemos. As principais queixas dos pacientes eram dores musculoesqueléticas, cefaleias e transtorno de ansiedades, predominantemente as dores crônicas elevavam os atendimentos de consultas médicas em torno de 73% englobando o consumo diário de medicamentos. Elaboramos um protocolo para direcionar os profissionais e rastrear as necessidades e organizar fluxos de atendimentos, proporcionando acesso ao serviço. As unidades de saúde iniciaram com trabalhos em sala de espera e programas como saúde da mulher, DCNT entre outras, demonstrando como realiza os atendimentos e demonstrando os atendimentos. As agendas foram selecionadas para os atendimentos em horário diferenciados para garantir maior adesão e diminuir os faltosos. O horário estabelecido ficou sendo das 16 às 20 horas no espaço físico das unidades básicas de saúde. Os Agentes Comunitários de Saúde, nas visitas diárias, orientam sobre o programa e a seus benefícios na qualidade de vida. Os pacientes que iniciaram o acompanhamento durante as primeiras sessões relataram a melhora das dores e a diminuição dos medicamentos, sendo que nas últimas 10 sessões cessaram o uso dos medicamentos e voltaram a exercer atividades simples do dia a dia, como varrer, lavar, caminhar, entre outras, com a avaliação final do tratamento pontuando de 0 a 10 como 10, atingindo a melhora da qualidade de vida. Os médicos clínicos das unidades básicas foram essenciais para o bom desenvolvimento das experiências, como instrumento de acompanhamento e reavaliação

dos pacientes e suas queixas. A proposta dessa experiência foi motivadora e gratificante, demonstrando paciente com limitação das ações básicas de vida voltando a sua rotina com autoestima elevada.

### Resultados

- Inserção do tratamento complementar e alternativo na atenção básica;
- Profissional acupunturista na atenção básicas;
- Diminuição das consultas médicas por melhora das dores crônicas;
- Controle de medicamentos em uso diário em 73%;
- Melhoria na qualidade de vida proporcionando autocuidado e valorização pessoal;
- Horário de atendimento diferenciado para melhor adesão e acesso;
- Planejamento de linha de cuidados em parceria da equipe multidisciplinar;
- Aplicação de recurso financeiro PMAQ para qualificação da atenção básica.

### Considerações finais

A experiência inovadora citada demonstrou para a equipe e pacientes a melhora da qualidade de vida e busca de atividades complementares na saúde pública como prevenção e promoção e reabilitação a saúde. Com os resultados apresentados adquirimos credibilidade na classe médica transformando como aliados no tratamento alternativo e proporcionando atividades complementares sem uso de medicamentos aos pacientes.

# Riscos sanitários nas instituições de atendimento do idoso

## Sanitary Risks in Institutions of Assistance to the Elderly

Giovanna Teresinha Candido<sup>1</sup>, Maria José Alves Braga<sup>II</sup>

### Resumo

O objetivo foi realizar um levantamento dos riscos sanitários mais comuns encontrados nas inspeções sanitárias, com vistas a elaborar um recurso educativo para orientar a população quanto à segurança dos idosos nas instituições de atendimento ao idoso no município de Ribeirão Preto. Os resultados evidenciaram os riscos sanitários mais comuns a que estão expostos os idosos institucionalizados e a que aspectos esses riscos se relacionam. Acredita-se que o recurso educativo proporcionará a divulgação de conhecimento dos riscos sanitários aos familiares e à sociedade em geral e poderá contribuir de maneira mais efetiva na proteção e defesa dos direitos dos idosos institucionalizados, conforme previsto no Estatuto do Idoso<sup>3</sup>.

**Palavras-chave:** Idoso; Fatores de risco; Promoção da saúde.

### Abstract

This study aims to carry out a survey of the most common sanitary risks found in sanitary inspections, in order to make an educative resource to guide population about elderly security in institutions of assistance to the elderly in Ribeirão Preto municipality. The results showed the most common sanitary risks to which institutionalized elderly are subject and which aspects are these risks related to. It can be said that educative resource will provide the spread of sanitary risks to the families and the population in general. Furthermore, it will contribute in a more effective way to the institutionalizes elderly rights protection and defense, according to what is stated at the Senior Citizens Statute, a statute that assure elderly people rights.

**Keywords:** Aged; Risk factors; Health promotion.

<sup>1</sup> Giovanna Teresinha Candido (giovanna.teresinha@bol.com.br) é Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto/SP, na Divisão de Vigilância Sanitária.

<sup>II</sup> Maria José Alves Braga (bragamaria1968@yahoo.com.br) é Agente Técnico de Fiscalização da Vigilância Sanitária de Ribeirão Preto/SP.



## Introdução

A população brasileira, seguindo uma tendência mundial, vivencia o aumento na quantidade de pessoas idosas e maior longevidade. Atualmente, sabe-se que a população de idosos no Brasil aproxima-se de 28 milhões de pessoas e que, em 2050, esse número chegará a 64 milhões<sup>6</sup>. Essa perspectiva aponta para a necessidade de novas estratégias que garantam para a população idosa maior qualidade de vida.

No Brasil, a Política Nacional do Idoso a Política Nacional de Saúde do Idoso<sup>4</sup> e o Estatuto do Idoso<sup>3</sup> são exemplos de ações que vêm sendo desenvolvidas no âmbito governamental para melhoria da condição de vida da população idosa.

Com o aumento de pessoas idosas nos domicílios, aliado às famílias que permanecem grande parte do tempo ausentes devido a trabalho e demais atribuições da vida moderna, aparecem as dificuldades por falta de pessoas que possam apoiar no cotidiano do idoso. Nesse

cenário, emergem profissões e instituições especializadas na prestação de serviços voltados para o público idoso.

As instituições de atendimento ao idoso vêm se tornando uma alternativa para as famílias que ficam impossibilitadas de oferecer os cuidados de que o idoso necessita. Para muitos, a decisão de institucionalizar um familiar idoso é muito difícil, principalmente do ponto de vista emocional, e ocorre quando todos os recursos e habilidades se esgotaram. Outros percebem a institucionalização de forma negativa, como um descaso e abandono com a transferência de responsabilidades e, não, uma alternativa quando o cuidado requer uma estrutura física adaptada, profissionais habilitados e assistência de maior complexidade, atendimento este que fica limitado na residência familiar.

A legislação sanitária define instituições de atendimento ao idoso como: Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), Clínicas ou Residências Geriátricas e os Centros de Convivência para Idosos.

As Instituições de Longa Permanência para Idosos são aquelas de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania<sup>1</sup>.

As Clínicas ou Residências Geriátricas, também denominadas Casas de Repouso, são instituições destinadas aos pacientes em regime de internato e com mais de 60 anos, sob responsabilidade médica, destinada à prestação de serviços médicos, de enfermagem e demais serviços de apoio terapêutico<sup>2</sup>. Esses serviços são adequados para idosos acamados, com dispositivos como sondas, ostomias, próteses e problemas cognitivos.

Os Centros de Convivência para Idosos são serviços de assistência social sem alojamento que atendem a população idosa<sup>3</sup>, oferecendo alimentação e atividades culturais, recreação e de lazer durante o período diurno. Esses locais destinam-se aos idosos com autonomia que permanecem em seu domicílio durante a noite e nos finais de semana, favorecendo a manutenção do vínculo familiar.

O Estatuto do Idoso<sup>3</sup>, que assegura os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, define, em seu artigo 52, que:

*“as entidades governamentais e não governamentais de atendimento ao idoso serão fiscalizadas pelos Conselhos do Idoso, Ministério Público, Vigilância Sanitária e outros previstos em lei”. (BRASIL, 2003, p. 35).*

Compete à Vigilância Sanitária a realização de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de

serviços que se relacionam, direta ou indiretamente, com a saúde<sup>2</sup>.

Nas instituições de atendimento aos idosos, a atuação da Vigilância Sanitária tem como objetivo a redução dos riscos sanitários, ou seja, a diminuição dos perigos que possam ameaçar a saúde no dia a dia dos idosos, relacionados às condições físicas, higiênicas, ambientais, de saúde e sociais.

Em Ribeirão Preto, no interior do Estado de São Paulo, a quantidade de instituições de atendimento aos idosos tem aumentado expressivamente nos últimos anos, o que pode ser atribuído ao aumento da demanda social. Atualmente, são 65 instituições cadastradas no serviço de Vigilância Sanitária Municipal, algumas de natureza filantrópica, mas a maioria atua na prestação de serviços com finalidade lucrativa, ou seja, são empresas privadas.

Diante dessa demanda social, torna-se relevante e oportuno desenvolver estudos sobre as instituições de atendimento ao idoso, sobretudo em relação às questões sanitárias.

### **Objetivo geral**

Realizar um levantamento dos riscos sanitários mais comuns encontrados nas instituições de atendimento ao idoso durante as inspeções sanitárias que possa subsidiar a elaboração de recurso educativo para a população quanto à segurança do idoso nas instituições de atendimento ao idoso.

### **Metodologia**

Para a coleta de dados foram analisados documentos oficiais escritos do arquivo do serviço de Vigilância Sanitária Municipal, como relatórios de inspeções, fotos e autuações aplicadas às instituições de atendimento ao idoso de janeiro a junho de 2015.

A norma sanitária RDC 283/2005 ANVISA<sup>1</sup> estabelece o padrão mínimo de funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos e foi utilizada como parâmetro para definição dos aspectos de recursos humanos, infraestrutura, alimentação e parte documental. Foram considerados os riscos sanitários descritos com mais frequência nos relatórios.

### Resultado

Os riscos sanitários mais prevalentes encontrados durante as inspeções sanitárias realizadas em instituições de atendimento ao idoso estão relacionados à alimentação, estrutura física, recursos humanos, assistência à saúde e parte documental.

Em relação à alimentação, destaca-se o estoque de alimentos insuficiente para garantir alimentação adequada em quantidade e qualidade ao idoso, quantidade de refeições inferior ao recomendado na legislação, preparo de refeições não condizente com o cardápio elaborado por profissional nutricionista, cardápios que não contemplam dietas específicas para pessoas com diabetes, hipertensão, carência nutricional e outros.

Os itens relacionados à estrutura física referem-se à falta de projeto arquitetônico aprovado para a atividade ou a construções em desacordo com o projeto aprovado, desrespeito às normas de acessibilidade e segurança e falta de manutenção predial corretiva.

No que diz respeito a recursos humanos, há insuficiência de pessoas capacitadas para cuidar do idoso e falta de coordenação por parte do responsável técnico. Naquelas que prestam assistência de enfermagem, verifica-se a falta de atuação efetiva do enfermeiro, conforme preconizado pelo conselho de classe, principalmente os cuidados de enfermagem ao idoso com maior dependência.

As falhas na parte documental correspondem à ausência de documentos de identificação do idoso e de contratos de prestação de

serviços, contrariando o preconizado no Estatuto do Idoso. Outros documentos não apresentados são a comprovação de vínculo empregatício para o quadro de funcionários, os registros da medicação administrada e os cuidados dispensados.

### Considerações

A quantidade de instituições de atendimento ao idoso tem aumentado significativamente em resposta a uma demanda social, e esse trabalho evidencia que o idoso está exposto a riscos sanitários nesses locais e quais são os mais frequentes.

A atuação da Vigilância Sanitária tem sido efetiva na constatação das infrações, na orientação do setor fiscalizado e na aplicação das penalidades previstas nas normas técnicas, mas a família pode ser grande aliada na defesa do idoso, reivindicando qualidade na prestação de serviço dessas instituições.

Assim, a família deve ser informada sobre os riscos sanitários a que está exposto o idoso institucionalizado, através de medidas educativas com a finalidade de aumentar a consciência sanitária. Com base nos resultados obtidos, será elaborado um recurso educativo (guia) para a população, com o intuito de divulgar conhecimento sobre os riscos sanitários e ampliar a discussão acerca dos direitos do idoso institucionalizado.

Acredita-se que o trabalho tenha abordado a temática de grande relevância para o idoso e sociedade, e pode ser aprofundado com o uso de métodos científicos e de outros recursos, considerando-se os dados publicados nos veículos de divulgação de conhecimento.

### Referências

1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº. 283, de 26 de setembro de 2005. Dispõe sobre as normas e funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Diário Oficial da União, Brasília, 26 nov. 2005. p. 7.



Alimentação sem frutas, legumes e carnes



Falta de atuação efetiva do enfermeiro



Falta manutenção predial



Estrutura física: excesso de camas no quarto

2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003. 604 p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde. 1. ed., 2.ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 70 p.: il. (Série E. Legislação de Saúde).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 dez. 1999.
5. Brasil. Lei nº. 8.842/1994 - Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1994.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

- Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2005, 154 p.:il.
7. São Paulo. Lei nº 10.083, de 23 de setembro de 1998. Dispõe sobre o Código Sanitário do Estado de São Paulo. 4ª. ed. atual. ampl., 2001 (Série Legislação Estadual).
8. São Paulo. Portaria CVS Nº 04, 21 de março de 2011. Dispõe sobre o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária (SEVISA), define o Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária (CEVS) e os procedimentos administrativos a serem adotados pelas equipes estaduais e municipais de vigilância sanitária no estado de São Paulo e dá outras providências. Retificação da Portaria CVS 4, de 21/03/2011, retificada em 31/03/2011, 17/01/2013 e 24/10/2014. Republicado em 24 de outubro de 2014.

# SUSDance Perus – saúde e qualidade de vida aos jovens de Perus

## SUSDance - health and life quality for youthful from Perus

Nara Palatini Luccas<sup>I</sup>, Fabio de Brito Braga<sup>II</sup>, Felipe Cardim<sup>III</sup>, Igor Wilson de Souza<sup>IV</sup>,  
João Vitor Alves dos Santos<sup>V</sup>, Oswaldo de Souza Junior<sup>VI</sup>

### Resumo

Com a elevada incidência de uso de drogas pelos jovens, o alto índice de diagnósticos de depressão e ansiedade e da mortalidade infantil na região de Pirituba/Perus constatados pela Supervisão de Saúde da região, foi pensada uma forma de intervenção por meio de ações destinadas ao público jovem que integrassem as secretarias da saúde, educação e cultura, além da subprefeitura e a comunidade, para que o quadro de incidências negativas fosse revertido. As abordagens feitas aos adolescentes foram realizadas por meio do Programa Saúde na Escola (PSE) em forma de palestras educativas e motivacionais, além de um concurso de dança que alcançou grande número de alunos de escolas municipais e estaduais de ensino fundamental e médio do bairro. O projeto foi considerado um sucesso pelos participantes e gerou resultados como a mudança no comportamento dos alunos.

**Palavras-chave:** Adolescente; Ação intersectorial; Dança.

### Abstract

Considering the elevated incidence of young people using drugs, the high level of depression and anxiety diagnoses and child mortality in Pirituba/Perus region, stated by the region health supervision, a way of intervention was thought, through actions targeted to the young public that integrate culture, education and health secretaries, besides the community and the sub prefecture, in order to revert this negative incidences situation. The approaches were carried out by a program called Health in School, which used educational e motivational lectures, and a dance contest that reached a great number of students from public elementary and high school. The project, which was considered a success by the participants, generated results as a change in students' behavior.

**Keywords:** Adolescent, Intersectoral action, Dance.

<sup>I</sup> Nara Palatini Luccas (naraluccas@gmail.com) Formação em enfermagem com especialização em saúde pública com ênfase em programa de saúde da família.

<sup>II</sup> Fabio de Brito Braga (fabiodebritobr@yahoo.com.br) Formação em medicina – titular em medicina de família e comunidade Médico de família da UBS Vila Caiuba.

<sup>III</sup> Felipe Cardim (fecardim@gmail.com) Formação em enfermagem – especialização em saúde pública com ênfase em programa de saúde da família e gerenciamento em saúde. Gerente da UBS/AMA Integrada Perus.

<sup>IV</sup> Igor Wilson de Souza (igorsts.wilson@gmail.com) Formação em Arte Educação e Dançarino Dançarino profissional e voluntário do Projeto SUSDance.

<sup>V</sup> João Vitor Alves dos Santos (jv.santos1985@uol.com.br) Formação em enfermagem, especialização em saúde da família Enfermeiro de família da UBS Vila Caiuba.

<sup>VI</sup> Oswaldo de Souza Junior (ojhjunior@hotmail.com) Formação em enfermagem, especialização em saúde da família, Gerente da UBS Recanto dos Humildes.



### **Introdução e justificativa**

**A** partir da elaboração do PES (Planejamento Estratégico Situacional) no ano de 2014, através da Supervisão de Saúde de Pirituba/Perus, foram apontados importantes problemas de saúde e sociais na região de Perus, que são: elevada incidência do uso de substâncias psicoativas pelos jovens, elevada incidência de transtornos mentais (depressão e ansiedade), e também da mortalidade infantil. Partindo desse cenário e sabendo da ligação direta e indireta destes problemas com os adolescentes, surge a necessidade da criação de ações de intervenção para esse público. Assim, nos utilizamos do espaço do Programa Saúde na Escola (PSE), para abordar os jovens de uma forma inovadora e lúdica, com palestras educativas e dinâmicas motivacionais com os alunos das escolas do bairro, abordando os temas: liberdade, coragem, meio

ambiente, “tamojunto” e projeto de vida. Para a aproximação da equipe aos jovens, foi promovido um concurso de dança de rua “break” entre todas as escolas do bairro inscritas, que desencadeou em um grande evento social, envolvendo as secretarias da saúde, educação, cultura, subprefeitura e a comunidade, sendo conhecido como “SUSDance Perus”.

### **Objetivos**

O SUSDance teve por objetivo a conscientização dos jovens, tendo em vista um trabalho intersecretarial (saúde, educação, cultura e subprefeitura), promovendo e incentivando um novo estilo de vida com qualidade e saúde, com a realização de palestras nas 14 escolas municipais e estaduais, de ensinos fundamental II e médio, seguidas de um concurso de dança de rua entre essas escolas do bairro de Perus.

### Metodologia

Foi realizada uma pesquisa com os alunos das escolas do bairro através da aplicação de um questionário para 400 alunos, em quatro escolas, a fim de saber os interesses dos jovens sobre os temas a serem abordados.

Foram realizadas 15 horas de treinamentos com 45 profissionais da área da saúde, educação e algumas pessoas da comunidade (Conselho Gestor) para formação e capacitação da equipe de palestrantes que entraram nas escolas.

Os cinco temas foram apresentados pela equipe, através de palestras, de maneira dinâmica e em formato de circuito. Cada sala de aula foi decorada de acordo com o tema, com o uso de recursos físicos (fitas coloridas de participação) e audiovisuais, fazendo com que os alunos tivessem contato com todos os temas.

Cada escola inscreveu um grupo de alunos do ensino fundamental II e outro do ensino médio para representá-las no concurso de dança, no dia do evento.

### Resultados

As palestras realizadas nas escolas para os alunos, tiveram os seguintes temas: “Liberdade” – Uma vida sem dependências, “Coragem” – Aprendendo a existir e dizer não, “Tamo Junto” – Você nunca está sozinho, “Meio Ambiente” – Aprendendo a cuidar do outro e “Projeto de Vida” – Como eu imagino o meu futuro.

Foram realizadas 650 palestras pela equipe organizadora, para aproximadamente 5.800

alunos em 272 salas de aula, nos períodos da manhã, tarde e noite, nas 14 escolas municipais e estaduais do bairro de ensinos fundamental II e médio.

O campeonato “SUSDance Perus” foi realizado no dia 21 de Junho de 2015, na Praça do Samba, no bairro de Perus, com premiações para as escolas vencedoras. O evento teve a participação dos representantes da saúde, educação, cultura, subprefeitura, comunidade e júri técnico como jurados do evento. Estima-se a presença de mais de mil pessoas nesse dia.

### Considerações finais

O “SUSDance Perus” foi considerado um sucesso, tanto pelos organizadores, quanto pela comunidade, devido a participação das escolas do bairro e o grande número de alunos participantes desde seu início, até o dia do evento.

Além dos resultados quantitativos obtidos após as palestras e descritos acima, foram observadas importantes mudanças de comportamento dos alunos (relatos de pais e professores das escolas). Destacou-se também, os métodos de abordagem das palestras, promovendo para alguns professores ideias na dinâmica de suas aulas, a fim de melhorar sua didática.

Portanto, o “SUSDance Perus” terá continuidade no ano de 2016, como componente II e III do PSE, e terá por objetivo trabalhar com os professores e alunos das escolas do bairro.

# Jornada Participativa do SUS

## Participative Journey of the Unified Health System (SUS)

Homero Nepomuceno Duarte<sup>I</sup>, Cristina M. Athayde<sup>II</sup>, José C. Ferreira<sup>III</sup>, Karina A. Viana<sup>IV</sup>,  
Lucio E. Pereira<sup>V</sup>, Shirlei Ap. de Sena<sup>VI</sup>, Silvana Silva<sup>VII</sup>

### Resumo

A Jornada Participativa do SUS de Santo André é um projeto intersectorial, criado em 2015, que reuniu diversas iniciativas para aprimorar o planejamento e desempenho das eleições dos 56 Conselhos Locais de Saúde (CLS). Esse projeto realizou uma avaliação minuciosa das eleições de 2013, identificando as dificuldades e falhas do seu percurso. Esse processo de análise envolveu uma avaliação da conjuntura política do país, que tem gerado um progressivo desinteresse e descrédito da população nas instituições e nos partidos políticos, o que contribuiu para o esvaziamento dos Conselhos Locais. A Gestão Participativa em Santo André é um método de governo que requer constante avaliação e ousadia para escutar e dialogar com os diversos setores no acompanhamento e transparência da gestão. O governo municipal de Santo André apoia o processo de Controle Social como eixo estruturante da gestão e, nesse contexto, os Conselhos Locais são considerados uma das principais organizações em defesa do SUS na cidade.

**Palavras-chave:** Eleição conselhos locais de saúde; Participação popular; Gestão participativa.

### Abstract

The Participative Journey of the Brazilian Unified Health System (SUS) of Santo André municipality is an intersectional project created in 2015 that brought together many initiatives to improve the planning and performance of the 56 Local Health Councils (CLS) elections. This project conducted a minutely evaluation of the 2013 elections, identifying the difficulties and failures of the process. This review process involved an assessment of the political situation of the country, which has generated a progressive disinterest and distrust of the population in institutions and political parties, which contributed to the emptying of the Local councils. The Participative Management process of Santo André is a method of government that requires constant evaluation and daring to listen and to dialogue with the various sectors in the monitoring and management transparency process of planning. The municipal government of Santo André supports social control as a main conductive axis of management, and in this context, the Local Councils are considered one of the leading organizations in defense of the Unified Health System in the city.

**Keywords:** Local health councils elections; Popular participation; Participative management.

<sup>I</sup> Homero Nepomuceno Duarte (hnduarte@santoandre.sp.gov.br) é Médico, Secretário Municipal de Saúde de Santo André.

<sup>II</sup> Cristina M. Athayde (crisathayde@yahoo.com.br) é Assistente Social, formada pela PUC-SP com especialização em Saúde do Trabalhador pela FUABC e Gestão Ambiental, Educação e Sociedade pela UNESP - Rio Claro, atualmente é Secretária Executiva do Conselho Municipal de Saúde de Santo André e Coordenadora do Núcleo de Participação Popular da Secretaria da Saúde.

<sup>III</sup> José C. Ferreira (efranelas@gmail.com) é formado em História, Oficial Administrativo do Núcleo de Participação Popular da Secretaria de Saúde de Santo André.

<sup>IV</sup> Karina A. Viana (karinaanselmo@hotmail.com.br) é graduanda em Ciências Contábeis e Atuariais, Oficial Administrativo do Núcleo de Participação Popular.

<sup>V</sup> Lucio E. Pereira (lucioeliaspereira@gmail.com) é Assistente de Apoio a Gestão, Técnico administrativo do Núcleo Participação Popular da Secretaria de Saúde de Santo André.

<sup>VI</sup> Shirlei Ap. de Sena (shirleisena81@gmail.com) é formada em Recursos Humanos, Auxiliar de Escritório do Núcleo de Participação Popular da Secretaria de Saúde de Santo André.

<sup>VII</sup> Silvana Silva (silvanaapsilva@yahoo.com.br) é formada em Gestão Pública, Assistente Administrativo do Núcleo de Participação Popular da Secretaria de Saúde.



## Introdução

**A** Cidade de Santo André está localizada na região metropolitana do estado de São Paulo, com uma população estimada para 2015<sup>2</sup> de 710.210 habitantes.

A institucionalização do Conselho Municipal de Saúde (CMS) com poder deliberativo e a implementação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) ocorreu em 1992.

Todavia, em 1993, por ato administrativo do Prefeito, o CMS perdeu seu poder deliberativo, prerrogativa recuperada em 1997, após intensa luta dos Movimentos de Saúde do Município.

O ano de 2015 foi marcante para a participação popular do SUS na cidade. Após 23 anos da primeira lei do Controle Social da Saúde, o Conselho Municipal aprovou a adequação de uma nova legislação, nº 9698/2015, que ampliou a participação dos representantes dos Conselhos Locais de Saúde na composição da conferência municipal e do Conselho Municipal de Saúde. Pela primeira vez a presidência e a mesa diretora do

CMS foram eleitas entre seus pares, assim como a coordenação dos Conselhos Locais de Saúde.

A cidade conta hoje com 56 CLS atuando em 100% das Unidades de Saúde – considerados ferramenta fundamental de participação popular e controle social no âmbito do território e gestão do SUS.

O Núcleo de Participação Popular da Secretaria de Saúde, a partir da avaliação da eleição dos CLS ocorrida em 2013, identificou várias dificuldades e falhas na organização do processo eleitoral, que subsidiou a elaboração de um planejamento com o objetivo de qualificar e tornar o processo mais participativo.

Um quesito observado na organização da eleição em 2013 foi a elaboração e execução do projeto de forma isolada pelo Núcleo de Participação Popular, desconectado do conjunto da Secretaria de Saúde, e demais atores sociais e Secretarias Municipais.

Outra questão analisada foi a precária mobilização e divulgação do processo da eleição para a população, sem suporte pedagógico, tendo sido

estabelecido um único dia e horário de reuniões de mobilização em todas as Unidades, impossibilitando a participação da equipe de gestão da Secretaria de Saúde, considerada fundamental para o êxito da ação.

Outra preocupação da equipe foi em relação à conjuntura política do país, o progressivo desinteresse e descrédito da população nas instituições, partidos políticos e governos.

Diante do exposto, a Secretaria de Saúde decidiu inovar criando a **Jornada Participativa do SUS**.

### Objetivo

Na perspectiva de aprimorar o processo da participação da comunidade, foram definidos os seguintes objetivos:

- tornar o processo eleitoral uma ação de Estado, integrando diversas secretarias da municipalidade e atores sociais não governamentais;
- ampliar o número de candidatos e da participação da comunidade no pleito;
- eleger maior número de candidatos comprometidos com o SUS;
- obter uma renovação de no mínimo 30% de representantes, conforme Resolução 453 – CNS<sup>1</sup>;
- eleger delegados para Etapa Municipal da XV Conferência Nacional com participação efetiva dos Conselheiros Locais de Saúde;
- ampliar o empoderamento dos CLS, a partir do desenvolvimento do plano de trabalho de educação permanente para o controle social nos territórios.

### Metodologia

A proposta da Jornada Participativa do SUS foi apresentada à Secretaria de Governo que incorporou a proposta e articulou a inclusão de outras Secretarias no planejamento e execução do projeto.

Foram estabelecidas como diretrizes: a elaboração de material didático atrativo e identificado com a população (gibi), a descentralização das reuniões das unidades de saúde; a produção de uma agenda de encontros com a população por unidade, priorizando os recursos da comunidade e envolvendo os diversos atores sociais do seu entorno.

A Secretaria de Educação, os Agentes de Ouvidoria Itinerante do SUS e a Secretaria de Orçamento e Planejamento Participativo contribuíram com a mobilização das lideranças dos bairros e articulação de espaços para reunião.

Com intuito de aprimorar e impulsionar os trabalhos, foram realizadas pela Escola da Saúde Eduardo Nakamura encontros de formação com diversos atores e gestores locais.

### Produto

Para dar subsídio às reuniões, foi utilizada uma revista-gibi intitulada: **Eleições dos Conselhos de Saúde. Saiba... Por quê? Para Quê?**<sup>3</sup> A revista foca questões cotidianas das unidades de saúde e busca esclarecer a população sobre o papel do Conselho Local e a importância do cidadão nas políticas públicas de saúde.



Revista Gibi – Material de mobilização.

O lançamento da revista contou com a presença majoritária de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e conselheiros locais. No encontro foi apresentado um filme do gibi para instrumentalizar o público no processo de mobilização das eleições.

O Conselho Municipal de Saúde, que trimestralmente edita o jornal “A Voz do Conselho de Saúde”, produziu uma edição especial, divulgando o processo da eleição.

A ação tinha como meta alcançar o número mínimo de seis candidatos usuários por unidade, meta atingida em 82% das unidades, sendo que em sete delas candidataram-se de quatro a cinco munícipes. Foram formalizadas 278 candidaturas de usuários e votaram no pleito cerca de 6 mil eleitores, que elegeram 220 conselheiros, com renovação expressiva de 79% de usuários.

BOLETIM INFORMATIVO- EDIÇÃO 01-MAI/2015



O seu informativo sobre o Conselho Municipal de Saúde de Santo André Maio/2015 (ano 2—nº 4)

## ELEIÇÕES NAS UNIDADES DE SAÚDE

BOAS NOTÍCIAS PARA SANTO ANDRÉ

Estamos vivendo um momento de afirmação do controle social como instrumento de políticas públicas em Santo André.

A área da saúde, por exemplo, vive a expectativa das eleições para os Conselhos Diretores das Unidades, que será em **11 de junho**. Os CDU, como são mais conhecidos, têm representação paritária, ou seja, metade é composta por usuários do sistema e a outra metade por trabalhadores e gestores da unidade. Nas reuniões dos conselhos são discutidos problemas e possíveis soluções para a rotina destes equipamentos de saúde. Com o reforço de que 2015 tam-



**Convite para as inscrições**

tém será de eleições para o Conselho Municipal de Saúde, além das Conferências Municipal, Estadual e Nacional de Saúde (e suas respectivas pré-Conferências),

teremos muitos avanços na saúde pública. Em tudo isso fica evidente a importância da participação popular como motor do controle social.



Reunião de mobilização na Paróquia São Jorge – SA

### Aprendizado

O trabalho intersetorial foi valorizado e potencializado com a participação do Governo e dos diversos atores sociais que se engajaram no projeto, socializando os desafios com o gestor local da unidade. Em algumas unidades ocorreram dificuldades de mobilização, devido principalmente à falta de compreensão de alguns setores, mas, nas unidades em que os ACS incorporaram a missão, o resultado foi melhor. Um exemplo proposto por esses profissionais foi a incorporação da urna itinerante nos locais de difícil acesso da Vila Ferroviária de Paranapiacaba. Aprendemos que temos que ir onde a população está, enfatizando que o SUS é um espaço democrático e participativo. Mesmo com receio dos questionamentos difusos, foram esclarecidas dúvidas elementares acerca do funcionamento do SUS. As dificuldades

### MOBILIZAÇÃO POR TODA CIDADE

Um dos aspectos a ser ressaltado nessas eleições para os conselhos das unidades de saúde é a grande mobilização que foi realizada antes do processo de inscrição e eleição, sensibilizando a população a participar da gestão do SUS. Para motivar a população e os trabalhadores da saúde sobre a importância do pleito, foram convidados agentes comunitários de saúde, gestores, agentes de ouvidoria do SUS, agentes do Orça-



mento Participativo, agentes de Vigilância à Saúde, líderes comunitários e religiosos, conselheiros e colaboradores de diversos equipamentos da Saúde. Para facilitar a abordagem dos usuários (as) do

Boletim Informativo do Conselho Municipal de Saúde de Santo André.

Foram realizadas 108 reuniões de mobilização com a participação aproximada de 800 pessoas, em diversos pontos da cidade, tais como, unidades de saúde, igrejas, escolas, sociedade de amigos de bairro, ONGs e sindicatos.

foram consideradas pedagógicas, pois toda mudança apresenta resistência.

### **Considerações finais**

As eleições dos CLS apresentam grande tensionamento, interno e externo ao Governo Municipal, com desdobramentos políticos na gestão do SUS e da cidade.

Apesar da conjuntura política recente, a renovação qualitativa dos conselheiros pode ser relacionada ao planejamento, à metodologia estabelecida e à legitimidade do processo. A descentralização das reuniões e a utilização de material didático ousado proposto pelo Conselho Municipal foram destacadas pelos novos representantes e trabalhadores como instrumentos motivadores da participação.

Considerando que os Conselhos Locais é uma das principais bases de sustentação da gestão participativa do SUS e, para garantir essa

participação popular, independentemente de mudanças, políticas e administrativas, é fundamental ampliar o empoderamento e protagonismo dos conselheiros, a partir do desenvolvimento de um plano de trabalho de Educação Permanente nos territórios.

Dilatar o campo de visão sobre a participação social no SUS em cada espaço da gestão continua sendo um desafio presente. No entanto, entendemos que os desafios são criados para ser superados com inovação.

### **Referências**

1. Conselho Nacional de Saúde: Resolução 453, 10 de maio de 2012, A Organização dos Conselhos de Saúde, inciso V.
2. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [acesso em 15 janeiro de 2016]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/4BW>.
3. Secretaria Municipal de Saúde. “Eleições dos Conselhos de Saúde. Saiba... Por quê? Para Quê?” (Revista/Gibi distribuída na mobilização da comunidade). Santo André, SP, 2015.

# Sistema de monitoramento de dengue do município de São José dos Campos

## Dengue monitoring system in the city of São José dos Campos

Beatriz de Fátima Pereira<sup>I</sup>, André Luiz de Souza Silva<sup>II</sup>, Cleber W. Fernandes Pinheiro<sup>III</sup>

### Resumo

A epidemia de dengue no Brasil registrada nos últimos anos alertou os profissionais da área da saúde pública para o desenvolvimento de ferramentas mais ágeis e de fácil acesso para subsidiar o controle e o fluxo de notificação da doença. Observou-se a necessidade da elaboração de ferramentas e metodologias que permitam ao profissional obter as informações necessárias em tempo congruente para a assistência em saúde e controle da epidemia. O artigo descreve a experiência de um projeto piloto implementado em duas Unidades Básicas de Saúde e uma Unidade de Pronto Atendimento. Após o êxito do projeto, o sistema foi instituído em todas as unidades de saúde pública do município, permitindo que o monitoramento do paciente e seus respectivos atendimentos fossem acessados, em tempo real, em um único site, por toda rede de saúde da região.

**Palavras-chave:** Dengue; Centros de informação; Sistema de informação em saúde.

### Abstract

The registered dengue epidemic in Brazil in the last years warned public health professionals to develop more agile tools and easily accessible to subsidize the control and the flow of the disease notification. It was observed the need of creating tools and methodologies that allow the professional obtaining the necessary information in coherent time to health assistance and epidemic control. This paper describes the experience of a pilot project implemented in two basic health unities and an emergency car unity. After the project succeed, the system was implemented in all public health unities of the municipality, allowing the patient monitoring and his attending to be accessed in real time, at one website only, by all the region health network.

**Keywords:** Dengue; Information Centers; Health Information Systems

<sup>I</sup> Beatriz de Fátima Pereira (beatriz.fatima@sjc.sp.gov.br) é especialista em Informática em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde – Divisão de Tecnologia Informação - Pref. Municipal de São José dos Campos.

<sup>II</sup> André Luiz de Souza Silva é Analista de Sistema II, Secretaria Municipal de Saúde – Divisão de Tecnologia Informação - Pref. Municipal de São José dos Campos.

<sup>III</sup> Cleber W. Fernandes Pinheiro é Analista de Sistemas III, Secretaria Municipal de Saúde – Divisão de Tecnologia Informação - Pref. Municipal de São José dos Campos.



### Introdução e Justificativa

**N**os anos de 2014 a 2015 a epidemia de dengue no Brasil coloca em cheque as ferramentas de controle e fluxo de notificação da doença.

*“O Brasil fechou 2015 com o registro de 1.649.008 casos prováveis de dengue, número 178% maior do que o de 2014. Os dados são do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2015, publicado hoje (15). O documento também indica que, no período, foram confirmadas 843 mortes pela doença. Em 2014, foram 473 mortes.*

*Em São Paulo, Estado com maior número absoluto de casos, o salto foi de 226.866 (2014) para 733.490 (2015). Goiás foi o Estado com a maior proporção de pessoas com dengue: 2,5 mil casos por 100 mil habitantes. Em seguida, São Paulo, com 1.665, e Pernambuco, com 1.107” (A Leal<sup>1</sup>)*

Apesar do sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN<sup>2</sup>) estar disponível na *web*, a maioria dos municípios brasileiros ainda centralizam a digitação desses dados em seus núcleos de Vigilância Epidemiológica. O modelo de notificações centralizadas nos núcleos de Vigilância Epidemiológica dos municípios não permite a agilidade da informação, pois as mesmas são tramitadas em fichas preenchidas em papel. Outro problema originado por esse modelo é a necessidade de contratação de mão de obra para a entrada do dado nos núcleos de Vigilância. Esse modelo impacta no tempo em que a informação leva para chegar às áreas que promovem o combate ao vetor e a assistência ao paciente: Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), Núcleo de Vigilância Epidemiológica (VE), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e outras unidades de Urgência e Emergência.

Diante desse cenário, fez-se necessário criar ferramentas e adotar metodologias que

promovessem o encurtamento do tempo entre a Notificação do Agravado e a Ação de Saúde para o controle da viremia, ferramentas que permitam às áreas como: Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), Núcleo de Vigilância Epidemiológica (VE), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e outras unidades de Urgência e Emergência executar a ação de controle ou de assistência em tempo oportuno.

### Objetivos

Organizar e agilizar o envio de notificações de dengue ao Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), Núcleo de Vigilância Epidemiológica (VE), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Ministério da Saúde. Monitorar e controlar a saúde do paciente com dengue no período crítico.

### Metodologia

O processo de elaboração do sistema de monitoramento da dengue deu-se em 3 fases.

#### Fase 1 - Captação de dados

Considerando a necessidade do envio de dados do Agravado dengue para o Ministério da Saúde e buscando alternativa para não redundar o trabalho de digitação das notificações, a opção foi descentralizar a digitação da notificação para as unidades notificadoras, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde. Realizamos uma oficina onde foi avaliado os prós e contras de descentralizar o sistema SINAN. Concluímos que a descentralização da digitação das fichas para as unidades notificadoras seria fundamental para a captação do dado e divulgação da informação em tempo real. Foi realizado treinamento a todas as unidades de saúde notificadoras e profissionais de saúde relacionados.

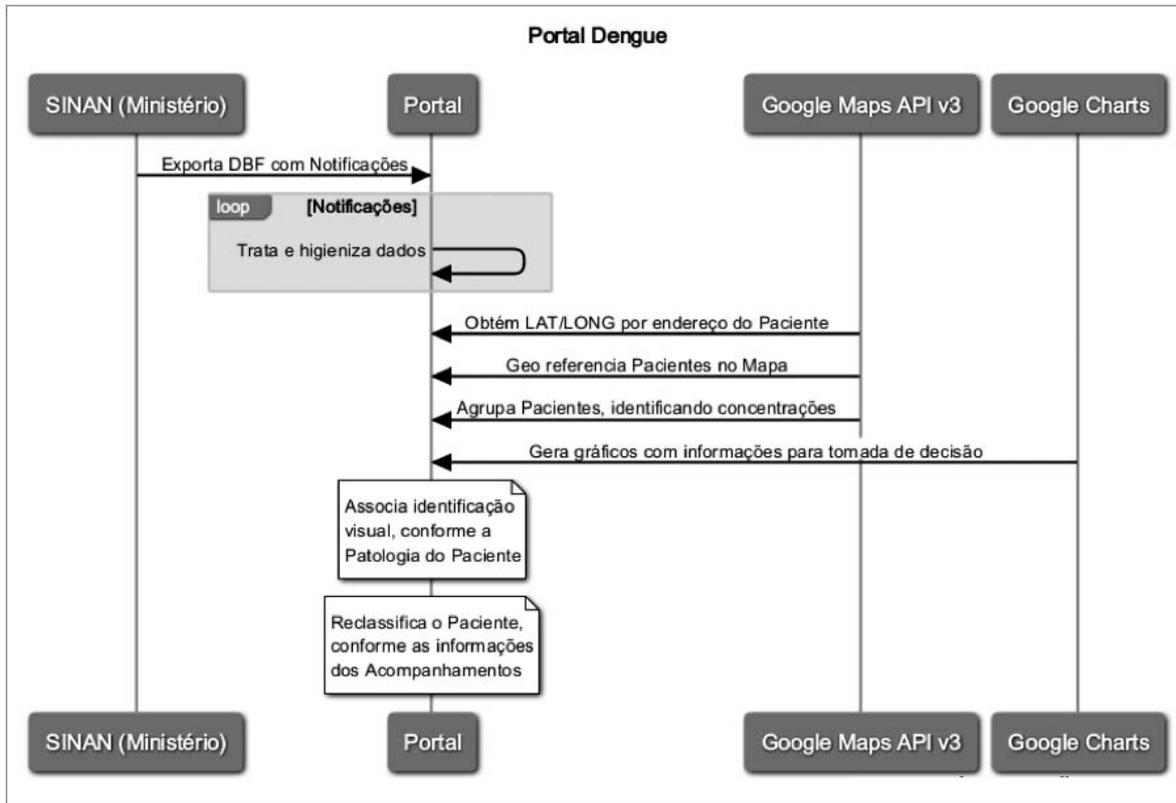
#### Fase 2 - Desenvolvimento do sistema

Para o desenvolvimento do sistema foi escolhido a tecnologia Microsoft .NET, com banco de dados relacional Oracle 11R. Dentro da plataforma .NET, utilizando a versão 4.5 do framework, as tecnologias empregadas foram o ASP.NET MVC, responsável pela camada de apresentação da página e o ASP.NET WebAPI ficando com todos os serviços de backend. O servidor que hospeda a aplicação está configurado com o Microsoft Windows 2008 R2 Server rodando o serviço WEB IIS (Internet Information Services). Também foram utilizadas diversas Application Program Interface (API) do Google, para geração de mapas, gráficos e localização de latitude e longitude.

O processo de transformação do dado tem início com a exportação, através do site do SINAN, de um arquivo no formato DBF contendo todas as fichas digitadas no mesmo. Após essa exportação, o arquivo é inserido em um diretório do servidor, que periodicamente faz a verificação da existência do arquivo; quando encontra o arquivo ele é importado para uma base de dados que está armazenada no SGBD Oracle.

No processo de importação dos dados para a base armazenada no Oracle são feitas diversas transformações no dado. Todo esse processo de transformação está descrito abaixo e representado na figura 1:

- Faz a leitura dos registros na base em formato DBF.
- Caso a ficha tenha sido importada previamente é feita a atualização, caso não exista a ficha na base de dados ela é incluída.
- Substitui-se todos os caracteres acentuados ou indevidos em determinados campos. Com isso, a base fica no padrão já utilizado em outros sistemas da Secretaria Municipal de Saúde.



**Figura 1.** Processo de transformação dos dados

- É feito um relacionamento entre o bairro informado na ficha com a respectiva área de abrangência de cada UBS do Município.
- Pacientes com idade menores que cinco anos, gestantes e idosos maiores com idade maior do que 60 anos recebem uma classificação de risco mais elevada dentro do sistema. Essa regra foi previamente estabelecida pela Vigilância Epidemiológica do Município.
- Com base nas informações de logradouro, número da residência, bairro e município de residência do paciente, é feita uma busca da latitude e longitude para posterior utilização no mapa georreferenciado. A exatidão do posicionamento vai do mais

restritivo ao mais amplo, com base nas informações constantes na ficha.

O único processo manual é a exportação do arquivo do SINAN e o envio do mesmo para o servidor. Isso se deve ao fato do sistema SINAN não estar preparado para interoperabilidade com outros sistemas. Todo o restante do processo é feito de forma automatizada pelo servidor.

### *Fase 3 – Treinamento, implantação e piloto*

Após o término do desenvolvimento o sistema foi implantado experimentalmente em 2 unidades básicas e uma unidade de pronto atendimento. Após os ajustes do piloto, os profissionais da rede foram treinados e o sistema implantado em todas as unidades de saúde públicas do município.

## Resultados

A partir da implantação do sistema, os dados importados do SINAN passaram a ser tratados e higienizados pela Vigilância Epidemiológica, dando consistência e agregando novas informações às notificações, o que permitiu maior integração com os demais sistemas do município.

As informações dos pacientes notificados da abrangência de cada unidade básica de saúde que, em virtude do trâmite burocrático de papéis antes demoravam alguns dias para chegar aos profissionais responsáveis pelas ações de saúde

e acompanhamento do paciente, passaram a estar disponíveis num prazo máximo de até 8 horas após a notificação ser digitada no SINAN WEB.

O monitoramento do paciente, assim como seus respectivos atendimentos, contatos realizados, além da área trabalhada pela equipe de Vigilância Epidemiológica, passaram a ser acessados em tempo real, em um único site, por toda rede de saúde do município.

A classificação automática do agravo em “Dengue A”, “B”, “C” ou “Dengue D”, para casos positivos e “Descartado” para os casos

SISTEMA	NOTIF.	Nº FIN	NOME DO PACIENTE	UNIDADE NOTIFICADORA	Cl	Ate	Con	CCZ	FECHADO	OPERAÇÕES
14/08/2016	14/08/2016	-		HOSPITAL DIA E PRONTO ATENDIMENTO UNIMED...		0	0			
14/08/2016	13/08/2016			UPA SAO FRANCISCO XAVIER		0	0			
15/08/2016	12/08/2016			HOSPITAL MUNICIPAL		0	0			
13/08/2016	12/08/2016			VIVALLE SERVICOS DE SAUDE LTDA		0	0			
10/08/2016	10/08/2016			HOSPITAL DIA E PRONTO ATENDIMENTO UNIMED...		0	1			
11/08/2016	10/08/2016			UPA CAMPO DOS ALEMAES		0	0			
10/08/2016	09/08/2016			HOSPITAL DIA E PRONTO ATENDIMENTO UNIMED...		0	0	11/08/2016		
10/08/2016	09/08/2016			UPA SAO FRANCISCO XAVIER		2	1	10/08/2016	12/08/2016	
15/08/2016	08/08/2016			HOSPITAL MUNICIPAL		0	0			
08/08/2016	07/08/2016			UPA SAO FRANCISCO XAVIER		1	1	10/08/2016	12/08/2016	
06/08/2016	06/08/2016			HOSPITAL DIA E PRONTO ATENDIMENTO UNIMED...		0	2	09/08/2016	12/08/2016	
06/08/2016	05/08/2016			HOSPITAL MUNICIPAL		0	0	09/08/2016		
04/08/2016	04/08/2016			HOSPITAL DIA E PRONTO ATENDIMENTO UNIMED...		0	0		12/08/2016	

Figura 2. Visualização do sistema

negativos, mais a reclassificação da notificação no ato do preenchimento da ficha de atendimento nas unidades, cada uma com sua respectiva cor de identificação, trouxe uma facilidade visual e uma rápida identificação pelo profissional, da atual situação de saúde do paciente, auxiliando-o na definição de suas prioridades de atendimento e

facilitando o monitoramento da evolução do agravo, figura 2.

A possibilidade de visualização dos casos notificados em mapas georeferenciados, com identificação visual das áreas já trabalhadas, auxilia e agiliza as ações de bloqueio do vetor pelo Centro de Controle de Zoonoses.

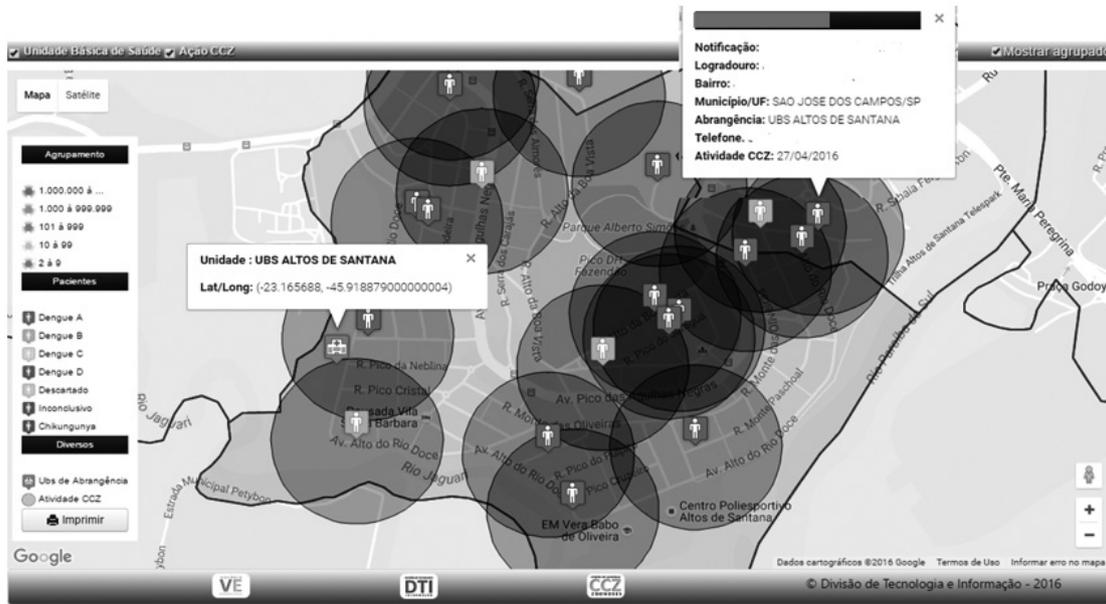


Figura 3. Visualização do sistema

A possibilidade de consultar informações, indicadores e gráficos referentes as informações sobre a taxa de acompanhamento das notificações, morbidade, incidência e prevalência do agravo de dengue no município, por semana epidemiológica,

unidade de abrangência ou bairro do paciente, são ferramentas que permitem ao gestor ter um raio X em tempo real da situação, e, assim, contribuir para um melhor planejamento das ações de combate e prevenção da doença, figura 3.



Figura 4. Visualização do sistema

### Considerações finais

*“Analisando-se os sistemas de informação em saúde existentes observa-se que há uma dicotomia entre os sistemas de informação epidemiológica e os sistemas de gerenciamento dos serviços de saúde.” (M.F. Almeida<sup>3</sup>)*

*A qualidade da informação é consequência da qualidade com que se realizam as etapas, desde a coleta ou registro até a disponibilização dos dados produzidos pelos Sistemas de Informação. (I.H.S.MoraesI; S.R.F.R.SantosII<sup>4</sup>)*

A experiência mostrou que o uso da tecnologia para criar um sistema que agrega informações Epidemiológicas e de gestão do cuidado trouxe vários ganhos na guerra contra a dengue no município. Do ponto de vista administrativo, os ganhos foram a redução horas extras para digitação, economia de papel e outros instrumentos

administrativos utilizados na gestão manual do processo. Liberação do profissional de saúde para executar tarefas de vigilância em saúde. A agilidade de envio da notificação, através de um sistema informatizado, mostra ao gestor de saúde quem é o paciente, onde ele se encontra e qual o estado de saúde no momento da notificação. O uso desta informação permite a agilidade na ação de saúde para o bloqueio da viremia.

### Referências

1. A. Leal, Repórter da Agência Brasil -, <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-01/brasil-aumenta-em-178-os-casos-de-dengue-em-2015>
2. Sinan – Sistema de Informação de Agravos de notificação, <http://sinan.saude.gov.br/sinan/login/login.jsf>
3. M, F. Almeida, O Uso de Informações em saúde na gestão de serviços [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12901995000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901995000100008)
4. I. H. S., Moraes; S. R. F. R. dos Santos, Informações para a Gestão do SUS [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16732001000100006](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732001000100006)

# Internação compulsória: resultado do processo de desinstitucionalização ou uma inserção da judicialização nas políticas públicas de Saúde Mental?

## Compulsory Hospitalization: result of the Deinstitutionalization Process or insertion of Judicialization on Mental Health Public Policies?

Maurício Massayuki Nambu<sup>I</sup>, Rita de Cássia Rosa Calegari<sup>II</sup>

### Resumo

A Judicialização também atinge as Políticas Públicas de Saúde Mental. Este estudo busca refletir sobre o processo de desinstitucionalização e inserção da judicialização na Saúde Mental, por meio da análise de internações compulsórias em desfavor do município de Ourinhos-SP, em 2014 e 2015. Das 83 internações, 92,8% foram com antecipação de tutela (68 pacientes e 15 reinternações), obtendo 98,8% deferimentos. Em 72,1% das liminares não se apresentava idade dos pacientes, mas a maioria era homens entre 31 a 59 anos. A dependência química constou como 86,7% das motivações para internação. Saúde e Judiciário seguem caminhos paralelos, propõem-se a atender o cidadão em seus direitos constitucionais de maneira distinta, para não dizer controversas. Quando o judiciário diz sim à solicitação de algumas internações, pode retardar a possibilidade de reflexão sobre o processo do adoecer psíquico e consequente protagonismo que poderia advir desse empoderamento.

**Palavras chave:** Internação compulsória; Judicialização; Saúde mental.

### Abstract

The *Judicialization* also affects the Mental Health Public Policy. This study aimed to reflect on the process deinstitutionalization and insertion of *judicialization* in Mental Health, through the analysis of compulsory hospitalization in disfavor of Ourinhos-SP in 2014 and 2015. Of the 83 hospitalization, 92.8% were with preliminary injunction (68 patients and 15 readmissions), obtaining 98.8% approvals. In 72.1% of the injunctions does not present age of the patients, but most were men between 31 and 59 years old. 86.7% of the cases were drug addiction. Health and Judicial follow parallel paths, intends to meet citizens in their constitutional rights differently, if not controversial. When the court says yes to the request of some hospitalization, may delay the possibility of reflection on the process of mental illness and consequent role that could result from this empowerment.

**Keywords:** Compulsory hospitalization; Judicialization; Mental health.

<sup>I</sup> 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 dos cursos de Farmácia e Enfermagem das Faculdades Integradas de Ourinhos e Farmacêutico da Prefeitura Municipal de Ourinhos.

<sup>II</sup> Rita de Cássia Rosa Calegari (rita.calegari@uol.com.br) é Psicóloga pela Universidade Estadual de São Paulo – UNESP/Assis, Especialista em Psicologia e Saúde Pública pela UNESP, Especialista em Psicopedagogia pela Faculdade Estadual de Filosofia, Ciências e Letras de Jacarezinho-PR e Especialização em Desenvolvimento Gerencial e Recursos Humanos pela Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos-SP e Psicóloga da Prefeitura Municipal de Ourinhos.



### Introdução

**A** Judicialização da Saúde continua sendo uma das grandes preocupações no âmbito da rede pública de saúde. A inquietude vivida pelos órgãos e instituições emerge na preocupação dos profissionais em poder melhor auxiliar na condução desse processo, com olhar para o serviço e cuidado aos usuários. As Políticas Públicas de Saúde Mental também estão inseridas nesse contexto, mais notadamente após a política de desinstitucionalização, confirmada com a promulgação da Lei nº 10.216, de 2001.<sup>3</sup> Portanto, a obtenção de dados na área, mais especificamente das internações compulsórias, mostra-se fator relevante para reflexão sobre as Políticas Públicas de Saúde Mental e o processo de Judicialização das Políticas Públicas de Saúde junto aos municípios, buscando refletir sobre o processo desinstitucionalização e da judicialização das Políticas Públicas de Saúde Mental, por

meio da análise das ações judiciais em desfavor do município de Ourinhos-SP, quanto às internações compulsórias.

### Metodologia

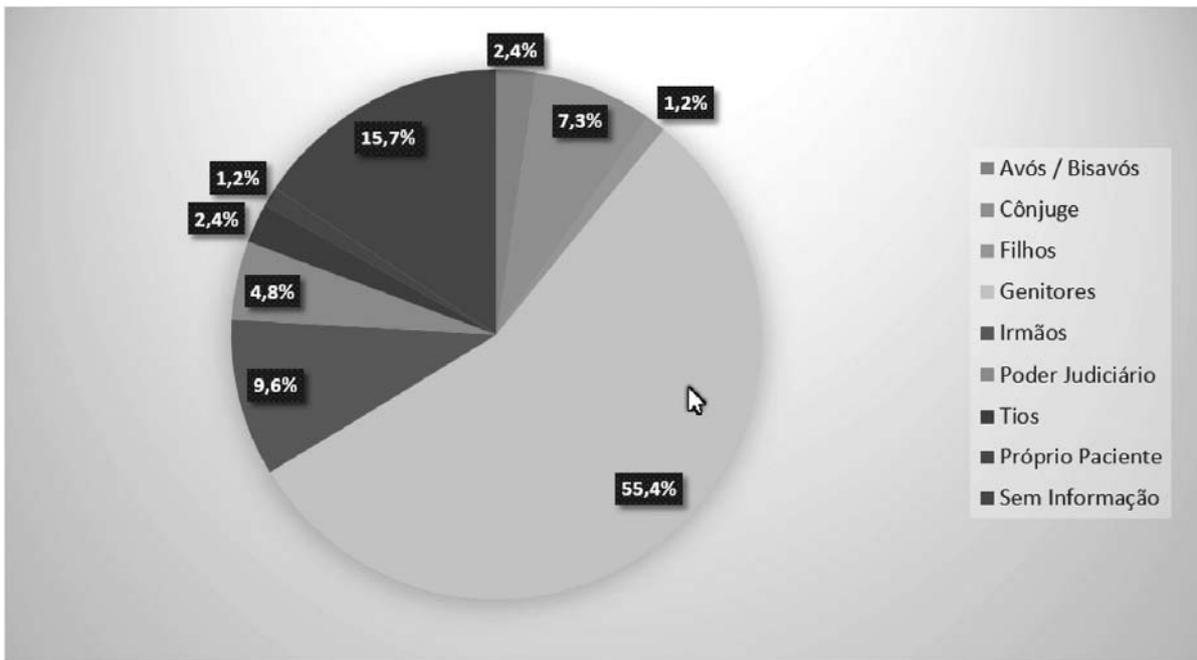
Foi realizado um estudo transversal descritivo no município de Ourinhos-SP, sendo coletadas informações em ações judiciais na área de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, entre janeiro de 2014 e dezembro de 2015, onde o município constasse como polo passivo da ação, de modo individual ou em conjunto. Foram excluídas liminares onde as internações compulsórias não estivessem presentes. Os dados foram analisados utilizando-se números absolutos e percentuais, através do programa *Microsoft Excel*®.

### Resultados e Discussão

Das 83 internações compulsórias impetradas contra a Secretaria Municipal de Saúde de

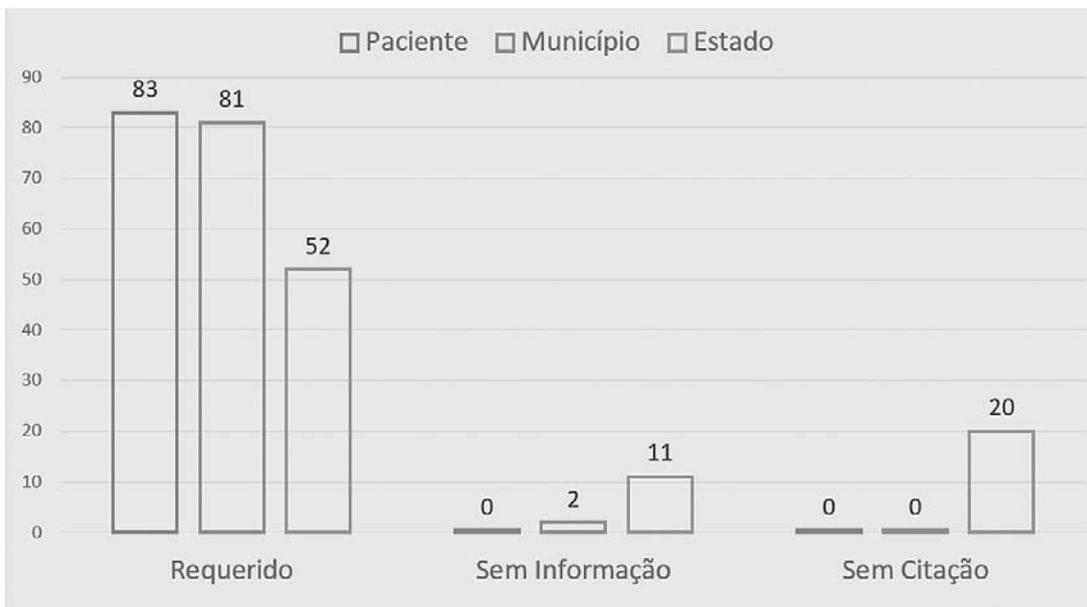
Ourinhos no período estudado, 92,8% foram com antecipação de tutela, direcionadas a 68 pacientes e 15 reinternações, sendo 86,8% (59) desses pacientes do sexo masculino e 13,2% (9) feminino. Em 72,1% das documentações não constavam a idade dos pacientes, mas a faixa etária de maior incidência foi de 31 anos a 59 anos (13,2%), sendo que mais de 50% (55,4%) dos requerentes foram os genitores dos mesmos (Figura 1). O paciente consta como polo passivo em 100% (83) das liminares, o município em 97,6% (81) e o Estado em 62,7% (52) (Figura 2). Em quase todos os casos os requerentes são terceiros utilizando a prerrogativa da internação involuntária, por isso 100% dos pacientes figuram como requeridos. O Estado é citado como polo passivo em 62,7% das liminares, mas, como a central de vagas deve ser

acionada, seu envolvimento deu-se quase na totalidade. Do total de internações compulsórias a dependência química mostrava-se em pelo menos 86,7% das citações como fator motivacional (Figura 3). A maioria das liminares não especificava prazo para seu cumprimento (75,9%), mas, onde essa informação estava presente, a maioria citava um prazo de dez dias (15,7%). As decisões são de 98,8% de deferimentos e apenas um indeferimento, sendo que, das liminares favoráveis ao requerente, 54,2% foram obtidas após solicitação de perícia médica e 38,6% com ou sem perícia médica na petição inicial. Na maioria das liminares não se estabelece período mínimo de internação (74,7%), mas, onde essa informação estava presente, a maioria encontrava-se entre 15 dias e 90 dias.



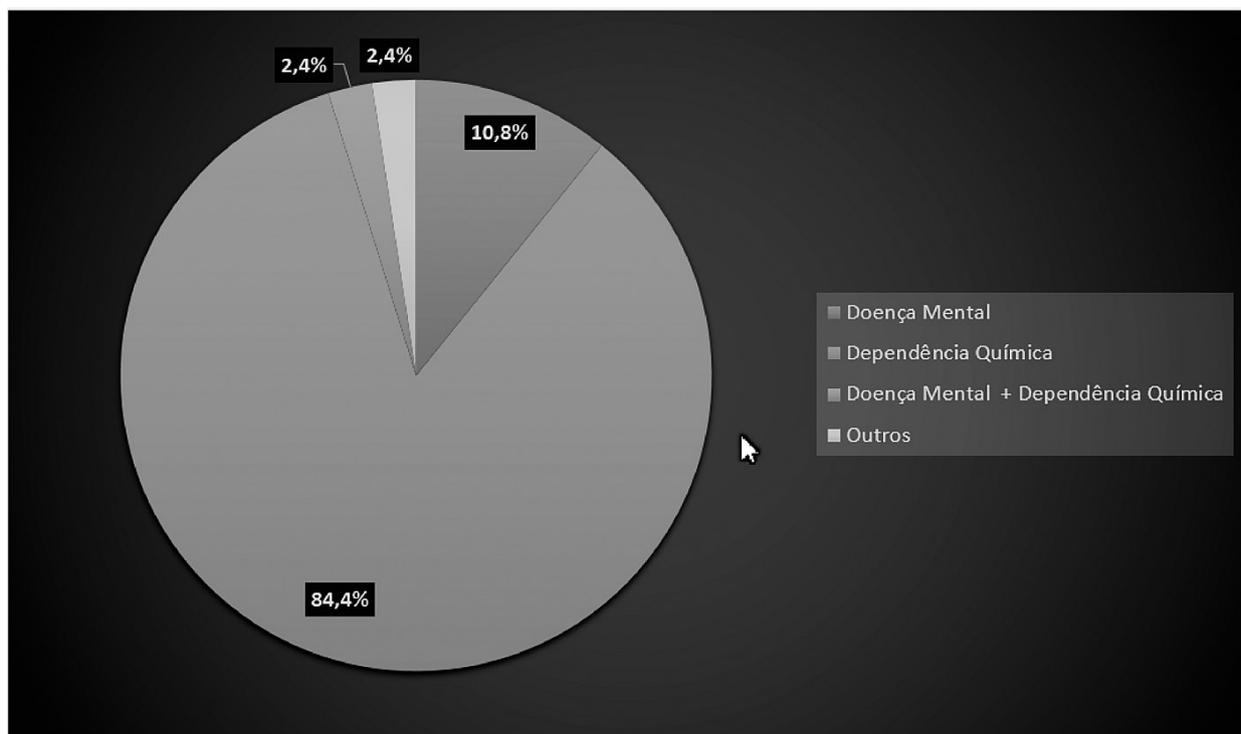
**Figura 1.** Distribuição dos requerentes no total de ações judiciais com solicitação de internação compulsória direcionadas ao município de Ourinhos-SP entre 2014 e 2015, em porcentagem (%).

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ourinhos-SP



**Figura 2.** Informações sobre os requeridos no total de ações judiciais com solicitação de internação compulsória direcionadas ao município de Ourinhos-SP entre 2014 e 2015.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ourinhos-SP



**Figura 3.** Diagnósticos citados no total de ações judiciais com solicitação de internação compulsória direcionadas ao município de Ourinhos-SP entre 2014 e 2015, em porcentagem (%).

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ourinhos-SP

Vivemos um tempo de baixíssima tolerância à frustração, de ansiedade por respostas rápidas, de busca por soluções mágicas, onde a comunicação global tem seu contraponto na dificuldade com a comunicação “olho no olho”, refletindo-se nas relações da saúde com nossos usuários. Estamos em busca constante da humanização da saúde, de um olhar para o ser humano e, não, da patologia ou sintomatologia o qual o usuário possa carregar. A desinstitucionalização faz parte desse processo, de cuidar das relações, das possibilidades de ação no território, do trabalho em rede, na família. A proposta de mudança gera desconforto e insegurança; os projetos terapêuticos singulares supõem um protagonismo que causa estranheza ao usuário, levando-o a buscar respostas em outras instituições, nesse caso o Judiciário, que acena com a possibilidade da internação.

Saúde e Judiciário seguem caminhos paralelos, propõem-se a atender o cidadão nos seus direitos constitucionais, mas de formas diferentes, pra não dizer controversas. O resultado tem sido maior insegurança do usuário, que perambula entre os serviços, cobrando resultados ou respostas que nenhum deles, isoladamente, poderá fornecer.

### **Considerações finais**

A desinstitucionalização traz a desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricas que sustentam a loucura reduzida ao patamar da doença mental<sup>1,2</sup>. O hospital psiquiátrico mostrava-se como um local de tratamento aos identificados pela sociedade como loucos, oferecia respostas a algumas demandas sociais, institucionalizando necessidades. Esse processo ainda está longe de se findar, e a judicialização, como parte integrante do corpo social, tem demonstrado isso com o aumento das liminares

judiciais destinadas a internação e impetradas em desfavor de municípios e, ou, Estados. A postura do poder judiciário diante da questão das internações acaba por dificultar o processo, descreditando a proposta de desinstitucionalização como parte da humanização. A “loucura” ou a “dependência química” são aprisionadas a bem da sociedade com solicitações recorrentes, mas muitas vezes paliativas. Por determinado período há certa funcionalidade, que não se sustenta por falta de continuidade no pós-alta, muito provavelmente porque os usuários não se sentem protagonistas e assim permanecerão, buscando sempre resposta em alguma instituição e depositando nela todo poder do qual se sentem desinvestidos. Quando o Judiciário diz sim à solicitação de algumas internações, mesmo mediante perícia médica, muitas vezes realizada por profissional não familiarizado com realidade singular do caso, pode retardar a possibilidade de reflexão sobre o processo do adoecer psíquico e conseqüente protagonismo que poderia advir desse empoderamento por intermédio do saber/conhecer, permitindo o efetivo exercício de seus direitos.

### **Referências**

1. Acioly Y. Reforma psiquiátrica: Construção de outro lugar social para loucura? PPGSOCIO/UFPR – PPGCP/UFPR. ISSN da publicação: ISSN 2175-6880 (Online). Anais do Evento; 2009. GT4. Cidadania, controle social e migrações internacionais. [www.seminariosociologiapolitica.ufpr.br](http://www.seminariosociologiapolitica.ufpr.br). [Acesso em: 19 de fev 2016].
2. Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro; v. 4, n. 1, p. 195-204, fev 2009.
3. Brasil. Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr 2001, Seção 1.

# Uma Dose de Atenção: projeto de humanização aos usuários do serviço de Saúde Mental na Atenção Básica

*A dose of attention: a project of humanization to users of mental health service in basic attention*

Fernanda Doretto André<sup>1</sup>

## Resumo

O projeto “Uma Dose de Atenção” foi criado a partir das experiências no atendimento realizado aos usuários do serviço de saúde mental, que desde 2013 é realizado dentro da UBS. Pensando em humanizar o atendimento e com o objetivo de ajudar esses usuários e famílias no uso diário das medicações. Esse trabalho vem sendo construído e realizado desde então por meio de um convite para a consulta de enfermagem, ou visita realizada ao usuário, onde é oferecida ajuda para organizar suas medicações, realizando assim uma caixa personalizada a partir de material reciclado de acordo com a necessidade de cada um; sendo reabastecida a cada 5, 7 ou 15 dias, e até mensalmente; e em casos especiais o usuário recebe diariamente as medicações na própria UBS. A experiência objetiva também o uso correto das medicações, diminuir o seu uso abusivo, fortalecimento de vínculos no serviço de saúde e na família, assegurando assim uma assistência com humanização e qualidade na atenção básica.

**Palavras-chave:** Humanização; Atenção; Medicações.

## Abstract

The project “A dose of attention” was created from the experiences of attending users of mental health service, which since 2013 is performed in Basic Health Unities (BHU). Thinking of humanizing the attending and aiming to help these users and their families in the daily use of medication. This paper has been developed since October, 2013, from an invitation to nursing appointment, or visit to the user, in which it is offered help to organize their medications, making, therefore, a customized box from recyclable materials according to each one needs. This box is fulfilled every 5, 7 or 15 days, or even monthly. In special cases, the user receives daily the medications in the BHU. This experience also looks for the correct usage of medications, decrease its abusive usage, and make stronger the link in health service and families, assuring, therefore, a human assistance e quality in basic attention.

**Keywords:** Humanization; Attention; Medication.

<sup>1</sup> Fernanda Doretto André (ferdoretto@hotmail.com) é Enfermeira graduada pela Universidade de Marília-Unimar, pós-graduada em formação didático-pedagógica, pela Universidade do Vale do Itaipó, Enfermeira Assistencial da atenção básica na unidade de saúde Lauro Borges do município de Lucianópolis.



### Introdução

**E**m 2013, o município conseguiu a contratação de um profissional médico psiquiatra para compor a equipe de saúde mental e realizar o atendimento dentro da unidade básica de saúde, foi nesse momento, com a realização das consultas dentro da unidade básica e com essa proximidade entre o usuário, o médico e a equipe de enfermagem, que foram observadas as dificuldades dos usuários com o uso das suas medicações, bem como a falta de adesão ao tratamento e queixas de efeitos medicamentosos. A partir desse problema surgiu a ideia do projeto “Uma Dose de Atenção”, procurando buscar as dificuldades individuais e através da personalização e confecção de caixas organizadoras fracionar as doses das medicações de acordo com a necessidade de cada usuário, proporcionando assim o uso correto das medicações e

melhora da qualidade de assistência prestada e no tratamento.

### Justificativa

Considerando vários fatores dentro da realidade do município, entre eles o nível de escolaridade da população idosa, o número de usuários que moram sozinhos, as famílias com problemas de vínculos afetivos, o número de usuários encaminhados para a especialidade de psiquiatria e a crescente saída de medicações controladas da farmácia da unidade, foi preciso buscar, algum indício que acarretava esse processo. Foi nesse momento que percebemos como os usuários se atrapalhavam, confundiam ou faziam uso abusivo das medicações, ou por falta de entender as prescrições médicas, ou por falta de leitura, ou por existir caixas e rótulos idênticos de algumas medicações, ou pelo fato do volume elevado de medicações ao dia. Por isso alguma coisa

precisava ser feita imediatamente. Além da escuta qualificada e individualizada, cada usuário apresentava uma dificuldade e necessidade diferente, por isso as ações em saúde precisavam ser imediatas. Foi assim que a ideia “Uma Dose de Atenção” materializou-se, consistindo na confecção de caixas personalizadas de acordo com a dificuldade e necessidade de cada usuário, para que ele possa ter mais facilidade em fazer uso da medicação diariamente.

### Objetivo

Geral: proporcionar qualidade de vida e assistência de saúde digna, respeitando e aplicando todos os princípios norteadores do SUS aos usuários.

Específicos:

- a) proporcionar condições para que o usuário realize o tratamento corretamente;
- b) promover o fortalecimento do usuário com a família e com a unidade de saúde;
- c) prevenção de agravos de saúde;
- d) atenção individualizada e humanizada;
- e) devolver esse usuário ao convívio da comunidade;
- f) evitar o desperdício e o uso incorreto dos medicamentos.

### Metodologia

A ideia para se materializar precisava de alguns recursos financeiros e, como esses seguem fluxos e normas levam algum tempo para se materializar, a solução encontrada veio da sustentabilidade, que consistiu em reaproveitar o que ia para o lixo, como as caixas de papelão da farmácia, os frascos vazios de fitas de glicemia e o que havia disponível na unidade para improvisar como os frascos novos coletores e criar, assim, as caixas personalizadas de medicação, porque já era de conhecimento os problemas e dificuldades

desses usuários e se conhecia a urgência das ações a serem implementadas.

O usuário é convidado para uma consulta de enfermagem e orientado para que nesta consulta ele traga consigo todas as medicações que possui em casa; aproveitando, solicita-se todos os documentos e receitas de saúde que a pessoa possui, assim é possível também organizar seu retorno médico e verificar se está comparecendo corretamente aos agendamentos da saúde.

A caixa é montada de acordo com a necessidade de cada usuário, algumas com doses de segunda a sexta, com retornos de 5 em 5 dias para reabastecimento; outros, a cada sete dias, quinze dias, chegando até ser mensalmente, ou com uso diário na unidade.

Para encapar as caixas e os frascos reutilizados, o material também é reciclado, sobras de E.V.A. papel sulfite, papel adesivo de outros departamentos da saúde e de outras campanhas realizadas anteriormente tornam-se material de trabalho.

### Resultados / Produtos

O Projeto Uma Dose de Atenção tem superado as expectativas, pois toda a equipe de saúde começou a se envolver com o projeto, trazendo materiais para ser reutilizados na confecção das caixas. Ocorreu o fortalecimento de vínculos entre o usuário e família, entre os usuários e a unidade de saúde, o que significou adesão ao tratamento e, agora, melhora do quadro da sintomatologia dos pacientes atendidos, melhora do relacionamento do usuário com sua família, fortalecimento de vínculo com o usuário e a unidade de saúde, além de acabar com o desperdício de medicação.

### Considerações finais

A partir da execução do projeto foram observadas facilidades que consistiram no poder de

reaproveitamento de materiais, que antes paravam no lixo e agora transformam a vida de muitas pessoas, e oportunizam conhecer e ter um olhar diferenciado para esses usuários, que muitas vezes ficam à sombra da sociedade. Como dificuldade, aumentou-se a demanda de trabalho a ser realizado no mesmo espaço de tempo com as outras atividades da unidade.

O Projeto “Uma Dose de Atenção” já teve avanços e hoje alguns usuários que sabem do projeto vêm procurar ajuda com suas medicações. Por isso ele já se estendeu para alguns usuários que não são da saúde mental e também foi estudo de um projeto de trabalho de conclusão de curso da nossa farmacêutica.

Acredito que “Uma Dose de Atenção” tem conquistado mais espaço a cada dia e vai proporcionar ajuda a muitos usuários e suas famílias.

### Referências

1. COPSTEIN, A. S. et al. **Cadernos de Atenção Básica: Estratégias Para o Cuidado Com Doença Crônica**. Ministério da Saúde, Brasília, v. 38, 2014.
2. LUCIANÓPOLIS, São Paulo. **Relatório Anual de Gestão de 2014**. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!carregaRelatorioExterno.action?codUf=35&codTpRel=01.%20Acesso>. em: 18 out. 2014.
3. LOPES, D. M. A. et al. **Análise da rotulagem de medicamentos semelhantes: potenciais erros de medicação**. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 58, n.1, jan./fev., 2012.
4. ROZENFELD, S. **Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.717-724, maio/jun., 2003.

# Estabelecendo fluxo de atendimento no Ambulatório de Infectologia à População Privada de Liberdade no município de Franco da Rocha-SP

*Stablishing a attending flow in infectology outpatient in Franco da Rocha for people in prisional system*

Rosemeire Castanha<sup>1</sup>

## Resumo

Historicamente, Franco da Rocha é conhecido pelo seu centenário Complexo Hospitalar Psiquiátrico Juquery, uma das mais antigas e maiores colônias psiquiátricas do Brasil, bem como suas unidades prisionais. Com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e a incidência de pessoas vivendo com o HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis, ações governamentais foram desenvolvidas visando prioritariamente a atender às peculiaridades dessas pessoas e ao perfil epidemiológico da unidade prisional e do território onde elas se encontram, contemplando ações de prevenção, promoção e cuidado em saúde, preconizadas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), constantes na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), no âmbito do SUS. Nesse sentido, esse projeto de intervenção teve a intenção de elaborar um plano de ação para organizar o atendimento a essa população no ambulatório de infectologia do município de Franco da Rocha, tendo como objetivo a capacitação dos profissionais no atendimento acolhedor, livre de preconceitos e estigmas, realizando ações educativas que contribuam para entrega do cuidado e, assim, para redução de agravos a saúde dos sentenciados.

**Palavras-chave:** Acolhimento; Prisões; HIV.

## Abstract

Historically, Franco da Rocha, a Brazilian municipality, is known for its centennial Psychiatric Hospital Complex, named Juquery, one of the biggest and oldest Brazilian psychiatric colons, as well as its prisional unities. With the national policy of full attention to the health of people who are in prisional system and the incidence of people living with HIV and other sexually transmitted infections, governmental actions were developed aiming primarily meet these people peculiarities and the epidemiologic profile of the prisional unity, as well as the place where they are located, contemplating prevention actions, health care and promotion, preconized in the basic attention national policy, present in the national relation of action and health services, in the Brazilian Health Unique System scope. That said, this intervention Project aimed to create an action plan to organize the population attendance in the infectology outpatient in Franco da Rocha municipality, aiming the qualification of professionals for a friendly attendance, prejudice and stigma free, making educational actions that contribute to care, and, therefore, to the reduction of health grievance of sentenced people.

**Keywords:** User embracement; Prison; HIV.

<sup>1</sup> Rosemeire Castanha (rosemeirecastanha@hotmail.com) é especialista em Educação Permanente em Saúde pela UFRGS-RS, especialista em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde pela UFF-RJ, gestora do CTA SAE Franco da Rocha e integrante do grupo técnico saúde prisional de Franco da Rocha-SP



## 1. Introdução

**F**rango da Rocha, município da grande São Paulo, tem uma população estimada 143.817 habitantes<sup>1</sup>. Até o século 19, era uma região que servia de caminho para os bandeirantes ou todos aqueles que se dirigiam ao Estado de Minas Gerais. Nessa época, tratava-se de um lugarejo, que era conhecido pelos tropeiros como Parada do Feijão, onde a tropa que transportava gados e mercadorias fazia suas refeições<sup>2</sup>. Hoje, o acesso ao município se dá através das rodovias: SP-332 Rodovia Tancredo Neves, SP-023 Estrada do Governo, SP-354 Rodovia Edgar Máximo Zamboto, SP-348 Rodovia dos Bandeirantes, que cruza o território de Franco da Rocha, porém sem acesso direto à cidade. Trem CPTM, linha 7 Rubi, com parada nas estações Franco da Rocha, Baltazar Fidelis, malha viária e férrea de grande importância econômica para o país. A população, em sua maioria, trabalha e

estuda no município de São Paulo, tornando-o um município dormitório.

A cidade é marcada por locais históricos, sendo o mais conhecido o Complexo Hospitalar Juquery, projeto do arquiteto Ramos de Azevedo de 1885, inaugurado em 1898, a princípio denominado Colônia Agrícola do Juquery. Em 1886, o doutor Francisco Franco da Rocha, a serviço do Governo do Estado, passa a administrar o maior hospital psiquiátrico do Brasil e da América Latina, onde recebia demandas de várias cidades, dado o aumento da procura por famílias de/e portadores de doença mental. A importância do hospital é tanta que a cidade leva o nome do seu fundador, o médico Francisco Franco da Rocha<sup>2</sup>.

O Parque Estadual do Juquery recebe esse nome devido à grande ocorrência de uma planta que os índios encontravam as margens dos rios da região, a qual chamavam de *yu-kery*. Dessa planta os índios extraíam sal, que servia como condimento para temperar os alimentos. Também

conhecida como dorme-maria, a *yu-kery*, ao ser tocada, fecha suas folhas, abrindo-as novamente após algum tempo. Rico em vegetação nativa, o parque sofre com as queimadas criminosas sazonais<sup>2</sup>.

A cidade apresenta sete unidades prisionais e um centro de atendimento socioeducativo ao adolescente, com uma população carcerária flutuante estimada atualmente em 9.892 pacientes, acompanhados de seus familiares, que estabelecem moradia no município durante a permanência do reeducando no sistema prisional<sup>3</sup>.

Na década de 1980, os internos do Juquery circulavam livremente pelo centro da cidade, eram identificados pelas roupas privativas que tinham carimbo característico do serviço e uma sacola envelope onde carregavam seus pertences. Era comum abordarem a população na rua para pedir cigarro, café, pilha para o “radinho”, revistas. Aos domingos, na missa, eles estavam presentes, ocupavam os bancos da frente, os primeiros a chegar e os últimos a sair, não incomodavam ninguém, às vezes um ou outro apresentava crises convulsivas. O padre, pacientemente, interrompia a celebração e os ministros davam suporte ao interno, sem tocá-los, e, depois de passado aquele momento, eles voltavam ao banco tranquilamente e o padre prosseguia. Convivi com esse cenário dos meus 8 aos 12 anos, e observava atentamente cada um daqueles internos, esperando ansiosamente o momento da crise que me envolvia com um sentimento de respeito, curiosidade e compaixão por aquelas pessoas. Através da comunidade me aproximei deles, fazendo algumas amizades que me marcam até os dias de hoje.

Apesar das negativas que a imprensa divulga, Franco da Rocha não difere de outras cidades, tem seus problemas, mas também tem uma linda história.

Exercendo atividades na unidade especializada em atendimento a DST/aids/Hepatites Virais, recebi um convite para participar de uma

pesquisa de campo chamado “HIV e Sífilis no Sistema Prisional Feminino do Estado de São Paulo”<sup>4</sup> e vi nesse convite a oportunidade de conhecer internamente uma unidade prisional.

Em outubro de 2012, após treinamento sobre a oferta do teste rápido para HIV e Sífilis e questões de segurança dentro da unidade, começamos a executar as atividades.

Um misto de angústia, ansiedade e curiosidade invadia meus pensamentos a cada passo que dava ao adentrar aquele âmbito com a equipe de saúde, o cheiro adocicado misturado com ambiente fechado característico do local e o som daquelas portas de ferro nas costas foram experiências únicas e marcantes. A cada ala que atuávamos era uma surpresa única, raios decorados, bem-cuidados, ambiente organizado pelas próprias sentenciadas, demonstrando que mesmo reclusa havia uma hierarquia organizacional com disciplina.

Fomos bem-recebidas, para elas, nossa presença representava uma oportunidade de serem ouvidas pela equipe de saúde, as queixas eram diversas, das mais simples às mais complexas, mas, seguindo orientações do diretor de disciplina, não podíamos dar explicações, apenas direcioná-las a procurar o serviço de saúde da unidade.

Ao encerrar as atividades de pesquisa, procurei a diretora da unidade prisional para entender as questões de saúde daquela população e fui esclarecida quanto ao fluxo de atendimento.

Os indivíduos privados de liberdade, ao aguardarem sentença como presos preventivos ou cumprindo suas penas, têm somente sua liberdade limitada, ficando sob a custódia do Estado, que assume a titularidade de responsabilidade de obrigações pela geração e manutenção da saúde, assim como a garantia de acesso a todos os outros direitos que lhes são reservados (educação, trabalho, bem-estar, inclusão social). Não há dúvida de que essas pessoas precisam ser responsabilizadas por terem descumprido a lei,

porém, o Estado também tem de cumprir a Constituição e garantir, nas prisões, a universalização da saúde e dos direitos fundamentais<sup>5, 6</sup>.

A nova Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional tem como desafio a concretização do SUS constitucional no contexto do cárcere, incluindo equidade e qualidade a essa grande população no acesso às redes do SUS. Conhecer a legislação pertinente ao assunto, compreender suas implicações e aplicá-las no cotidiano, na realidade dos territórios, são os grandes desafios dos gestores<sup>5, 6, 7</sup>.

As precárias condições de trabalho e o julgamento moral sobre a conduta do preso indicam uma recusa em reconhecer a legitimidade de seu direito à saúde. Ainda que as leis brasileiras afirmem saúde como direito de todos e dever do Estado, constata-se a não realização desse direito tanto para as pessoas presas como para os profissionais que atuam no presídio<sup>7, 8, 9</sup>.

No sistema penitenciário brasileiro são bem conhecidas as situações de superlotação, condições sanitárias rudimentares, alimentação insuficiente, ausência de assistência médica, jurídica, educacional e profissional. Tem-se, ainda, constante violência entre os presos e entre esses e o Estado, representado por policiais e agentes penitenciários<sup>8, 9</sup>.

Há no sistema prisional riscos ligados à integridade física, à falta de infraestrutura e às doenças infectocontagiosas, além de uma desvalorização do preso e de suas queixas apresentadas inicialmente aos agentes penitenciários. Esses fazem uma avaliação informal do caso e decidem, sem conhecimento de causa, apoiados em critérios pessoais, encaminhar ou não o preso ao serviço médico, resultando em um descontrole do acesso aos serviços de saúde. O encaminhamento ou a produção de ações de saúde hierarquizadas e focadas na doença indica a resistência por parte dos agentes penitenciários, da administração penitenciária e da sociedade

civil em considerar a saúde como um direito do indivíduo privado de liberdade<sup>8, 10, 11</sup>.

Tendo em vista que as pessoas privadas de liberdade têm seus direitos à saúde como disposto nas legislações que os regulamentam, esse projeto de intervenção mostra-se necessário para a organização do fluxo de atendimento na rede de saúde especializada, proporcionando atendimento humanizado pelos profissionais de saúde conforme as políticas em vigor.

## 2. Descrição do problema

Organizar um fluxo de atendimento a pessoas privadas de liberdade no ambulatório de Infectologia do município de Franco da Rocha- SP

## 3. Objetivos

### 3.1 Objetivo geral

Realizar atendimento à população prisional, respeitando os preceitos dos direitos humanos e de cidadania por meio de ações de saúde embasadas nos princípios e nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

### 3.2 Objetivo específico

Oferecer à população prisional atenção especializada em IST/aids/Hepatites Virais;

Contribuir para o controle e redução dos agravos à saúde da população carcerária;

Capacitar as equipes de saúde das unidades prisionais para realização de um atendimento acolhedor e humanizado para realização do teste rápido de diagnóstico para HIV, teste de triagem para Sífilis, Hepatites B e C, com acolhimento e aconselhamento;

Implementar ações educativas à população em geral, com ênfase na saúde da população prisional.

#### 4. Justificativa

É preciso reconhecer que a maioria das pessoas privadas de liberdade encontra-se em uma situação de vulnerabilidade em relação à saúde e à exposição a diversas violências, causando uma série de consequências para o autocuidado. A superlotação das celas, a precariedade e a insalubridade transformam as prisões num ambiente propício ao desenvolvimento e à proliferação de doenças. A má-alimentação, o sedentarismo, o uso de drogas, a falta de higiene, além das dificuldades estruturais, como a ventilação e a iluminação inadequadas, as condições sanitárias adversas, a falta de acesso à água potável e aos serviços de saúde, o baixo nível socioeconômico, os modos de vida e o confinamento, a violência, a inadequação na higiene pessoal, são fatores que colaboram para os problemas de saúde dos indivíduos privados de liberdade. São exemplos de doenças mais comuns o HIV/aids e as infecções sexualmente transmissíveis, a tuberculose, a hepatite, a hipertensão arterial e o diabetes. Além disso, é elevado o número de indivíduos privados de liberdade que são dependentes de álcool e drogas<sup>12, 13</sup>

Em 2012, dos 10.847 óbitos decorrentes de doenças pelo HIV, 65,27% foram de homens e 34,73% de mulheres. Ou seja, os homens têm taxa de mortalidade 1,9 vezes maior do que as mulheres<sup>13</sup>.

Ao verificar-se o contexto do sistema penitenciário, observa-se que as situações precárias do confinamento podem dificultar ou impedir a implementação de respostas eficazes ao HIV/aids por parte dos profissionais. Sabe-se que a população em reclusão tem uma chance 20 vezes maior de contrair doenças infecto-contagiosas do que a população em liberdade.

Deve-se considerar que as relações sexuais ocorrem nas prisões não somente nas visitas íntimas, mas no dia a dia da vida prisional. Além disso, há evidências de abuso sexual, aumentando o risco da transmissão do HIV e de outras IST. Assim, a maior parte das relações sexuais

que ocorrem nas prisões não acontece durante as visitas íntimas. Durante o confinamento, muitos homens e mulheres estabelecem relações sexuais e afetivas consensuadas, sendo necessária atenção para que sejam levadas em conta no processo de prevenção às IST/HIV/aids/Hepatitis Virais. Outro ponto que necessita ser mais visibilizado e combatido são os diversos casos de estupro e outras violências sexuais que acontecem nesses ambientes. Fora o óbvio impacto para a saúde mental dos homens que sofrem estupros – às vezes coletivo –, é preciso considerar que essas violências aumentam exponencialmente o risco da transmissão de HIV e outras IST<sup>08,10</sup>

Por isso, atuar preventivamente em relação à transmissão do HIV e outras IST e oferecer atenção à saúde (diagnóstico e tratamento) nos ambientes prisionais às pessoas que vivem com HIV/aids requer maiores esforços por parte dos profissionais. Pensar estratégias, programas e ações de saúde para essa população demanda duplo esforço: rever conceitos, construir novos conhecimentos e, concomitantemente, programar e consolidar um plano de ação interinstitucional, envolvendo os vários atores e setores afins.

#### 5. Metodologia

##### 5.1 Cenário da intervenção

O projeto foi realizado no COAS / Ambulatório de Infectologia de Franco da Rocha, situado na Rua Nelson Rodrigues s/n – Bloco 5 – Centro - CEP 07859-330 – Franco da Rocha–SP.

##### 5.2 Sujeitos da intervenção

Para delimitação do projeto de intervenção, utiliza-se a população registrada e em atendimento na unidade ambulatorial com idade acima de 18 anos, totalizando 420 pacientes da população em geral e 51 do sistema prisional. Servidores municipais que atuam no ambulatório de

infectologia, totalizando 6 profissionais (3 nível superior, 3 nível médio).

São critérios de inclusão: pessoas acima 18 anos de idade, registradas no serviço e, ou, em acompanhamento com médico infectologista e que aceitaram participar do projeto.

São critérios de exclusão: pessoas menores de 18 anos de idade; maiores de 18 anos que não aceitarem participar do projeto e aqueles que apresentarem alguma patologia que impossibilite ou dificulte a comunicação.

### 5.3 Estratégias e ações

Trata-se de um projeto de intervenção, para definição do atendimento à população privada de liberdade com a participação dos profissionais que atuam no ambulatório de Infectologia de Franco da Rocha, com a finalidade de orientá-los sobre as políticas vigentes e esclarecimentos a população em geral.

#### 5.3.1 Estratégias

- Reunião com os diretores de saúde das unidades prisionais, onde se identificou fluxo confuso de encaminhamento ao atendimento especializado em IST/HIV/aids/ Hepatites Virais, com acesso restrito ao atendimento básico e especializado no município por falta de conhecimento e comunicação evidenciados na fala dos profissionais.

- Reunião com os profissionais do ambulatório de Infectologia, sendo abordado o atendimento à nova demanda, elegendo no consenso uma agenda específica para a população carcerária. Foi observada a falta de conhecimento e insegurança dos profissionais no atendimento específico.
- Revisão bibliográfica, por meio da qual foram coletados documentos normativos existentes, além de estudos realizados e publicados sobre o tema.
- Levantamento do total de pacientes atendido no ambulatório de Infectologia, por

meio de contagem manual dos prontuários, e registrado em planilha de dados eletrônico.

- Dados da poluição carcerária no município através da SAP.
- Casos aids em Adulto, por ocupação “privados de liberdade” e município de residência “Franco da Rocha”, através do SINAN.

#### 5.3.2 Ações

- No ambulatório de Infectologia foi realizada uma roda de conversa com a equipe abordando questões da PNAISP, estatuto do servidor público, código de ética dos respectivos conselhos. Houve resistência por parte dos envolvidos, traziam em suas falas que aquele atendimento não era atribuição da unidade, que o prédio não apresentava rota de fuga, temiam pela segurança física, foram debatidas diversas alternativas e, após uma orientação baseada na Lei nº 8.080/90, chegamos ao consenso e definimos que ficariam reservadas todas as sextas-feiras para atendimento exclusivo, mediante agendamento, dos privados de liberdade, além da demanda espontânea.

- Com a instituição responsável pelo programa de saúde nas unidades prisionais, foi acordado a capacitação dos profissionais de nível superior, constituído por 10 enfermeiros e 5 dentistas para realização do teste rápido para HIV, Sífilis, Hepatites B e C, ocorrido em março/2015, abordando também as questões de acolhimento, aconselhamento, epidemiologia, ações educativas à população privada de liberdade, portarias, documentação e impressos de uso no processo.

- Foi estabelecido um fluxograma com os atores envolvidos para o atendimento no ambulatório de infectologia para os sentenciados acometidos de IST com ênfase no HIV e Hepatites.

- Mensalmente, realizamos reunião com a equipe ambulatorial para acompanhamento das rotinas e discussão de casos prioritários. O atendimento a unidades prisionais está sempre em

pauta devido ao grande absenteísmo nas consultas em decorrência da falta de escolta.

- Iniciamos, em junho/2015, trabalho em grupo com os pacientes, considerado aqui como população em geral, abordando questões de cidadania, inserção social, direitos das pessoas vivendo com HIV/aids e o atendimento no mesmo espaço às pessoas privadas de liberdade. Dos participantes presentes não houve objeção, sendo pontuado apenas que a presença dos sentenciados não comprometesse o horário marcado para consulta, visto que o ambulatório atende com agendamento e respeita o horário da consulta. Foi esclarecido que a população específica teria um dia exclusivo na agenda.

## 6. Resultados esperados

Com a implementação do projeto, observou-se que os servidores municipais lotados no ambulatório de Infectologia compreenderam o seu papel no atendimento à população em geral e aos privados de liberdade, promovendo um atendimento acolhedor, sem estigmas e preconceitos.

A população em geral vem sendo esclarecida pelos profissionais do ambulatório sobre os direitos e deveres enquanto usuário do SUS e a PNAISP.

A rede de atenção em saúde vem se adequando para prestar atendimento à população privada de liberdade.

Com o Grupo de Convivência com os pacientes, foi observada a necessidade de oferecer mais integração entre os pares. Os mesmos manifestaram o desejo de realizar grupo de visitas ao sistema prisional para motivá-los na adesão ao tratamento e aos cuidados na prevenção.

Sendo um projeto de intervenção, os objetivos alcançados apontam para ações contínuas, pois tanto a população carcerária quanto os profissionais de saúde que atuam nas unidades prisionais são flutuantes.

## 9. Referências

1. IBGE. (1 de Julho de 2014). *IBGE*. Acesso em 16 de Junho de 2015, disponível em Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: <http://cod.ibge.gov.br/23BOP>
2. PMFR. (15 de Abril de 2015). *História da cidade de Franco da Rocha*. Acesso em 15 de Abril de 2015, disponível em Prefeitura Municipal de Franco da Rocha: <http://www.francodarocha.sp.gov.br/franco/index/acidade/1>
3. SAP. (15 de Junho de 2015). *Governo do Estado de São Paulo*. Acesso em 16 de Junho de 2015, disponível em Secretária da Administração Penitenciária: <http://www.sap.sp.gov.br/>
4. Matida, L. H. (2013). *O HIV e a Sífilis no Sistema Prisional Feminino no Estado de São Paulo*. São Paulo: Secretária de Estado da Saúde.
5. PNAISP. (02 de Janeiro de 2014). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional*. Brasília, DF, BRASIL.
6. Schmitt, H. B., Bolsoni, C. C., Conceição, T. B., & Oliveira, W. F. (2014). Políticas públicas e atenção à saúde das pessoas privadas. (p. 63). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
7. BRASIL, M. d. (2003). *HumanizaSUS: política nacional de humanização*. Brasília, DF, BRASIL: EDITORA MS
8. MARTINS, E. L., MARTINS, L. G., SILVEIRA, A. M., & MELO, E. M. (2014). O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais. *Saude e Sociedade*, 23(4), 1222-1234
9. ADORNO, S., & NANCY, C. (2012). *5º Relatório Nacional sobre os direitos Humanos no Brasil 2001-2010*. Acesso em 25 de Abril de 2015, disponível em Núcleo de Estudos da Violência: <http://www.nevusp.org/downloads/down265.pdf>
10. Silva, A. C., Nazario, N. O., & Lima, D. C. (s.d.). *Atenção à saúde do homem privado de liberdade*. Fonte: Universidade Federal de Santa Catarina: [www.unasus.ufsc.br](http://www.unasus.ufsc.br)
11. UFSC. (2015). Doenças prevalente entre homens privados de liberdade. *Atenção a saúde do homem Privado de Liberdade*, pp. 35-38.
12. UNODC. (2012). *ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME. Guia sobre gênero, HIV/Aids, coinfeções no Sistema Prisional*. Brasília. Fonte: Guia sobre gênero, HIV/Aids, coinfeções no Sistema Prisional
13. QUEIROZ, C. A. (Julho de 2014). Riscos para vírus da imunodeficiência. *Revista de Enfermagem da UFPE*, 8, pp. 2375-81,

# Mama Nenê na Creche: projeto de incentivo à amamentação em creches do município de Americana-SP

**Mama Nenê na Creche: project to promote breastfeeding in child care centers in Americana-SP**

Graciele Coral Fonseca Michelani<sup>I</sup>, Maria Aparecida Mori Chen<sup>II</sup>,  
Aline Marcelino da Silva<sup>III</sup>, Sandra Regina Possobon<sup>IV</sup>

## Resumo

Com o objetivo de incentivar, apoiar e proteger o aleitamento materno no município, foi estabelecida a parceria entre as Secretarias de Saúde e de Educação – o *Mama Nenê na Creche*, ressaltando a importância de as creches serem parceiras para favorecer o aleitamento materno. As 21 creches com berçário do município de Americana foram capacitadas entre setembro de 2013 e novembro de 2014. A proposta teve duas etapas: capacitação da equipe de apoio (150 funcionários) e, em seguida, do corpo docente (320 funcionários), abordando: benefícios da amamentação; incentivo para a mãe ir à creche amamentar e, ou, trazer seu leite ordenhado; e maus hábitos orais. Não é possível considerar como finalizada a implementação do *Mama Nenê na Creche em Americana*, em virtude da rotatividade e, ou, ingresso de profissionais nas diversas instituições educacionais, o que requer revisão permanente de diretrizes e aperfeiçoamento das ações implementadas.

**Palavras-chave:** Aleitamento materno; Parceria; Creche.

## Abstract

In order to encourage, support and protect breastfeeding in this city, it was established a partnership between the Departments of Health and Education – *Mama Nenê na Creche*, emphasizing the importance of child care centers being partners to promote breastfeeding. The 21 child care centers with baby nursery from Americana were enabled between September/2013 and November/2014. The proposal had two phases: training the support staff (150 employees) and, then, the teaching staff (320 employees), considering: benefits of breastfeeding; incentives to mother going to daycare center to suckle and/or bringing her expressed milk; and bad oral habits. The implementation of *Mama Nenê na Creche* in Americana cannot be considered as completed, due to turnover and/or professional ingress in several educational institutions, which creates the need of a permanent guidelines review and improvement of implemented actions.

**Keywords:** Breastfeeding; Partnership; Child day care centers.

<sup>I</sup> Graciele Coral Fonseca Michelani (mamaenene@saudeamericana.com.br) é Fonoaudióloga, especialista em Disfagia e Linguagem. Atua como fonoaudióloga do Programa Mamãe Nenê e do Projeto Mama Nenê na Creche da Secretaria Municipal de Saúde de Americana.

<sup>II</sup> Maria Aparecida Mori Chen (mamaenene@saudeamericana.com.br) é Enfermeira especialista em Saúde da Família e licenciada em Enfermagem. Atua como enfermeira do Programa Mamãe Nenê e do Projeto Mama Nenê na Creche da Secretaria Municipal de Saúde de Americana.

<sup>III</sup> Aline Marcelino da Silva (mamaenene@saudeamericana.com.br) é Enfermeira especialista em Gestão e Enfermagem. Atua como enfermeira do Programa Mamãe Nenê da Secretaria Municipal de Saúde de Americana.

<sup>IV</sup> Sandra Regina Possobon (mamaenene@saudeamericana.com.br) é Fonoaudióloga. Atua como coordenadora do Programa Mamãe Nenê da Secretaria Municipal de Saúde de Americana.



## Introdução

**A** Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam o aleitamento materno exclusivo, devendo ser a única fonte de hidratação e alimentação nos primeiros seis meses de vida e complementado gradualmente, com alimentação saudável até dois anos<sup>6</sup>.

A amamentação exclusiva nos seis primeiros meses de vida é fundamental para a saúde e o desenvolvimento infantil. Sabe-se que a administração de outros alimentos, além do leite materno, interfere negativamente na absorção de nutrientes e em sua biodisponibilidade, aumenta o risco de infecções, diminui a quantidade de leite materno ingerido e leva a menor ganho ponderal<sup>12</sup>.

O leite materno contém fatores imunológicos que protegem o bebê contra infecções, proporciona melhor nutrição, beneficia a maturação do trato gastrointestinal, fornece hidratação

adequada, além de favorecer o vínculo afetivo, o crescimento e o desenvolvimento neuropsicomotor, emocional e social. Ajuda na rápida recuperação em casos de doenças, protege o bebê contra diabetes e câncer na infância, possibilita melhor resposta vacinal, diminui o risco de problemas ortodônticos e fonoaudiológicos associados ao uso de outros bicos (mamadeiras e, ou, chupetas) e até melhor desempenho em testes de inteligência<sup>1</sup>.

A amamentação traz também benefícios importantes à nutriz: diminui o risco de hemorragia e anemia após o parto, pois contribui com a recuperação do útero; ajuda ao retorno do peso pré-gestacional; minimiza o risco de câncer de mama e ovário, além de doenças cardiovasculares e diabetes, no futuro<sup>13</sup>.

A prevalência do AME em menores de seis meses foi de 41% no conjunto das capitais brasileiras e DF. O comportamento desse indicador foi bastante heterogêneo, variando de 27,1% em

Cuiabá/MT a 56,1% em Belém/PA. A duração mediana do AME foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a duração mediana do AM de 341,6 dias (11,2 meses) no conjunto das capitais brasileiras e DF<sup>7</sup>. Os aspectos socioeconômicos e culturais têm exercido forte influência sobre o aleitamento materno, que, embora seja um ato natural, não é instintivo, uma vez que as puérperas necessitam de apoio e ensinamentos para amamentar de forma prazerosa, evitando o desmame precoce.

O início do século 20 foi marcado por intensas mudanças sociais como a industrialização, urbanização, inserção da mulher no mercado de trabalho e o aumento da disponibilidade e marketing de leites industrializados, resultando em uma “epidemia do desmame”<sup>10</sup>.

A falta de apoio/acolhimento da nutriz é uma das principais razões para o desmame precoce, entretanto, as mães nem sempre tomam consciência e acabam atribuindo o desmame a problemas como: leite fraco, em pouca quantidade, mamilo invertido, mamilos doloridos, choro intenso do bebê, falta de sono, recusa ao peito e à falta de apoio de profissionais de saúde, parentes, vizinhos e amigos<sup>14</sup>.

Houve, portanto, uma mudança substancial no papel da mulher na sociedade e o emprego materno tornou-se um importante obstáculo à amamentação, em especial à exclusiva. A manutenção da amamentação nesse cenário depende do *“tipo de ocupação da mãe, do número de horas no trabalho, das leis e relações trabalhistas, do suporte ao aleitamento materno na família, na comunidade e no ambiente de trabalho e, em especial, das orientações dos profissionais capacitados para a manutenção do aleitamento materno em situações que exigem a separação física entre mãe e bebê”*. (Brasil, 2015 - páginas 47 e 48)<sup>6</sup>

A amamentação está sujeita às condições ambientais, necessitando da proximidade física entre mãe e bebê, situação que se torna difícil

quando a mãe retorna ao trabalho, precisando delegar os cuidados do bebê, aos quatro meses de idade, para outra pessoa ou instituição. As creches, instituições de educação e de cuidado que atendem os lactentes podem apoiar e proteger o aleitamento materno com práticas de acolhimento e condutas sistematizadas de incentivo à nutriz para amamentar seu filho na creche e, ou, ordenhar seu leite para ser administrado ao bebê nesses estabelecimentos<sup>3</sup>. Porém as unidades escolares nem sempre estão capacitadas para recebê-la para amamentar ou para ofertar seu leite materno ordenhado.

A introdução do uso da mamadeira também pode prejudicar a amamentação, além de ser fonte de contaminação. Muitas crianças ao experimentarem a mamadeira começam a apresentar dificuldades quando vão mamar no peito. Alguns autores denominam essa dificuldade de “confusão de bicos”, isso devido ao movimento distinto entre o movimento de ordenha do bebê ao peito e a sucção realizada na mamadeira. Nesses casos, é comum o bebê chorar intensamente quando levado ao seio materno, ocasionando o desmame precoce<sup>6</sup>.

O Ministério da Saúde adverte *“A criança que mama no peito não necessita de mamadeira, bico ou chupeta. O uso de mamadeira, bico ou chupeta prejudica a amamentação e seu uso prolongado prejudica a dentição e a fala da criança”*. (Art. 16, 1º § - Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006). Também, veda a promoção comercial dos produtos: fórmulas infantis, mamadeiras, bicos e chupetas em quaisquer meios de comunicação.

O sucesso do aleitamento materno depende do apoio de uma rede social, em que diferentes profissões e profissionais têm objetivos em comum de amparar a escolha dessas mulheres, para que a prática de nutrir seus filhos com o melhor alimento seja tranquila e segura<sup>9</sup>, e de estabelecer vínculo, que a facilitará expor suas

queixas, dúvidas, medos e anseios relacionados ao aleitamento materno, garantindo uma atenção mais assertiva a favor da amamentação<sup>10</sup>.

A prática da amamentação, portanto, aumenta a sobrevivência infantil e a qualidade de vida do bebê e da mãe, o que a torna, segundo o Instituto de Saúde (CIP/SES-SP), uma prioridade mundial e no Brasil tem sido uma política de saúde priorizada desde 1981<sup>2</sup>. Estudos nacionais apontam que os índices de aleitamento materno no Brasil têm melhorado, mas ainda estão muito abaixo dos considerados ideais pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>8</sup>. Evidências científicas recentes demonstram que o aconselhamento em amamentação, atividade de apoio, promoção e incentivo ao aleitamento em hospitais (Iniciativa Hospital Amigo da Criança) e na comunidade são formas economicamente viáveis de aumentar as taxas de amamentação exclusiva, tornando-se uma estratégia fundamental para a redução da mortalidade infantil no país e para a melhoria da qualidade de saúde das crianças brasileiras. Nessa luta pela lactação natural é imprescindível a participação de todos<sup>18</sup>.

Em Americana-SP, desde 2009, o Mamãe Nenê (Programa de Educação e Acompanhamento até os 3 anos) atua no incentivo, no apoio, e na proteção do aleitamento materno no município. É um programa da Secretaria de Saúde que atende as mães, seus bebês e familiares desde a alta da maternidade até a criança completar 3 anos e 11 meses de idade. Composto por uma equipe multidisciplinar, com profissionais das áreas de assistência social, enfermagem, fonoaudiologia, nutrição, odontopediatria e psicologia, que desenvolvem ações de promoção de saúde e prevenção a agravos.

Esse trabalho teve como ponto de partida apoiar a necessidade demonstrada por mães, acompanhadas pelo Mamãe Nenê, em manter o aleitamento materno exclusivo e, ou, evitar o desmame precoce mesmo quando do ingresso de seus filhos nas creches municipais que nem

sempre se encontravam capacitadas para recebê-las para amamentar, armazenar, manipular e ofertar leite materno ordenhado ao seu bebê.

Diante desse cenário, iniciou-se o “Mama Nenê na Creche” – Projeto de Incentivo à Amamentação em Creches Municipais de Americana, conduzido por duas profissionais, enfermeira e fonoaudióloga do Mamãe Nenê.

### Objetivos

Incentivar, apoiar e proteger o aleitamento materno junto às crianças que ingressam nas Unidades Educacionais Municipais com Creche em Americana/SP.

### Metodologia

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi implementado como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, visando à atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, nas escolas e Unidades Básicas de Saúde, realizada pelas equipes de saúde da atenção básica e educação de forma integrada<sup>5</sup>. A implementação de uma política mais transversal, integrada e intersetorial, que propõe a articulação entre os serviços de saúde a outros setores<sup>4</sup>, para promoção da saúde, propicia o compartilhamento de saberes na busca de soluções das diversas problemáticas. O profissional de saúde pode atuar junto aos professores, às famílias e aos alunos na busca de novos e mais eficientes meios de se abordar educação em saúde no ambiente escolar<sup>9</sup>.

Nessa perspectiva, buscou-se estabelecer uma parceria entre Secretaria de Saúde e Secretaria de Educação. Para isso, o Programa Mamãe Nenê foi apresentado aos diretores e pedagogos da Educação Infantil. Destacou-se a importância das creches em apoiar e favorecer o aleitamento

materno exclusivo até 6 meses, mesmo com o ingresso dos bebês aos 4 meses nas unidades, e continuado até 2 anos.

Nesse encontro, formou-se um grupo condutor, com integrantes da Secretaria de Educação (diretores de Unidades, pedagogos e nutricionistas da Merenda Escolar) e da Secretaria de Saúde (enfermeira e fonoaudióloga do Programa Mamãe Nenê) para definição de diretrizes e elaboração das ações a serem implementadas.

O município de Americana situa-se na região leste do estado de São Paulo, distante 129 km da capital. Com um território de 134 km<sup>2</sup>, teve em 2015 uma população estimada de 229.322 habitantes. As capacitações do Projeto “Mama Nenê na Creche”, nas 21 creches municipais com berçário, tiveram início em setembro de 2013 e terminaram em novembro de 2014. A proposta contemplou 2 etapas.

Na primeira etapa, foi realizada a capacitação da equipe de apoio (servente, auxiliar de cozinha e cozinheira – total de 150 funcionários), que aconteceu durante o expediente de trabalho, na unidade, com duração de 1 hora/unidade.

Na segunda etapa, efetuou-se a capacitação para o corpo docente (diretor, auxiliar de direção, pedagogo, professor, estagiários – total de 320 funcionários). Realizada no período noturno, no horário da reunião pedagógica, com duração de 2 horas/unidade.

As capacitações abordaram os temas:

- importância da amamentação;
- normas de manuseio, armazenamento e oferta do leite materno;
- consequências dos maus hábitos orais;
- desencorajamento ao uso de mamadeiras e introdução do copo educativo como uma alternativa;
- estratégias e ações na inscrição e matrícula, para incentivar e apoiar a mãe em amamentar na creche e, ou, trazer seu leite.

Foram utilizados recursos audiovisuais, apresentações em *Power Point*, com conteúdo

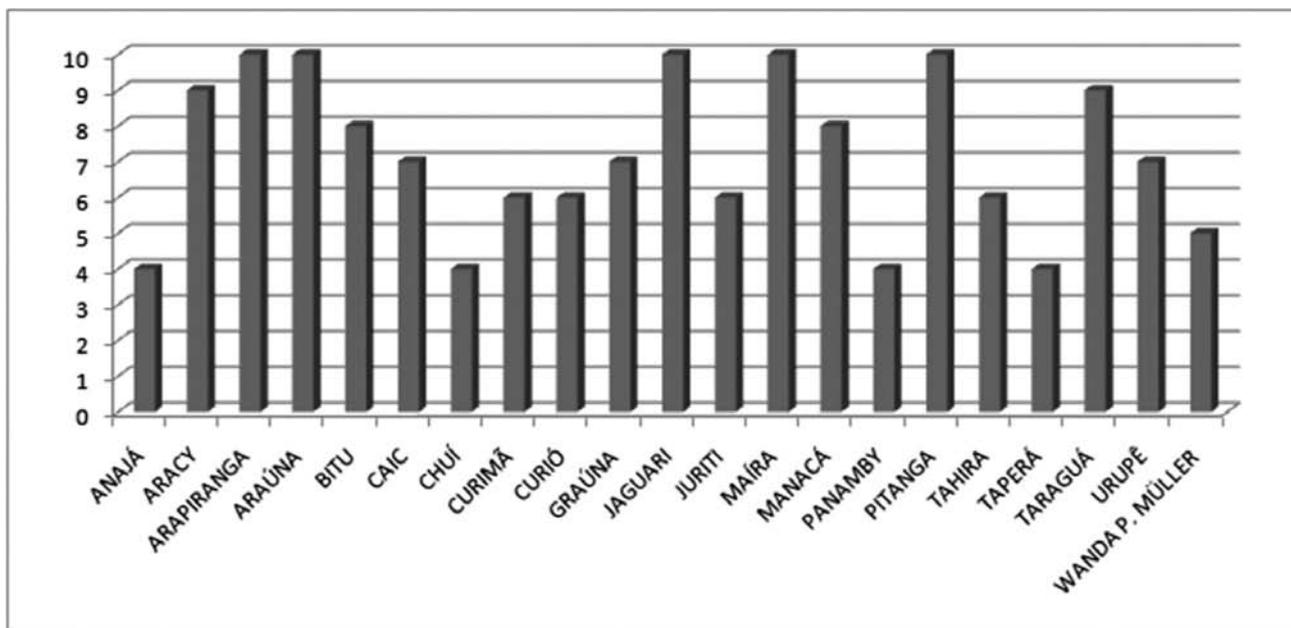
teórico, vídeos e ilustrações, além da técnica de *brainstorming*<sup>1</sup> sobre os assuntos apresentados e dificuldades de implementação na unidade. Finalizou-se com a aplicação de um questionário qualitativo para avaliar o impacto da capacitação.

## Resultados

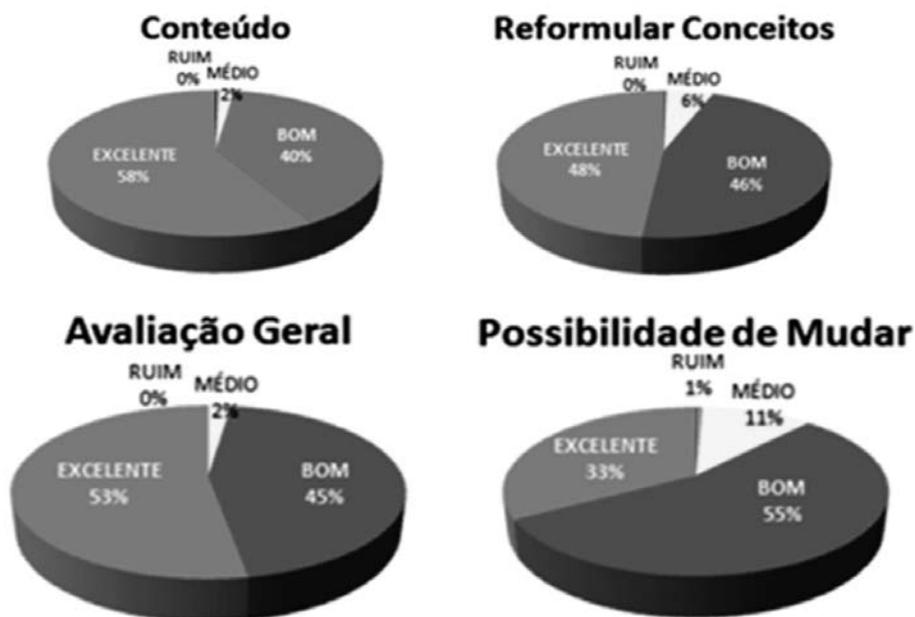
Foram capacitadas 100% das unidades das creches municipais com berçário. Em relação aos profissionais da equipe de apoio, abrangeu-se a quantidade de funcionários por unidade: Creche Anajá - 4; Casa da Criança Aracy - 9; Casa da Criança Arapiranga - 10; Casa da Criança Araúna - 10; Casa da Criança Bitu - 8; Creche CAIC - 7; Creche Chuí - 4; Creche Curimã - 6; Casa da Criança Curió - 6; Casa da Criança Graúna - 7; Casa da Criança Jaguari - 10; Casa da Criança Juriti - 6; Casa da Criança Maíra - 10; Casa da Criança Manacá - 8; Casa da Criança Panamby - 4; Casa da Criança Pitanga - 10; Casa da Criança Tahira - 6; Creche Taperá - 4; Casa da Criança Taraguá - 9; Casa da Criança Urupê - 7; Creche Wanda Pollo Müller - 5. (Gráfico 1)

O questionário qualitativo aplicado à equipe docente, com a classificação dos conceitos de “excelente”, “bom”, “médio” e “ruim”, demonstrou os seguintes resultados quanto: à avaliação do conteúdo apresentado foi considerado 58% “excelente”, 40% “bom”, 2% “médio” e 0% “ruim”; à possibilidade de reformular conceitos a respeito dos temas abordados foi estimado 48% “excelente”, 46% “bom”, 6% “médio” e 0% “ruim”; à avaliação geral da capacitação mostrou-se 53% “excelente”, 45% “bom”, 2% “médio” e 0% “ruim”; à avaliação da possibilidade de mudanças de

<sup>1</sup> A técnica de *brainstorming* (tempestade cerebral) propõe que um grupo de pessoas se reúnam e utilizem seus pensamentos e ideias para que possam chegar a um denominador comum, a fim de gerar ideias inovadoras que levem um determinado projeto adiante (método criado nos Estados Unidos, pelo publicitário Alex Osborn, usado para testar e explorar a capacidade criativa).



**Gráfico 1.** Quantidade de profissionais, de cada unidade, da Equipe de Apoio Capacitada sobre a Importância do Aleitamento Materno, Manuseio e Armazenamento do Leite Materno - 2013/2014. (Unidades Educacionais Municipais com Berçários de Americana)



**Gráfico 2.** Avaliação da Capacitação Realizada pelo Corpo Docente sobre a Importância do Aleitamento Materno e Maus Hábitos Oraais - 2013/2014. (Unidades Educacionais Municipais com Berçários de Americana)

atitude foi analisado 33% “excelente”, 55% “bom”, 11% “médio” e 1% “ruim”. (Gráfico 2)

Observou-se que o conceito “ruim” foi aplicado somente em relação à possibilidade de mudança na rotina escolar, provavelmente devido à necessidade de quebrar paradigmas sobre a cultura de bicos artificiais. A compilação dos dados, no geral, demonstrou que a maior parte dos participantes (mais de 90%) ficou disposta a rever seus conceitos e adotar novas práticas na rotina escolar.

### Aprendizados

A formação do grupo condutor com integrantes de ambas as secretarias mostrou ser uma estratégia essencial para facilitar a elaboração das ações de Saúde a serem implementadas compatíveis com a realidade escolar. O apoio da direção de cada unidade também favoreceu a realização da implementação do Mama Nenê na Creche.

A resistência de alguns profissionais e a forte cultura do uso de bicos artificiais para as crianças foram as principais dificuldades encontradas. Esses questionamentos foram discutidos e trabalhados durante a capacitação.

### Considerações finais

A parceria entre Saúde e Educação, visando a estabelecer diretrizes e implementar uma linha de cuidados em benefício do desenvolvimento infantil, mostrou-se eficiente, favorecendo tanto os profissionais quanto as crianças assistidas.

O projeto “Mama Nenê na Creche” de Americana, nas 21 unidades com berçário, mantém revisão permanente de diretrizes e aperfeiçoamento das ações implementadas, principalmente, pelo fato de a Educação realizar, anualmente, novas atribuições de cargos aos seus profissionais. Além disso, esse projeto amplia-se

com a execução prática da teoria discutida nas capacitações.

### Referências

1. ALDEN, K. R. Nutrição e Alimentação do Recém-Nascido. In: LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S.; BOBAK, I. M. O cuidado em Enfermagem Maternal. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
2. ARAÚJO, M. DE F. M. DE; FIACO, A. D.; PIMENTEL, L. S.; SCHMITZ, B. DE A. S. Custo e Economia da Prática do Aleitamento Materno para a Família. Revista Brasileira de Saúde de Materno Infantil. v. 4, n. 2. Recife, Abril/Junho - 2004.
3. BRAGA, N. P.; REZENDE, M. A.; FUJIMORI, E. Amamentação em Creches no Brasil. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano. v. 19. n. 3. p. 465-474. São Paulo, Dezembro – 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/download/19934/22012>>. Acesso em: 29 de janeiro de 2016.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da saúde. Brasília (DF): 2006.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. ed. 2 n. 23. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 01 de agosto 2016.
7. BRASIL, Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas Projetos, Programas e Relatórios. 1ª edição 1ª reimpressão Série C. Brasília, 2009.
8. CHAVES, R. G.; LAMOUNIER, J. A.; CÉSAR, C. C. Fatores Associados com a Duração do Aleitamento Materno. Journal de Pediatria do Rio de Janeiro. v. 83, n. 3. Porto Alegre Maio/Junho - 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S002175572007000400009&lang=t](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572007000400009&lang=t)>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2010.
9. COSTA, F. S.; SILVA, J.L.L.; DINIZ, M.I.G. A Importância da Interface Educação\Saúde no Ambiente Escolar como Prática de Promoção da Saúde. Informe-se em Promoção da Saúde, v. 4, n. 2. p. 30-33, 2008.

10. GOLDENBERG, P. Repensando a Desnutrição com Questão Social. Campinas: Unicamp, 1988.
11. IBIFAN. Projeto Piloto de Promoção da Amamentação nas Creches da Rede Municipal de Educação do Rio de Janeiro - Instituto de Nutrição Annes Dias, Gerência de Programas de Saúde da Criança - Junho de 2010. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/documentos/outras/doc-542.pdf>>. Acesso em 29 de janeiro de 2016.
12. PARIZOTO, G. M.; PARADA, C. M. G. DE L.; VENÂNCIO, S. I.; CARVALHAES, M. A. DE B. L. Tendência e Determinantes do Aleitamento Materno Exclusivo em Crianças Menores de seis meses. *Jornal de Pediatria do Rio de Janeiro*. v.85 n.3 Porto Alegre, Maio/Junho - 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572009000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572009000300004)>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2010.
13. Portal Brasil Saúde. Amamentação Traz Benefícios Para a Mãe e Bebê. Outubro, 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/10/amamentacao-traz-beneficios-para-a-mae-e-o-bebe>>. Acesso em: 06 de agosto de 2016.
14. SPINELLI MGN et al. A Situação de Aleitamento Materno de Crianças Atendidas em Creches da Secretaria da Assistência Social do Município de São Paulo - Região Freguesia do Ó. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Recife, v. 2. n. 1. p. 23-28, Janeiro/Abril, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v2n1/v2n1a04>> Acesso em: 29 de janeiro de 2016.

# Criação de um grupo para pessoas com dor crônica, uma abordagem terapêutica e social: um relato de experiência na UBS Vila Marchi

**Creation of a group for people with chronic pain, a therapeutic and social approach: an experience report at UBS Vila Marchi**

Vinicius Santos Sanches<sup>I</sup>, Adriane Campo Gaino<sup>II</sup>, Renata da Silva Santana<sup>III</sup>,  
Marcia Teixeira da Silva<sup>IV</sup>, Elisangela de Oliveira Nascimento<sup>V</sup>

## Resumo

A dor crônica pode ser persistente e recorrente, tem um processo de tratamento longo que inclui repouso e uso de fármacos para o alívio do sintoma, que, em muitas ocasiões, podem resultar em efeitos colaterais desagradáveis, o que dificulta a adesão de pessoas ao tratamento farmacológico. A baixa adesão ao tratamento e os possíveis efeitos colaterais estão relacionados diretamente à baixa eficácia do uso contínuo de medicamentos, fazendo necessária uma nova forma de tratamento multidimensional, agindo não somente sobre os sintomas, mas também nas características biopsicossocial do paciente. Diante deste problema foi idealizada a formação de um grupo para alívio de dores crônicas na UBS Vila Marchi que abordasse o plano biológico, psicológico e social dos pacientes, por meio de programa sobre gestão do estresse, educação dos pacientes e das famílias, relaxamento e orientações práticas para atividades do cotidiano. Além de qualificação dos encaminhamentos, também são relatadas no artigo as atividades físicas e de interação social que proporcionam melhor qualidade de vida aos participantes durante o período de espera entre a primeira consulta o encaminhamento ao reumatologista.

**Palavras-chave:** Dor crônica; Promoção da saúde; Terapias complementares.

## Abstract

Chronic pain can be persistent and recurrent, it has a long treatment process that includes rest and drug use for symptom relief, which, on many occasions, can result in unpleasant side effects, which makes it difficult for people to join Pharmacological treatment. Low adherence to treatment and possible side effects are directly related to the low efficacy of continuous medication use, making it necessary a new form of multidimensional treatment, acting not only on the symptoms but also on the biopsychosocial characteristics of the patient. Faced with this problem, the formation of a group for the relief of chronic pain at UBS Vila Marchi was conceived to address the biological, psychological and social plan of the patients through a program of stress management, patient and family education, relaxation and orientations of practices for everyday activities. In addition to qualification of referrals, the article also reports the physical activities and social interaction that provide better quality of life to the participants during the waiting period between the first consultation and medical referral to the rheumatologist.

**Keywords:** Chronic Pain; Health Promotion; Complementary Therapies

<sup>I</sup> Vinicius Santos Sanches (vinicius\_422@hotmail.com) é trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo.

<sup>II</sup> Adriane Campo Gaino (adriaanegaino@gmail.com) é trabalhadora da Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo.

<sup>III</sup> Renata da Silva Santana (re.epm@gmail.com) é trabalhadora da Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo.

<sup>IV</sup> Marcia Teixeira da Silva (marcia.spsobral@gmail.com) é trabalhadora da Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo.

<sup>V</sup> Elisangela de Oliveira Nascimento (elisangela\_nascioli@hotmail.com) é trabalhadora da Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo.



### Introdução e justificativa

**A**dor é uma percepção subjetiva, desagradável e vital. A interpretação do estímulo nocivo protege o organismo através desse sinal de alarme denominado dor (BARS *et al.*, 2004).

No que se trata de classificação, podemos utilizar o contexto temporal como indicador, sendo a divisão feita em dor aguda e dor crônica. A dor crônica é aquela persistente ou recorrente. Em sua classificação, consideram-se crônicas aquelas em que o sintoma se mantém além do tempo fisiológico de cicatrização de determinada lesão, ou por permanecer por mais de três meses (IASP 1986; Gureje *et al.*, 1998).

Numa macrovisão, estima-se que, mundialmente, 80% das consultas médicas devam-se à presença da dor (Kerns *et al.*, 2003) e em nível nacional demonstra que 75% dos pacientes que

consultam serviços públicos de saúde relatam a presença de dor crônica (Holtz *et al.*, 2008)

O tratamento clássico da dor (aguda) consiste em repouso e uso de fármacos para o alívio do sintoma, para favorecer a cicatrização da lesão (Zeller *et al.*, 2008) e a redução do processo inflamatório (Shang *et al.*, 2003). Ao contrário do tratamento da dor aguda, os agentes químicos analgésicos não se demonstram eficazes contra a dor crônica (Turk *et al.*, 2006).

A baixa eficácia do uso contínuo de fármacos está inevitavelmente associada a efeitos secundários indesejáveis e à baixa adesão ao tratamento farmacológico. Aproximadamente, 47% dos pacientes com fibromialgia (síndrome de dor crônica difusa) não aderem à medicação prescrita, seja intencionalmente ou pela intensidade dos efeitos colaterais da medicação (Sewitch, 2004).

Por isso, o tratamento da dor crônica deve caracterizar-se por programas multidimensionais, agindo sobre características biopsicossociais

(Turk *et al.*, 2006; Flor *et al.*, 2004). No plano biológico esses programas visam a regular os mecanismos endógenos de controle da dor e a concentração de neurotransmissores (como serotonina, noradrenalina e dopamina). No plano psicológico, reduzem ansiedade, depressão, angústia e incapacidades mentais geradas pela dor crônica. No plano social favorecem a autoestima, a participação social e a produtividade intelectual e física. Dentre as estratégias empregadas pelos programas multidisciplinares destinados à dor crônica, temos gestão do estresse, educação dos pacientes e das famílias, relaxamento e orientações práticas para as atividades de vida diária, sendo a atividade física a estratégia mais utilizada (Bennett *et al.*, 1996; Barcellos *et al.*, 2007). A prescrição de exercícios para o tratamento da dor crônica é defendida há mais de 20 anos pela literatura científica (McCain *et al.*, 1988).

### **Objetivo**

Este relato tem o objetivo de descrever como foi e está sendo constituído o grupo para alívio de dores crônicas na UBS Vila Marchi.

Com a realização do grupo, proporcionar orientação permanente aos pacientes com dores crônicas de origem osteoarticular e, ou, muscular sobre exercícios globais e atividades para alívio do quadro algico.

### **Metodologia**

A preparação para realização do grupo iniciou-se em outubro, visto a preocupação com as pessoas que aguardavam o chamado para consulta com o reumatologista. O primeiro passo foi a análise das guias de encaminhamentos. Visto um número considerável de encaminhamentos, realizamos um momento entre especialista em reumatologia (Policlínica Rudge Ramos) com os

médicos de família da UBS. Esse encontro proporcionou uma visão mais ampliada sobre os casos de reumatologia. O terceiro momento deu-se com a convocação dos pacientes encaminhados para reumatologia para uma reavaliação com participação dos apoiadores e uma médica da UBS. Dessa reavaliação, foram chamados os pacientes para participação no grupo.

Formato do grupo: foi pensado um grupo rotativo, feito em ciclos de 10 semanas. Terminado esse tempo, uma nova turma se inicia. A cada semana é abordado um aspecto diferente na recuperação e promoção da saúde, alongamentos, exercícios para resistência, fortalecimento, sessões de acupuntura, além de interação social e abordagens multidisciplinares sobre a dor (interação medicamentosa, cuidados gerais, posicionamentos para minimização da dor, etc). Foi estabelecido um número de no máximo 20 participantes por ciclo.

### **Resultado**

As ações pré-grupo fizeram estreitar os laços entre as equipes, pudemos analisar como estavam sendo realizados os encaminhamentos e assim qualificá-los, diminuindo a fila de espera, além de proporcionar melhor qualidade de vida para os participantes do grupo durante esse momento de espera.

### **Considerações finais**

Os grupos de dor vêm para minimizar o sofrimento das pessoas com dor crônica, sendo realizadas diversas atividades físicas e de interação social. O matriciamento mostrou-se uma iniciativa necessária para realização do grupo, onde foram solucionadas diversas dúvidas e houve uma aproximação com a rede.

## Referências

1. Le Bars D, Willer JC. *Physiologie de la douleur*. EMC-Anesthésie Réanimation. 2004; (1):227-66
2. IASP – Classification of chronic pain. *Pain*. 1986;Suppl 3:S1-S226
3. Gureje O, Von KM, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA*. 1998; 280(2):147-51
4. Sewitch MJ, Dobkin PL, Bernatsky S, Baron M, Starr M, Cohen M, et al. Medication non-adherence in women with fibromyalgia. *Rheumatology (Oxford)*. 2004; 43(5):648-54
5. Kerns R, Otis J, Rosenberg R, Reid C. Veterans' reports of pain and associations with ratings of health, healthrisk behaviors, affective distress, and use of the healthcare system. *J Rehabil Res Dev*. 2003; 40(5):371-80
6. Holtz VV, Stechman Neto J. Epidemiologia da dor em pacientes de Curitiba e região metropolitana. *Revista Dor*. 2008; 9(8):1217-24
7. Zeller JL, Burke AE, Glass RM. JAMA patient page. Acute pain treatment. *JAMA*. 2008; 299(1):128
8. Shang AB, Gan TJ. Optimising postoperative pain management in the ambulatory patient. *Drugs*. 2003; 63(9):855-67
9. Turk DC, Dworkin RH, Burke LB, Gershon R, Rothman M, Scott J, et al. Developing patient-reported outcome measures for pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*. 2006; 125(3):208-15.
10. Faas A. Exercises: which ones are worth trying, for which patients, and when? *Spine*. 1996; 21(24):2874-8.
11. Flor H, Hermann C. Biopsychosocial Models of Pain. In: Dworkin RH, Breitbart WS, editors. *Psychosocial Aspect of Pain: A Handbook for Health Care Providers*. Seattle: IASP Press; 2004. 47-75.
12. Bennett RM, Burckhardt CS, Clark SR, O'Reilly CA, Wiens AN, Campbell SM. Group treatment of fibromyalgia: A 6 month outpatient program. *J Rheumatol*. 1996; 23(3):521-8
13. Barcellos de Souza J, Charest J, Marchand S. École interactionnelle de fibromyalgie : description et évaluation. *Douleur et Analgésie*. 2007; 20:213-8.
14. McCain GA, Bell DA, Mai FM, Halliday PD. A controlled study of the effects of a supervised cardiovascular fitness training program on the manifestations of primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 1988; 31(9):1135-41
15. Souza, JB. Can Exercise Induce Analgesia in Patients With Chronic Pain? *Rev Bras Med Esporte – Vol. 15, No 2 – Mar/Abr, 2009*
16. Senna ER, De Barros AL, Silva EO, Costa IF, Pereira LV, Ciconelli RM, et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: A study using the COPCORD approach. *J Rheumatol*. 2004; 31(3):594-7
17. Lemstra M, Olszynski WP. The effectiveness of multidisciplinary rehabilitation in the treatment of fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Clin J Pain*. 2005; 21(2):166-74.
18. Souza JB, Bourgault P, Charest J, Marchand S. Long-term efficacy of the Interactional School of Fibromyalgia – a randomized controlled study. *Arch Phys Med Rehabil*. In press 2008

# Equidade na gestão de recursos humanos: um estudo de redimensionamento no Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Saúde de Santos

## Equity in human resources management: a study about redimensioning in the Department of Basic Attention in Santos Health Secretary

Carolina Ozawa<sup>I</sup>, Danielle Abujamra Siufy Nardez<sup>II</sup>, Eliane Bittencourt Nogueira<sup>III</sup>,  
Maria Lucia Martins da Silva Novaes<sup>IV</sup>, Tatiana das Neves Fraga Moreira<sup>V</sup>

### Resumo

Estudo inovador realizado pelo Departamento de Atenção Básica do município de Santos, que propôs a análise detalhada do quadro de recursos humanos com vistas ao redimensionamento dos profissionais, agregando aos parâmetros do Ministério da Saúde, conceitos e diretrizes do SUS, tais como acessibilidade, grau de vulnerabilidade do território, população adstrita e índice de utilização dos serviços. Os cálculos foram realizados para todas as categorias profissionais, resultando em um conjunto de planilhas que apontam o déficit e o superávit por unidade e para todo o município. Do ponto de vista qualitativo, o estudo propiciou ainda a discussão sobre os processos de trabalho e os modos de produção de cuidado, impactando assim na qualidade da assistência prestada ao usuário.

**Palavras-chave:** Gestão de recursos; Recursos humanos; Atenção básica.

### Abstract

It is an innovative study carried out by the Basic Attention Department in Santos municipality, which proposed a detailed analysis of the human resources board, aiming to redirect professionals, aggregating to Health Ministry concepts and guidelines of the Brazilian Health Unique System, as well as accessibility, territory vulnerability, attached population and service usage index. Calculation was carried out to all professional categories, resulting in a set of spreadsheets that point the deficit and the surplus for unit and for the entire municipality. From a qualitative point of view, the study provided yet the discussion about the work processes and the ways of care production, influencing, therefore, the quality of the assistance given to the user.

**Keywords:** Resources management; Human resources; Primary health care.

<sup>I</sup> Carolina Ozawa é Enfermeira de Saúde Pública, especialização em Educação em Saúde Pública, no Programa de Saúde da Família. Mestrado em Saúde Coletiva e Doutorado em Saúde Coletiva. Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Santos-SP foi chefe de seção de epidemiologia, coordenadora de saúde coletiva, coordenadora de vigilância, chefe do departamento de especialidades, chefe do departamento de vigilância em saúde, chefe do departamento de atenção básica, atualmente, assessora do gabinete da secretaria de Saúde de Santos-SP.

<sup>II</sup> Danielle Abujamra Siufy Nardez (dsiufo@ig.com.br) é psicóloga formada pela Universidade Católica de Santos e Pedagoga formada pela Centro Universitário Lusíada, com especialização em Formação e Cuidado em Rede e mestranda no Programa de Ensino em Ciências da Saúde, ambas pela Universidade Federal de São Paulo - campus Baixada Santista (UNIFESP). Atualmente é coordenadora da Atenção Básica da Região da Orla e Intermediária do município de Santos.

<sup>III</sup> Eliane Bittencourt Nogueira (eli\_bittencourt@hotmail.com) é enfermeira com especialização em Saúde Comunitária e da Família pela Universidade Nove de Julho (UNINOVE) e especialização em Formação e Cuidado em Rede pela Universidade Federal de São Paulo - campus Baixada Santista (UNIFESP). Atualmente é chefe da Policlínica da Aparecida, no município de Santos.

<sup>IV</sup> Maria Lucia Martins da Silva Novaes (ml\_novaes@hotmail.com) é enfermeira com especialização em Pediatria e Puericultura pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Gestão para Educação Permanente dos Profissionais da rede de atenção às urgências e emergências pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Atualmente é coordenadora da Atenção Básica da Região da Zona Noroeste do município de Santos.

<sup>V</sup> Tatiana das Neves Fraga Moreira (tatinfm@yahoo.com) é psicóloga formada pela Universidade Presbiteriana Mackenzie, cientista social pela Universidade de São Paulo e mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Atualmente é chefe de departamento da Atenção Básica do município de Santos.



### Introdução e justificativa

**A** gestão de recursos humanos é parte importante do desenvolvimento do trabalho em qualquer organização de saúde e está vinculada diretamente à qualidade do atendimento e do serviço prestado aos usuários. Por essa razão, torna-se relevante pensar na adequação dos quadros de profissionais, considerando ainda que “Os trabalhadores do setor saúde constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, ações e serviços de saúde disponíveis para a população” (Ministério da Saúde 2005).

O Chamado à Ação de Toronto para uma Década de Recursos Humanos em Saúde (Organização Pan-americana da Saúde 2006) é um documento que sintetiza as discussões realizadas nos grupos de trabalho da VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, realizada em Toronto, Canadá, promovida pela Organização Pan-americana de Saúde em conjunto com o Ministério de Saúde do Canadá e

Ministério de Saúde e Cuidados Prolongados da Província de Ontário.

O documento apresenta a necessidade de manter em pauta a temática, fortalecendo políticas de recursos humanos como parte da construção de sistemas de saúde equitativos e de qualidade. Para isso define alguns princípios fundamentais para a elaboração de planos de fortalecimento da força de trabalho em saúde. O primeiro deles aponta que são os recursos humanos a base do sistema de saúde, indo ao encontro de uma das premissas citadas e presente nos Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (Ministério da Saúde 2005). O segundo princípio situa o trabalho em saúde como um serviço público, de responsabilidade social e de grande importância para o desenvolvimento humano. Por fim, reafirma que os trabalhadores de saúde são protagonistas do desenvolvimento e da melhoria dos sistemas de saúde. Nesse aspecto, considera-se que o trabalho em saúde deve ser orientado para a melhoria da situação de saúde da

população e para isso faz-se necessário reunir um contingente bem-distribuído, capacitado, saudável e motivado.

No âmbito federal, os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (Ministério da Saúde 2005) têm por finalidade estabelecer e definir os modos de operacionalizar os preceitos da legislação que rege o Sistema Único de Saúde – SUS. Dentre as atribuições e responsabilidades dos gestores das esferas municipais, estaduais e federais sobre a Gestão do Trabalho no SUS, encontra-se a necessidade de elaborar diagnósticos sobre o quadro de trabalhadores, relacionando ainda a necessidade prevista para a implementação dos Planos locais de Saúde.

Dessa forma, o município assumiu o desafio de realizar um estudo de dimensionamento do quadro de profissionais da Atenção Básica, visando à redistribuição de servidores e ao levantamento das reais necessidades da rede, a partir de critérios objetivos, mas que considerasse as especificidades de cada território. Noutras palavras, um dimensionamento de recursos humanos norteado pelo princípio da equidade na distribuição de profissionais, usando como critério a vulnerabilidade de cada território.

A dimensão quantitativa do estudo permitiu avaliar numericamente a distribuição dos trabalhadores por unidades de saúde, comparar os quadros atuais e dimensionados e identificar déficit ou superávit de horas de trabalho, conforme apresentaremos a seguir.

A dimensão qualitativa possibilitou, no decorrer mesmo do estudo, amplo debate sobre os processos de trabalho e contribuiu para difundir a cultura da análise de dados para tomada de decisão entre as chefias locais e do nível central da gestão.

*“Dimensionamento do Quadro de Pessoal pode ser entendido como um processo de planejamento contínuo de avaliação da força de trabalho para atender aos objetivos da organização, através da definição de critérios*

*que identifiquem a necessidade de pessoal, em termos quantitativos e qualitativos, para atender direta, ou indiretamente as necessidades das unidades ou área de trabalho”<sup>1</sup>*

### **O município de Santos**

A cidade de Santos, no litoral paulista, é um município com 419.400 habitantes (IBGE, 2012) e integra, junto a nove municípios, a região conhecida como Baixada Santista. Está, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, em sexto lugar na lista dos municípios brasileiros por Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) e o terceiro lugar entre os municípios do Estado de São Paulo.

### **Contextualizando nossa rede de atendimento**

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é constituída por seis departamentos integrados que cuidam da Atenção Básica, da Atenção Pré-hospitalar e Hospitalar, das Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária, dos Serviços da Especialidade, de Regulação e de Infraestrutura e Finanças.

Atualmente, o grande desafio da gestão municipal de saúde é manter a qualidade da atenção oferecida à população, aperfeiçoando o acolhimento e o acesso oportuno, promovendo ações em prol da adequada resolutividade da rede de serviços, incentivando a responsabilização dos profissionais para o cuidado dos pacientes, integrando os serviços por meio das Redes de Atenção à Saúde.

*“As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> [http://www.saude.campinas.sp.gov.br/biblioteca/XXIV\\_Congresso\\_de\\_Secretarios\\_Municipais\\_de\\_Saude\\_do\\_Estado\\_SP/Gestaodepessoas/Dimensionamento\\_de\\_Medicos\\_Bete\\_Lelo.pdf](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/biblioteca/XXIV_Congresso_de_Secretarios_Municipais_de_Saude_do_Estado_SP/Gestaodepessoas/Dimensionamento_de_Medicos_Bete_Lelo.pdf)

<sup>2</sup> [http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_ras.php?conteudo=atributos\\_ras](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=atributos_ras)

Essa concepção de rede de atenção traz em seu bojo a necessidade de articular e fomentar as redes locais e intersetoriais, visando à racionalidade dos processos de trabalho e efetivação de princípios e diretrizes do SUS. Nessa rede, a Atenção Básica possui papel central e estruturante:

*“No Brasil, a atenção básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.” (Ministério da Saúde, 2012)*

O fortalecimento da Atenção Básica é, portanto, estratégico para avançar na produção do cuidado integral, melhorando indicadores básicos de saúde, como mortalidade infantil, mortalidade geral e, em especial, aquelas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis.

Atualmente, o Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde (DEAB-SMS) é composto de 31 unidades de saúde, sendo 10 Unidades Básicas Tradicionais e 21 Unidades de Saúde da Família (totalizando 36 Equipes de Saúde da Família), uma seção dedicada à articulação dos grupos de prevenção e promoção à Saúde, uma equipe do Consultório na Rua e três Núcleos de Apoio à Saúde da família.

As unidades, na maioria, apresentam em seu quadro médicos (clínicos ou generalistas, pediatras e ginecologistas), enfermeiros e técnicos de enfermagem, dentistas e auxiliares de saúde bucal, oficiais administrativos que atuam na recepção das unidades e Agentes Comunitários de Saúde.

No município, as equipes de Saúde da Família tiveram sua implementação nos meados dos anos 2000, atingindo apenas 11% de cobertura entre a população do município até 2014. Há dois anos, teve início um processo de transformação no modelo atenção vigente e novas equipes foram implementadas. Atualmente, podemos encontrar 28,78% de cobertura entre os usuários atendidos, 36 equipes de Saúde da Família e 19 equipes de Saúde Bucal. A cobertura dos ACS é de 34,39% totalizando 144.325 pessoas para 259 agentes comunitários de saúde<sup>III</sup>.

A ampliação da ESF é diretriz da Secretaria de Saúde de Santos, com prioridade para as áreas de maior vulnerabilidade, visando à equidade de acesso, à integralidade e à harmonização progressiva dos perfis da oferta de serviços e atividades de prevenção e promoção de saúde.

Diante do quadro que se apresenta, o redimensionamento de recursos humanos faz-se necessário, a fim de manter a qualidade do atendimento prestado à população e a satisfação dos trabalhadores que podem exercer adequadamente suas funções.

Vale destacar que a Lei de Responsabilidade Fiscal<sup>IV</sup> trouxe novos limites para as despesas com pessoal, restringindo as possibilidades de contratações. Nesse contexto, o dimensionamento de RH, tal como apresentado, pode ser uma ferramenta importante de gestão, garantindo a economicidade, mas priorizando a qualidade da atenção.

### Objetivo

O estudo teve como objetivo a análise e o redimensionamento do quadro de recursos humanos do Departamento de Atenção Básica, considerando as características e dados de vulnerabilidade de cada território, a população adstrita, o

<sup>III</sup> Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE . Acesso em 14-08-16)

<sup>IV</sup> [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm)

índice de utilização das unidades e os parâmetros de composição de equipe do Ministério da Saúde.

### Metodologia

Esse estudo teve início em julho de 2015 com a apresentação da proposta de dimensionamento de recursos humanos para integrantes de diferentes níveis da gestão da SMS. Foram realizadas duas reuniões de trabalho aproximando o grupo presente dos cálculos utilizados para o dimensionamento de cada categoria profissional e das principais fontes de dados. Ao término da primeira etapa, o grupo presente deliberou que o estudo deveria ter início pelo Departamento de Atenção Básica, considerando a necessidade de conhecer a rede de atendimento e sua força de trabalho a partir de dados objetivos de cada um dos territórios.

Dado o recorte no Departamento de Atenção Básica, partiu-se para o trabalho de aproximação com a teoria proposta. Esse processo foi mediado por consultoria externa durante quatro meses, com encontros mensais intercalados com reuniões locais entre os profissionais relacionados para o grupo de trabalho que fora constituído para o estudo, denominado grupo de trabalho para o dimensionamento ou GT-dimensionamento.

Os encontros com a consultora tratavam essencialmente das fontes dos dados e da metodologia aplicada nos cálculos para o dimensionamento de cada categoria profissional, bem como da forma de organização de toda a informação coletada. Partiu-se igualmente de documentos norteadores, tais como a portaria 1.101, de junho de 2002, que define os parâmetros assistências do SUS e a Política Nacional de Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2012). É importante destacar que as fontes de dados foram amplamente debatidas, bem como os critérios de seleção das informações; ambos foram pactuadas

de modo a refletir a realidade do município e da nossa rede de atendimento.

Segue breve relato da construção coletiva dos critérios e as fontes de dados utilizadas em cada categoria profissional. Devemos ressaltar que as chefias das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades de Saúde da Família contribuíram significativamente com o estudo, fornecendo os dados necessários para a caracterização de cada um dos serviços.

### Critérios e parâmetros utilizados

O estudo partiu de dados basais para a caracterização do território e das unidades:

- população do município: dados do IBGE (IBGE, 2012), apresentados por bairro e divididos por faixa etária e sexo;
- população adstrita às unidades: número de prontuários ativos para as unidades básicas tradicionais e população cadastrada no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) para as unidades de saúde da família. Ambos tomaram como recorte o mês de agosto de 2015;
- nível de vulnerabilidade dos territórios: a inter-relação de três parâmetros: o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS 2010<sup>v</sup>; distribuição de pontos de concentração de população em situação de rua por bairro e a distribuição de locais de comércio de sexo por bairro<sup>vi</sup>;
- quadro atual dos servidores lotados por equipe de saúde;
- postos de trabalho: setores que ficam abertos ao atendimento à população por no mínimo 8 horas por dia e exigem a permanência de um técnico de enfermagem para sua execução durante o período.

<sup>v</sup> <http://indices-ilp.al.sp.gov.br/view/index.php>

<sup>vi</sup> “Avaliação da Intervenção com profissionais do sexo na cidade de Santos” – Seção de Referência em aids (Secretaria Municipal de Saúde de Santos) - Julho/15

Foram informados pelas chefias das Unidades em setembro de.

- horário de funcionamento das unidades de saúde.

A área de abrangência de cada Unidade foi analisada a partir do mapa IPVS 2010, considerando-se o grupo de vulnerabilidade que representava a maior parte do território da Unidade. Ao término da análise, as unidades foram classificadas em quatro níveis de vulnerabilidade: Baixa, Média, Alta e Muito Alta.

A partir dos critérios e índices citados, teve início o cálculo por categoria profissional, incluindo médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, oficiais administrativos, dentistas, auxiliares de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e profissionais do NASF.

### Apresentação dos cálculos

A partir de dados base, calculamos dois índices importantes que nortearam o dimensionamento de diversos cargos. O primeiro deles é a proporção de pessoas residentes na área de abrangência da Unidade que efetivamente fazem uso desse serviço, denominado **Índice de Utilização das Unidades**. Em seguida, calculamos a **Unidade de referência (UR)**, com base na população que efetivamente utiliza as Unidades e a vulnerabilidade da área, tendo como parâmetro a composição de equipes previstas na Política Nacional de Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2012), na qual define que uma equipe da ESF ficará responsável por 2,5 mil a 4 mil pessoas. Assim, foi possível calcular o número de equipes (com horas de profissionais equivalentes ao calculado nas Equipes de Saúde da Família) que é necessário em cada Unidade.

### Cálculos por categoria profissional

Optamos por elaborar planilhas eletrônicas para auxiliar na elaboração de todas as etapas. Isso permite alterações necessárias e atualizações

a qualquer tempo. Apresentaremos abaixo os parâmetros utilizados, os cálculos e a planilha referente aos auxiliares e técnicos de enfermagem, como exemplo:

- parâmetros utilizados;
- horário de funcionamento da unidade;
- postos de trabalho;
- jornada de trabalho;
- unidade de referência.

### Resultado

Do ponto de vista quantitativo, o estudo possibilitou o análise entre o quadro atual e o dimensionado, evidenciando as diferenças entre as unidades do departamento: se por um lado há falta de cirurgiões-dentistas, oficiais administrativos e técnicos de enfermagem, por outro há superávit de médicos pediatras. A partir da análise do superávit, foi possível propor remanejamentos entre as unidades, otimizando os recursos existentes.

O processo iniciado pelas oficinas de trabalho tornou-se espaços fomentadores do diálogo entre diferentes atores, não apenas sobre a distribuição dos recursos entre os serviços, mas também a respeito do modelo de Atenção Básica que almejamos construir em nosso município.

### Considerações finais

O processo de analisar, com o detalhamento proposto nesse estudo, o quadro de recursos humanos do Departamento de Atenção Básica, foi uma tarefa inédita na Secretaria de Saúde de Santos, que pode garantir não apenas a adequação do número de profissionais por unidade de saúde, mas também servir como subsídio para discutir os processos de trabalho e os modos de produção de cuidado para garantir a qualidade do atendimento à população. A ferramenta permitiu o olhar mais objetivo sobre o tema, agregando aos parâmetros assistenciais e de composição de equipe propostos pelo Ministério da Saúde,

AUXILIARES/TÉCNICOS DE ENFERMAGEM						
POLICLÍNICA	DIMENSIONADA		ATUAL		SUPERÁVIT/DÉFICIT	
	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS	HORAS	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS	HORAS	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS	HORAS
CONSELHEIRO NÉBIAS	13	510	9	350	-4	-160
MARTINS FONTES	11	438	10	390	-1	-48
VILA MATHIAS	9	378	10	400	1	22
RCH/ID	8	321	7	280	-1	-41
VALONGO	8	320	8	320	0	0
CARUARA	6	232	3	120	-3	-112
MONTE CABRÃO	5	213	3	120	-2	-93
MORRO NOVA CINTRA	9	350	10	390	1	40
MARAPÉ	11	435	9	360	-2	-75
MORRO SÃO BENTO	10	382	8	320	-2	-62
JABAQUARA	6	250	6	240	0	-10
VILA PROGRESSO	7	300	3	120	-4	-180
MORRO SANTA MARIA	6	253	3	120	-3	-133
MORRO DA PENHA	6	234	3	120	-3	-114
MONTE SERRAT	5	216	3	120	-2	-96
MORRO JOSÉ MENINO	6	227	4	160	-2	-67
APARECIDA	14	570	12	480	-2	-90
EMBARÉ	18	717	14	540	-4	-177
GONZAGA	11	450	10	390	-1	-60
CAMPO GRANDE	14	550	11	420	-3	-130
PONTA DA PRAIA	17	684	14	510	-3	-174
JOSÉ MENINO/POMPÉIA	14	540	13	520	-1	-20
RÁDIO CLUBE	17	688	17	680	0	-8
BOM RETIRO	10	408	10	390	0	-18
ALEMOA	8	313	9	350	1	37
SÃO JORGE/CANELEIRA	7	281	6	230	-1	-51
SÃO MANOEL	8	319	9	340	1	21
AREIA BRANCA	8	312	5	200	-3	-112
PIRATININGA	5	183	2	80	-3	-103
CASTELO	9	378	10	400	1	22
<b>TOTAL</b>	<b>286</b>	<b>11451</b>	<b>241</b>	<b>9460</b>	<b>-45</b>	<b>-1991</b>

aspectos relevantes como a vulnerabilidade dos territórios, o índice de utilização de cada unidade e as características atuais da Atenção Básica de Santos. O estudo retrata a realidade e possibilita adequações e atualizações decorrentes de remanejamentos ou novas contratações, por exemplo, assim como permite ser replicado para outros departamentos ou secretarias, adaptando-se às características locais.

Dessa forma, é possível aos gestores locais propor discussões centradas em dados técnicos e critérios pactuados com todos os membros da equipe, buscando garantir a especificidade de cada serviço dentro de uma rede complexa de

unidades da atenção básica dentro dos princípios e diretrizes do SUS.

### Referências

1. IBGE. IBGE. 2012. [ftp://ftp.ibge.gov.br/perfil\\_municipios/2013/munic2013.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/perfil_municipios/2013/munic2013.pdf) (acesso em 12 de agosto de 2016).
2. Ministério da Saúde. *Política Nacional da Atenção Básica*. Brasília: MS, 2012.
3. Ministério da Saúde. "Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS." 20. Brasília : MS, 2005.
4. Organização Pan Americana da Saúde. *Chamado à Ação de Toronto 2006-2015 : rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas américas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

# Interação entre a vigilância em saúde e a atenção básica nas ações de controle da dengue em Jundiaí-SP

*Interaction between health monitoring and basic attention in action of dengue in Jundiaí – SP*

Carlos Hitoshi Ozahata<sup>1</sup>

## Resumo

Os órgãos que compõem a Secretaria Municipal de Saúde nem sempre conseguem trabalhar de forma integrada e as justificativas são diversas: estrutura organizacional estabelecida, modelos de gestão, personalização de cargos, incompatibilidades pessoais, fatores políticos, entre outros. Dessa forma, cria-se um mosaico de serviços de saúde onde cada órgão trabalha de forma isolada e, na maior parte das vezes, eficiente. Atingem-se metas, cumprem-se planos e os indicadores de saúde são considerados adequados. Nesse contexto, a Assistência e a Vigilância em Saúde de Jundiaí-SP, observaram a urgência de se estabelecer uma interação mais consolidada para o controle da dengue. Apesar de os indicadores apontarem resultados muito satisfatórios, os objetivos almejados compreendiam um serviço mais qualificado, otimização de recursos e envolvimento efetivo dos órgãos responsáveis.

**Palavras-chave:** Vigilância em saúde pública; Dengue; Atenção básica.

## Abstract

The organs that form the Health Municipal Secretary not always get to work in an integrated way and that happens for many reasons: the organizational structure, management models, jobs customizations, personal incompatibilities, and politics, among others. Therefore, it was created a board of health services, in which each organ works singly and, most of times, efficient. Goals are reached, plans are accomplished and health indicators are considered appropriate. In this context, the Jundiaí Health Assistance and surveillance observed the urgency of establishing an interaction more consolidated for dengue control. Despite the indicators present satisfying results, the goals reached consist of a more qualified service, an improvement of resources and effective involving from responsible organs.

**Keywords:** Public health surveillance; Dengue; Primary health care.

<sup>1</sup> Carlos Hitoshi Ozahata (cozahata@jundiai.sp.gov.br) é trabalhador da Unidade de Vigilância de Zoonoses/Secretaria de Saúde de Jundiaí/SP.



### Introdução

**A** Secretaria de Vigilância em Saúde/MS assumiu a integração entre a Atenção Primária ou Básica e a Vigilância em Saúde como prioridade político-institucional em 2008, instituindo-se diretrizes a serem seguidas pela União, Estados e municípios no tocante à integralidade do cuidado. Foram recomendadas ações para organização do processo de trabalho, do planejamento estratégico, do território integrado entre ambas, educação permanente, controle social e monitoramento e avaliação.

No município de Jundiaí-SP, a política instituída obedece aos ditames do Ministério da Saúde. No entanto, a interação da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica não havia ocorrido em sua plenitude no tocante às ações de controle da dengue. As atividades parceiras eram pontuais e não havia troca eficiente de informações entre os participantes. Dessa forma, os profissionais

da Atenção Básica não tinham como acompanhar em tempo real a situação epidemiológica de cada território nem as áreas do município onde ocorriam as transmissões da doença. Sem dúvida houve desestímulo à notificação e baixa qualidade no preenchimento das respectivas fichas. É possível inferir que os profissionais de saúde tenham tido dificuldades em relação aos diagnósticos diferenciais e à abordagem de cada paciente. Por outro lado, a Vigilância em Saúde trabalhava com os dados obtidos principalmente dos pronto-atendimentos e hospitais, uma vez que o hábito da população local é procurar inicialmente esses serviços. Dessa forma, os canais de comunicação entre a Vigilância em Saúde e as Unidades Básicas de Saúde, que poderiam ser melhorados através desse procedimento, não foram consolidados e o volume de informações acerca da situação epidemiológica de territórios específicos certamente foi menor.

Essa dissonância pode ser explicada pelo fato de os profissionais da Atenção Básica normalmente não se verem como ‘vigilantes’ e não possuem o hábito de analisar os dados epidemiológicos apresentados pela Vigilância em Saúde. Essa, por sua vez, não emitia regularmente os informes com as análises epidemiológicas e os resultados atualizados. Em alguns momentos, essas informações ficavam centralizadas em profissionais específicos, causando prejuízos importantes aos serviços. Considerando o caráter agudo e epidêmico da dengue, era preocupante a situação vigente mesmo o município possuindo bons indicadores em relação ao número de casos autóctones e ausência de óbitos.

Outro procedimento a ser revisto era a centralização das ações de vigilância e controle da dengue na Unidade de Vigilância de Zoonoses. Isso envolvia o acompanhamento das notificações, investigação epidemiológica, realização de busca ativa, capacitações/recapacitações dos profissionais da assistência, atividades educativas e emissão de boletins epidemiológicos, além das ações de controle do vetor. Esse modelo estabelecido há anos promove sobrecarga em um único órgão e acomodação de outros atores.

### Objetivo

Estabelecer trabalho integrado e institucionalizado entre os profissionais da Vigilância em Saúde e a Atenção Básica nas ações de vigilância da dengue e demais arboviroses.

### Metodologia

A intervenção viável e factível a ser implementada é composta por um rol de medidas simultâneas: (1) estabelecimento de um colegiado gestor municipal, com representantes da Assistência e Vigilância em Saúde, visando a discutir protocolos, procedimentos e diretrizes que nortearão as

ações dos diferentes agravos de importância para o município. Prever, também, o estabelecimento da sala de situação onde seriam discutidas ações pontuais e em tempo real, (2) participação ativa dos profissionais integrantes nos diferentes níveis da Atenção e Vigilância, além das demais Unidades de Saúde (público e privado), através de seu envolvimento na construção dos processos de trabalho, (3) capacitação e recapacitação dos demais colaboradores consolidando as atribuições de cada segmento e as metas a serem atingidas, tanto para o setor público quanto privado, (4) *feedback* constante dos resultados obtidos a todos os entes relacionados, (5) envolvimento da comunidade através dos conselhos gestores regionais e o Conselho Municipal de Saúde, (6) implementação de educação permanente e continuada, (7) publicidade aos demais funcionários e à população sobre os objetivos a serem alcançados e os resultados obtidos.

1. A mensuração inicial dos resultados poderá parecer subjetiva, uma vez que não serão traduzidos necessariamente em dados numéricos, mas em mudanças nos processos de trabalho e nas parcerias estabelecidas. Obviamente, alguns dos indicadores convencionais como, por exemplo, número de notificações, qualidade de preenchimento das fichas e volume de exames laboratoriais poderão ser avaliados imediatamente. No entanto, não poderá ser considerado sucesso da implementação desse trabalho se os demais resultados de mensuração não forem adequados: comprometimento das equipes, funcionários qualificados, protocolos e fluxos sendo obedecidos e comunicação eficiente para/entre todos os segmentos. Propomos a observação de alguns desses itens para avaliar a evolução do sucesso das medidas instituídas:
2. Análise da implementação do fluxo e protocolo = avaliação imediata, uma vez que será possível verificar quais as unidades de saúde estão adotando o protocolo padronizado e

obedecendo ao fluxo estabelecido. Dentre os parâmetros a serem avaliados, apontamos os de maior significância: (i) notificação correta dos casos suspeitos e confirmados, (ii) encaminhamento das fichas de notificação no tempo preconizado pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual da Saúde, (iii) acolhimento dos suspeitos pela atenção básica e classificação dos casos conforme sintomas, (iv) tratamento qualificado e em tempo oportuno, (v) implementação de ações de vigilância e controle no território considerado e em tempo adequado, (vi) baixo número de autotonia, (vii) indicação correta dos tratamentos preconizados;

3. Nível de envolvimento e de conhecimento dos profissionais da saúde = pode ser avaliado ao longo do período de ocorrência da doença, observando-se alguns parâmetros como: o preenchimento correto das fichas de notificação, encaminhamento dos pacientes suspeitos e, ou, positivos, retorno obtido dos próprios pacientes e, ou, colegas de trabalho, evolução dos pacientes positivos, análise estatística por território, resolução de dúvidas dos profissionais da saúde, participação nas atividades de educação continuada (palestras, videoconferências, acompanhamento dos boletins epidemiológicos, etc.) e encaminhamento correto dos exames laboratoriais;
4. Acompanhamento das ações de controle do vetor = os profissionais da Atenção Básica possuem pouco interesse em conhecer as atividades do Programa Municipal de Controle do Vetor e seus respectivos resultados. De forma geral, desconhecem o trabalho desenvolvido pela equipe de controle de vetores e, por conseguinte, informações importantes acerca dos bairros onde ocorrem as transmissões e o índice larvário de cada localidade. Assim, o aumento no interesse por parte desses profissionais será um bom indicativo sobre seu envolvimento.

## Resultados

Várias atividades e ações propostas foram implementadas e estão sendo acompanhadas:

- reuniões permanentes entre os coordenadores da Atenção Básica e Vigilância em Saúde para traçar estratégias e planos de trabalho;
- definição dos profissionais que são referência para os assuntos atinentes às arboviroses em cada unidade de saúde, facilitando a comunicação e permitindo agilidade nos processos de investigação epidemiológica e troca de informações;
- estabelecimento das UBS como porta de entrada para os sintomáticos de arboviroses, deixando para os pronto-atendimentos e hospitais os casos de média e alta complexidade;
- implementação de uma Ficha de Notificação Compulsória Simplificada, facilitando e estimulando às notificações, qualidade nas informações e encaminhamento em tempo oportuno;
- organização, planejamento e disponibilidade de insumos a serem utilizados nas UBS para todos os pacientes suspeitos;
- revisão dos protocolos e fluxos;
- capacitação de médicos e enfermeiros da rede sobre as arboviroses e esclarecimento sobre protocolos e fluxos a serem utilizados;
- recapacitação dos agentes comunitários de saúde e envolvimento na prática diária de controle do vetor. Realizado encontro para sensibilização e acolhimento dos profissionais dessa categoria dos sete municípios que formam Aglomeração Urbana de Jundiá.
- discussão desse tema nas reuniões ordinárias do colegiado do Núcleo de Vigilância Hospitalar, com representação dos hospitais públicos e privados, para normatizar e padronizar ações;

- esclarecimentos junto ao Conselho Municipal de Saúde (COMUS) sobre a consolidação dessa parceria, dos objetivos propostos e os fluxos;
- organização de grupos de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de áreas distintas do município, para apoiar as atividades de busca ativa de suspeitos, bloqueio e controle de criadouros, realizado pela Unidade de Vigilância de Zoonoses. Além da capacitação em campo dos ACS, essa atividade tem permitido melhorar a integração entre os profissionais a ela relacionados;
- emissão de Boletins Epidemiológicos periódicos com os dados atualizados dos casos autóctones e alóctones do município e sua distribuição territorial. Esse boletim é encaminhado para todos os serviços de saúde do município e membros do Comitê Municipal para o Enfrentamento ao *Aedes aegypti*;
- informações pela mídia sobre as arboviroses e os fluxos adotados em Jundiá.

### Considerações finais

O trabalho integrado entre a Vigilância em Saúde e a Assistência traz inequívocos benefícios para a saúde pública e notadamente no controle das arboviroses. Deve ser institucionalizado para que suas ações sejam perenes. Os resultados a serem obtidos compreendem: racionalização e otimização de recursos materiais e humanos, atendimento e acolhimento qualificado dos usuários, garantia de tratamento adequado aos diferentes níveis de complexidade, melhoria na qualidade das notificações, vigilância efetiva dos agravos e levantamentos estatísticos das áreas de risco, distribuição equitativa das responsabilidades e impactos positivos em relação aos casos graves e óbitos.

A forma racionalizada e sistematizada de trabalhar as diferentes arboviroses certamente

permitirá melhor organização da Secretaria Municipal de Saúde em relação a vários quesitos: planejamento de compras de insumos e equipamentos, organização de espaços físicos para melhor acolhimento, estratégias de ação para o controle do vetor, previsão de horas extras e número de profissionais envolvidos, instituição de educação continuada e permanente, trabalhos de esclarecimento junto à mídia, organização financeira, busca de novos financiamentos, entre outros. Dessa forma, o município manterá uma vigilância eficiente desses agravos, com menor impacto na estrutura organizacional do sistema de saúde existente.

### Referências

1. ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, MZ. Introdução à epidemiologia. 3ª. Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.
2. CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família, *ciên. saúde coletiva*, 2003 - SciELO Public Health.
3. CECÍLIO, L. C. O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: Mattos, R. A. e Pinheiro, R. Os Sentidos da Integralidade. Lappis/Cepesc/IMS-UERJ; Rio de Janeiro, 2006.
4. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD. *Epidemiol. Serv. Saúde* v. 17 n. 3, Brasília, 2008.
5. PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & Saúde*, Rio de Janeiro: MEDSI, 1994, p. 455-466.
6. PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária em saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & Saúde*, 5. ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p. 489-503.
7. PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & saúde*. 6. ed., Rio de Janeiro: MEDSI, p. 567- 586, 2003.
8. PAIM, J. S., CZERESNIA, D. e FREITAS, C. M., *Vigilância da Saúde dos modelos assistenciais para a promoção da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 161-174.
9. ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 5ª. Ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999.
10. SUPERINTENDÊNCIA DE CONTROLE DE ENDEMIAS. Manual de vigilância dengue. São Paulo: SES/SP, 2002.
11. TEIXEIRA, C. F; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A. L., *SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde*. Informe Epidemiológico SUS v. 7 n. 2 Brasília, 1998.

# O desafio de capacitar profissionais da Atenção Básica, em aleitamento materno e alimentação complementar

*The challenge of training primary care professionals in breastfeeding and complementary feeding*

Lucimeire S. M. Brockveld<sup>1</sup>

## Resumo

Este artigo descreve a implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), no município de Embu das Artes, na região metropolitana da grande São Paulo. A EAAB, lançada em 2012, tem como objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de 2 anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa iniciativa é o resultado da integração de duas ações importantes do Ministério da Saúde: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), que se uniram para formar essa nova estratégia, que tem como compromisso a formação de recursos humanos na atenção básica. Em Embu das Artes, a EAAB teve início com uma oficina de formação de tutores, realizada em conjunto com o município de Taboão da Serra, com a formação de 14 tutores, em agosto de 2014. Depois, no período de maio a outubro, os tutores realizaram 37 oficinas de trabalho, em 15 UBS. Para cada unidade foi necessário um planejamento individualizado, considerando o número de profissionais e o local para a realização das oficinas. Foram capacitados 75% dos profissionais atuantes na atenção básica, incluindo todas as categorias profissionais das equipes de saúde. Foi um grande desafio conciliar agendas, espaços, horários dos diversos profissionais atuantes nas Unidades, em um tema tão específico como aleitamento materno e alimentação complementar. A metodologia ativa aplicada nas oficinas favoreceu a interação das equipes e a elaboração conjunta de planos de ação para a melhoria dos índices apontados nas pesquisas.

**Palavras-chave:** Aleitamento materno; Alimentação complementar; Atenção básica.

## Abstract

This paper describes the implementation of a strategy called Brazil, breastfeed and feed (BBF), in Embu das Artes municipality, in São Paulo downtown. BBF, which started in 2012, aims to qualify the work process of basic care professionals, in order to reinforce and encourage breastfeeding and health feeding promotion for children younger than two in the scope of the Brazilian Public Health System, known in Brazil as SUS. This initiative is a result of integrating two Health Ministry's important actions: Brazilian Breastfeeding Network (BBN) and the National Strategy for Healthy Complementary Feeding (NSHCF), which joined themselves to perform a new strategy that is committed to create human resources in basic care. In Embu das Artes, BBF began with a workshop to form tutors, carried out with Taboão da Serra municipality, forming 14 tutors in August 2014. Between May and October, the tutors carried out 37 workshops, in 15 Health Basic Unities. To each unit, it was necessary an individual planning, considering the amount of professionals and a place for the workshops. 75% of the professionals acting in basic care were enabled. It was a great challenge to conciliate agendas, places, the professionals' schedules in such a specific theme as breastfeeding and complementary feeding. The methodology used in the workshops benefited the teams' interaction and the combined elaboration of action plans to improve the indexes pointed in current researches.

**Keywords:** Breastfeeding, Complementary feeding, Basic health.

<sup>1</sup> Lucimeire de Sales Magalhães Brockveld (lucimeirebrockveld@gmail.com) é cirurgiã-dentista, doutoranda em saúde pública na Universidade de São Paulo (USP), mestre em saúde coletiva pelo Programa de Mestrado Profissional da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, especialista em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), em Gestão Pública de Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO) e em Processos Educacionais em Saúde com Ênfase na Metodologia Ativa de Ensino Aprendizagem, pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio e Libanês.



## Introdução

**A** Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Ministério da Saúde do Brasil (MS) recomendam que a amamentação seja exclusiva nos 6 primeiros meses de vida e complementada até 2 anos de idade ou mais, com a introdução de alimentos sólidos/semisólidos de qualidade e em tempo oportuno, o que resulta em inúmeros benefícios para a saúde das crianças em todas as etapas da vida.<sup>10,1</sup>

Os dois primeiros anos de vida da criança, que compreendem a fase da amamentação e da introdução de novos alimentos, são um marco na formação do hábito alimentar do indivíduo e podem determinar o desenvolvimento e crescimento saudáveis da criança.

Os hábitos alimentares estabelecidos nos primeiros anos de vida repercutem não só no estado nutricional momentâneo das crianças, mas

também em outros ciclos vitais. Por isso, introduzir alimentos seguros, acessíveis e culturalmente aceitos na dieta da criança, em época oportuna e de forma adequada, favorece a formação de hábitos alimentares saudáveis, o que contribui para a prevenção do excesso de peso e de outros distúrbios nutricionais associados à alimentação.<sup>6</sup>

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) as ações de promoção à saúde, especialmente de promoção da alimentação saudável, vêm cada vez mais sendo colocadas em lugar de destaque na agenda de prioridades.

É fundamental, portanto, que as mães, os cuidadores e os familiares recebam orientações adequadas e sejam apoiados para a prática do aleitamento materno e a introdução dos alimentos complementares.

Para que essas ações e práticas sejam levadas à efeito, faz-se necessário um cuidado com a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde que estão na assistência. Requer

um processo contínuo de formação e reflexão, envolvendo as entidades formadoras, gestores, profissionais e usuários.

Na organização do SUS, a atenção básica (AB) em saúde deve servir como primeiro contato e porta de entrada ao sistema de saúde, longitudinalidade do cuidado com o estabelecimento de vínculo e adscrição da clientela, garantia de cuidado integral, coordenação do sistema, serviços dirigidos às necessidades da comunidade, centralidade na família e reconhecimento das necessidades de diferentes grupos populacionais<sup>8</sup>.

Lom<sup>7</sup> e colaboradores analisaram e compilaram várias evidências internacionais comprovando que sistemas de saúde centrados na AB demonstram melhores indicadores de saúde da população, bem como são capazes de prover melhor acesso aos serviços de saúde.

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno<sup>2</sup> realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal mostrou que a mediana de tempo de aleitamento materno exclusivo no Brasil foi de 54,1 dias (1,8 mês) e de aleitamento materno foi de 341,6 dias (11,2 meses). Na mesma pesquisa, observou-se que o início do processo de desmame ocorre precocemente – dentro das primeiras semanas ou meses de vida – com a introdução de chás, água, sucos e outros leites e progride de modo gradativo. Cerca de um quarto das crianças entre 3 meses e 6 meses já consumia comida salgada e frutas. Na faixa etária de 6 meses a 9 meses, 69,8% das crianças haviam consumido frutas e 70,9%, verduras/legumes. Em relação ao consumo de alimentos não saudáveis, observou-se consumo elevado de café (8,7%), de refrigerantes (11,6%) e bolachas e, ou, salgadinhos (71,7%) entre crianças de 9 meses a 12 meses.

Segundo o Guia Alimentar<sup>5</sup> para crianças menores de 2 anos, pode-se afirmar que o processo

de introdução de alimentos complementares não é oportuno, podendo ser inadequado do ponto de vista energético e nutricional.

A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) surge em 2012, resultante da junção da Rede Amamenta Brasil (RAB) e da Estratégia Nacional para Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), ambas com a finalidade de promover reflexão da prática da atenção à saúde de crianças de 0 a 2 anos de idade e capacitação dos profissionais de saúde.

A EAAB foi instituída por meio da Portaria GM nº 1.920, de 5 de setembro de 2013 (Ministério da Saúde, 2013). As ações da Estratégia são fomentadas pela Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/DAB/SAS) e Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS), do Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde, que vêm colaborar com as iniciativas para a atenção integral da saúde das crianças. A EAAB tem como princípio a educação permanente em saúde e como base a metodologia crítico-reflexiva. Busca criar espaços para o desenvolvimento de um processo de educação, formação e de práticas em saúde compartilhado coletivamente, de forma a potencializar a qualidade do cuidado.<sup>3</sup>

### **Justificativa**

Para reorganização das práticas de saúde no âmbito da Atenção Básica, visando à integralidade da atenção, é fundamental a capacitação de toda a equipe de saúde nas temáticas do aleitamento materno e da introdução adequada e oportuna de novos alimentos, a fim de que todos estejam alinhados com as ações construídas coletivamente, a fim de modificar a situação vigente.

## Objetivos

No município de Embu das Artes, várias ações foram implementadas e diversos diagnósticos da situação mostraram um crescimento da taxa de aleitamento materno exclusivo aos 6 meses de idade de 16% em 2001, para 34% em 2012. Na pesquisa AMAMUNIC 2010, realizada no município, 36% das crianças menores de 2 anos ingeriam alimentos adoçados e 70% haviam consumido algum tipo de bolacha ou salgadinho.<sup>4</sup>

O objetivo desse trabalho foi qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 anos de idade; e aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a fim de melhorar os índices encontrados nas pesquisas.

## Metodologia

Em 2014, ocorreu uma oficina conjunta com o município de Taboão da Serra, com a formação de 14 tutores municipais. Os tutores são profissionais responsáveis por disseminar a Estratégia e realizar oficinas de trabalho nas UBS do seu âmbito de atuação. São os pilares da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e devem apoiar o planejamento e o acompanhamento e, ou, fortalecimento de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável nas UBS, de forma contínua, considerando a educação permanente em saúde, com base nos princípios da educação crítico-reflexiva.

O método utilizado foram oficinas multiprofissionais, com o máximo de 20 pessoas e com duração de 4 horas, com o objetivo de discutir a prática do aleitamento materno e alimentação

complementar saudável no contexto do processo de trabalho das UBS e incentivar a pactuação das ações de acordo com a realidade local, estimulando a construção das relações de cooperação entre a equipe e os diferentes níveis de atenção, por meio do apoio matricial e da construção de linhas de ação.

## Resultados

Foram realizadas 37 oficinas, em 15 Unidades Básicas de Saúde, com a capacitação de 554 profissionais de saúde, o que significou 75% dos trabalhadores da atenção básica.

Por categoria profissional, foram capacitados: 12 gerentes, 32 médicos, 30 enfermeiros, 59 técnicos de enfermagem, 60 auxiliares de enfermagem, 15 dentistas, 5 técnicos de saúde bucal, 15 auxiliares de saúde bucal, 7 psicólogos, 4 fonoaudiólogos, 2 terapeutas ocupacionais, 1 fisioterapeuta, 1 obstetritz, 2 redutores de danos, 129 agentes comunitários de saúde, 137 funcionários da recepção e administração, 9 porteiros, 1 educador físico e 36 funcionários da limpeza.

Nessas capacitações, além dos profissionais diretamente ligados à assistência na atenção básica, participaram profissionais do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), do Serviço de Atenção Domiciliar em Saúde (SADS), e do Consultório de Rua, serviços ligados ao atendimento de pacientes. Participaram, também, 4 conselheiros gestores convidados por um gerente.

O produto de cada oficina foi um plano de ação, construído em conjunto, a ser implementado em cada Unidade Básica, onde aconteceram as mesmas.

## Discussão

O desafio foi reunir tantos profissionais para uma oficina de trabalho, com um tema tão

específico. Há o desafio de conciliar agendas, sensibilizar para o tema, profissionais que já lidam com o assunto em suas atividades e principalmente com os que consideram que, por não estarem na assistência direta ao paciente, não têm com o que colaborar.

Há também a resistência de alguns gestores sobre a interrupção das atividades normais na Unidade, embora houvesse o cuidado de fazer oficinas com alguns profissionais num dia e depois, com os outros, em outra data.

Há a dificuldade do espaço físico, sendo necessário muitas vezes o apoio de outro local, fora da Unidade.

Apesar das dificuldades iniciais, o aprendizado, o conhecimento, a interação entre diversos profissionais, o fortalecimento da equipe foram os principais itens destacados nas avaliações realizadas no final de cada oficina. De aspecto negativo, muitos apontaram o tempo curto da oficina e sugeriram a continuidade do processo, mostrando claramente a necessidade da ação.

Através do Programa Mais Médicos, atendem no município de Embu das Artes médicos provenientes de Cuba. Eles relataram a importância da capacitação para o melhor atendimento às crianças, considerando a diferença cultural em relação principalmente à introdução de alimentos complementares.

### Conclusão

VENANCIO *et al.*<sup>9</sup> realizaram uma avaliação da Rede Amamenta Brasil buscando identificar fatores do contexto organizacional que pudessem dificultar ou favorecer esse processo. Ficou evidenciado que contextos mais favoráveis tiveram relação com graus de implementação mais avançados. Com destaque para o nível municipal, no qual se identificou a necessidade de fortalecimento do papel do tutor, e capacitação dos

profissionais de forma a inserí-los no processo de implementação da estratégia. Entre os fatores facilitadores da implementação da RAB, identificou-se: apoio da gestão municipal, papel fortalecido do coordenador municipal e o papel ativo do tutor.

Ficou evidente, após as oficinas, a necessidade de investimento no conhecimento e atualização dos profissionais, unindo as equipes de saúde, considerando o saber de todos e construindo, juntas, ações que possibilitem a mudança de paradigma no atendimento integral do indivíduo e a melhora na qualidade de vida de crianças e suas famílias.

O desafio continua na implementação efetiva dos planos de ação em cada Unidade Básica de Saúde, com o apoio dos tutores. A articulação entre a gestão local e o tutor é fundamental para a implementação da EAAB e deve ser apoiada pela gestão central, a fim de ser concretizada como política pública.

### Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da Criança: Nutrição Infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, DF, 2009a.
2. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
4. BROCKVELD, LSM, REA, MF. Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na última década (2002-2012) no município de Embu das Artes, SP [dissertação de mestrado]. São Paulo: Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2013.
5. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Dez passos para uma

alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2a Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

6. JAIME, P.C. e cols. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. Rev. Nutr., Campinas, v. 24, n. 6, p. 809-824, nov./dez., 2011.

7. LOM A.; BUENO ICHC; BEZERRA RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde. In: Campos GWS; Minayo MCS; Akerman M; Drumond Jr M; Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Ed. Fiocruz; 2006. P. 783-836.

8. STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2001.

9. VENANCIO, S. et al. Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. Cadernos de Saúde Pública, v. 29, n. 11, p. 2261–2274, 2013b.

10. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Infant and young child nutrition. Geneva, WHA 55, 18 may 2001.

# Quando as janelas se abrem: o papel da arte na reabilitação<sup>1</sup>

*When a window opens: the role of art in rehab*

Karina Cyrineu Vale<sup>II</sup>, Maria Rodrigues Naves<sup>III</sup>

## Resumo

Esta comunicação trata do processo de criação de um videodocumentário institucional realizado por profissionais e usuários do Centro de Referência em Reabilitação (CRR), serviço de Saúde do SUS Campinas que atende pessoas com deficiência física temporária ou permanente. O vídeo foi realizado por profissionais do próprio CRR, da Secretaria Municipal de Saúde e voluntários. A partir do enfoque dos espaços terapêuticos e de convivência mediados pela escuta e pela arte, bem como depoimentos dos usuários e profissionais de saúde, o processo de reabilitação é abordado nos seus aspectos físicos, psíquicos e sociais, visando à integralidade da ação terapêutica. O vídeo foi produzido em DVD e distribuído para usuários, profissionais participantes e para serviços da rede pública de saúde integrantes dos trabalhos de matriciamento. Foi disponibilizado no *blog* do Núcleo de comunicação: *suscampinas.wordpress.com/2010/11/10vídeo – quando-as-janela-se-abrem*. O vídeo desde a sua construção vem permitindo uma reflexão crítica sobre a clínica em reabilitação dentro da política em Saúde Pública. O registro desse trabalho possibilita a divulgação e, para além disso, o próprio processo de criação e sua exibição seguida de rodas de conversa mostrou-se como um recurso terapêutico possível.

**Palavras chave:** Arte terapia em reabilitação física; Clínica ampliada, Videodocumentário

## Abstract

This paper is about the process of creating an institutional documentary video made by professionals and users from the Rehab Reference Center (RRC), a Brazilian Health Unique System service, which assist people who have a temporary or definitive physical disability. The video was produced by RRC, Health Municipal Secretary professionals and volunteers. From the focus on therapeutic and living spaces, mediated by listening and art, as well as statements from health professionals and users, the rehab process is considered in its physics, psych and social aspects, aiming the therapeutic action integrality. The video was produced in DVD and distributed among users, professionals and public health services involved in matrix works. The video is available for hire on the communication nucleus blog: *suscampinas.wordpress.com/2010/11/10vídeo – quando-as-janela-se-abrem* and also at YouTube. Since its production, the video allows a critic reflection about rehab clinic inside a public health policy. This study being recorded makes possible the spread of the work. Furthermore, the creation process and its exhibition, trailed by chat groups was considered a possible therapeutic resource.

**Keywords:** art therapy in physic rehab, expanded clinic, documentary video

<sup>1</sup> <http://www.divshare.com/download/12409639-ca3>

<sup>II</sup> Karina Cyrineu Vale (karinacyrineu@gmail.com) é Psicóloga clínica do Centro de Referência em Reabilitação da Prefeitura Municipal de Campinas (CRR/PMC), graduada pela PUCAMP, com formação em psicoterapia psicanalítica pela FCM/UNICAMP, arteterapeuta com formação pela Escola de Extensão da UNICAMP, Docente do Curso de Arteterapia do CEFAS (Centro de Formação e Assistência à Saúde) - Campinas-SP, educadora somática pela técnica Klauss Vianna pelo Salão do Movimento/Jussara Miller - Campinas-SP.

<sup>III</sup> Maria Rodrigues Naves é Psicóloga do CRR/PMC, com formação em Saúde Pública pela FCM/Unicamp, graduada pela UFU.



“Quem faz um poema abre uma janela.  
Respira, tu que estás numa cela abafada,  
esse ar que entra por ela.  
Por isso é que os poemas têm ritmo  
- para que possas profundamente respirar.  
Quem faz um poema salva um afogado.  
(Emergência, Mario Quintana)

### Introdução

**E**m Saúde Pública, o termo ‘Reabilitação’ vem sendo aplicado ao conjunto de práticas e intervenções clínicas destinadas a pessoas que sofreram uma ‘perda’ corporal ou funcional. De forma geral, ao conjunto desses cidadãos que convivem com essas limitações ou sequelas dá-se a denominação genérica de Pessoas com Deficiência<sup>1</sup>.

Estima-se, considerando a população residente no país, que 23,9% possuíam pelo menos uma das deficiências atualmente investigadas

(visual, auditiva, motora, mental ou intelectual), sendo que 7% referem-se à motora<sup>4</sup>. Historicamente, nosso conceito de ‘normalidade’, restrito a uma dimensão mais quantitativa, contribuiu para um processo de estigmatização e exclusão social desses cidadãos<sup>8</sup>. Até o passado recente, crianças com deficiência não frequentavam o sistema de ensino regular e adultos com deficiência tinham muito poucas oportunidades de explorar suas potencialidades laborativas.

Graças aos avanços no campo dos direitos e, conseqüentemente, nas políticas públicas direcionadas a esse segmento populacional, essa realidade vem mudando gradativamente.

No campo da Saúde podemos dizer que essas mudanças vão se refletindo nas próprias práticas dos serviços e nas relações entre profissionais e usuários. Nossas práticas clínicas em reabilitação vão acompanhando as transformações de um ‘modelo’ medico ou biológico para um modelo social em reabilitação<sup>11</sup>.

O trabalho do Centro de Referência em Reabilitação (CRR-Sousas), serviço de Saúde do SUS Campinas que atende pessoas com deficiência física temporária ou permanente, mostrado nesse videodocumentário, revela esse percurso dentro do binômio incapacidades-potencialidades em suas múltiplas faces.

### **Da exclusão ao tecimento do projeto de vida**

A reclusão/exclusão dos “diferentes” contribuiu para a naturalização da exclusão desses pacientes, ou seja, historicamente tal processo contribuiu para a patologização da diferença<sup>7</sup>. Vivendo um processo de ampliação da atenção para além do atendimento médico e fisioterapêutico, o CRR em suas ações vem se pautando num trabalho interprofissional nos moldes da clínica ampliada<sup>3</sup>, onde a inclusão desses pacientes passa pela mudança do olhar e de estratégias na reabilitação, buscando a integralidade como paradigma norteador. Os recursos da Saúde Integrativa<sup>IV</sup> (acupuntura, tai chi chuan, homeopatia, fitoterapia) juntam-se aos recursos da arte, atualizando as potências e ampliando o alcance do processo terapêutico.

Partindo dos fundamentos na clínica winnicottiana<sup>16</sup>, buscamos o estabelecimento de um “ambiente terapêutico suficientemente bom”, ou seja, reconhecendo suas necessidades e momentos de maior dependência do nosso cuidado, mas também favorecendo e estimulando a autonomia possível dentro do seu processo de desenvolvimento na reabilitação. Referenciamos-nos ainda no seu conceito de criatividade como matriz do desenvolvimento da saúde mental, buscando no reconhecimento dos gestos espontâneos o caminho de contato com a essência subjetiva

e criativa de cada um, seu verdadeiro *self*<sup>15</sup>. O uso da arte no processo de reabilitação integral é instrumento terapêutico, não só nos espaços de atendimento clínico que configura o trabalho arteterapêutico propriamente dito<sup>12</sup>, mas também como um leque de opções de investimento da libido e do potencial criativo dos pacientes nas várias oficinas que estão sendo criadas, de forma que a doença não seja o único foco, mas também o potencial de saúde, o lúdico, o prazeroso em cada um. Nesse sentido, a ideia inicial de utilizar a filmagem como registro do papel da arte na reabilitação, o próprio processo de criação do filme e a exibição do produto final mostraram-se como um recurso no tratamento, sensibilizando discussões do processo de terapêutico e gerando reflexões e ressignificações das experiências subjetivas de cada expectador.

### **O processo criativo do videodocumentário**

A ideia de registrar em imagem o trabalho realizado no CRR surgiu de um convite para participarmos de uma mesa para falar dos aspectos psicossociais da reabilitação física. A ideia era apresentar o trabalho de reabilitação a partir desse enfoque de atenção integral. Era um desejo da equipe de profissionais ligados às oficinas terapêuticas registrar o trabalho, pois percebíamos a riqueza de experiências que esses espaços propiciavam aos pacientes. O verbal não era suficiente para comunicar esse trabalho. Surgiu então o estímulo concreto e eminente de registrar o trabalho utilizando-se do recurso audiovisual, buscando a amplitude do registro e da comunicação. Por que não fazemos um documentário? Um recurso artístico para registrar o trabalho terapêutico que inclui a arte no seu processo.

Tendo como fio condutor a fala dos próprios usuários, o videodocumentário focou as

<sup>IV</sup> Para saber mais sobre essa abordagem na saúde acessar: [http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/programas/integrativa/2\\_7\\_8.htm](http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/programas/integrativa/2_7_8.htm)

oficinas e grupos que utilizam a arte no processo terapêutico, a partir das vivências artísticas e integradoras dos pacientes em seu caminho de reabilitação. Possibilitar um registro do trabalho de arte em reabilitação oferecido pelo serviço, visando à divulgação, reflexão e ampliação das ofertas afins. Ampliar a clínica da reabilitação física, utilizando-se do recurso audiovisual como instrumento de construção de um “olhar” sobre o processo de reabilitação; propiciar voz e expressão às vivências subjetivas dos usuários. Além disso, utilizar o videodocumentário em encontros científicos (jornadas, seminários, congressos e afins); compartilhar com usuários e profissionais da área de reabilitação uma síntese do trabalho de reabilitação e arte oferecido no CRR.

Um desejo, uma agenda e nenhuma experiência na área. Foi com a oferta de um voluntário que conhecia o serviço que fizemos as primeiras imagens, tentando conciliar as agendas e o cotidiano do serviço. O roteiro foi pensado e estruturado em parceria por duas psicólogas do serviço, autoras dessa comunicação, nas funções de terapeuta e coordenadora na época, respectivamente. A psicóloga terapeuta também dirigiu a filmagem, de forma intuitiva, utilizando-se de suas referências como amante da sétima arte<sup>2,5,6,9,13</sup>. O roteiro e direção focou o ambiente terapêutico, o processo de criação, os produtos e obras realizadas, as relações e produtos subjetivos da arteterapia, a visão da própria equipe.

A uma semana da apresentação tínhamos somente as imagens. O trabalho de edição estava todo por fazer. As tentativas de parceria voluntária para edição não se haviam concretizado. Foi nesse momento que conseguimos contatar uma pessoa na Secretaria de Saúde que estava participando da implementação de um Núcleo de Comunicação; um profissional formado em Cinema apostou na ideia e realizou em tempo recorde a

primeira edição, a partir de um roteiro de corte proposto, mas também com intervenções a partir de suas próprias observações. Diálogos no processo de criação.

Dessa relação entre profissionais técnicos, terapeutas, gestores e voluntários foi nascendo o documentário. Essa parceria gerou uma diversidade de olhares e experiências.

As oficinas e espaços que não puderam ser filmados foram fotografados, mas mesmo assim muitos espaços não foram visualmente registrados, pois essa não é uma prática cotidiana do serviço.

Um trabalho cuidadoso de conversar com os pacientes, explicar o propósito, adentrar o espaço que era da reclusão ou sigilo, propôr a fala, o microfone, a câmera, a autorização da imagem e do depoimento.

Um momento que foi, de um lado, tomando partes do espaço terapêutico, medidas para não configurar uma invasão, cuidando do *setting*<sup>14</sup> que é, ao mesmo tempo, reinventado, ousando ampliações.

A elaboração dos pacientes, que depois se viam no filme e se sentiam ouvidos, que tinham algo a dizer, que não eram “apenas” pacientes, mas pessoas com algo a comunicar, a mostrar e a se mostrar, de corpo inteiro. Não ‘pessoas com deficiência’, mas pessoas. Pessoas com algo a dizer sobre suas subjetividades, a partir do que é mais raro no ser humano, expressar suas experiências de vida, sentindo-se vivos e, a partir da dor e da falta, transcendê-las.

Da vivência da exclusão à experiência de abrir das janelas. Janelas das imagens de suas obras, que resumem e ampliam suas trajetórias e abrem possibilidades, de expressão de afetos, de ressignificação de experiências, de elaboração dos lutos, olhares e escutas para novas possibilidades.

## Resultados

O vídeo foi disponibilizado no YouTube<sup>v</sup>, no blog<sup>vi</sup> do Núcleo de Comunicação da Secretaria Municipal de Campinas e apresentado em alguns eventos públicos, como na IX Semana de Luta da Pessoa com Deficiência (2010), em desfile inclusivo, em grupos educativos no próprio serviço, seguido de rodas de conversa, e como um dos recursos dos trabalhos de apoio matricial realizado junto às UBS.

O vídeo foi produzido em DVD e disponibilizado para os usuários, profissionais participantes e distribuído para demais profissionais dos serviços públicos da rede de saúde interessados ou participantes dos trabalhos de matriciamento do serviço.

O trabalho, incluindo a idealização, roteiro, filmagem, capa e apresentação oficial, deu-se no período de março a novembro de 2010.

## Conclusões

O nosso vídeo, desde a sua construção, vem permitindo uma reflexão crítica sobre a clínica em reabilitação dentro de uma política em Saúde Pública. A proposta de trabalhar a Reabilitação Física com ofertas de oficinas e grupos terapêuticos visa ao cuidado integral do paciente em reabilitação. O registro desse trabalho configurou um objeto – o filme – que pretende gerar esses e outros diálogos. A partir do próprio processo de criação, inerente a qualquer fazer artístico, e do produto gerado, a obra, que cria vida própria e gera reflexões; a partir dos infinitos olhares e interpretações que um processo e produto artístico são capazes de provocar.

Foi um trabalho ousado, que reuniu muitos atores e saberes que vão além da formação

tradicional dos profissionais da saúde. Isso gerou necessidade de trocas com outros atores e serviços, num verdadeiro trabalho intersetorial e transdisciplinar, um aprendendo com o outro. Conciliar um projeto dessa natureza com a prática clínica cotidiana foi um grande desafio, gerando extensas horas extras de trabalho. Os resultados e o sentido do trabalho para os usuários, em especial para os participantes, fez e faz valer o esforço. O fato de o produto físico poder ser ainda utilizado amplia os ganhos com esse projeto.

O fato de esse trabalho ter um resultado físico – o vídeo – possibilita infinitos desdobramentos. Ele foi e pode continuar sendo utilizado nos trabalhos de matriciamento, eventos internos e grupos, seguidos de rodas de conversa que ampliam e aprofundam a discussão do que é mesmo reabilitação, o que é cuidar, o que é saúde, o que é humanização.

## Agradecimentos

À equipe, pelo trabalho cotidiano de parcerias.

Aos usuários, nossos verdadeiros mestres.

A Marcos Botelho, pela dedicada edição; e a Jayme Pereira Júnior, pelas generosas imagens. Pelo trabalho que transcendeu os limites do bom profissionalismo e confluiu numa experiência genuinamente humana.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual de legislação em saúde da pessoa portadora de deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
2. Broz, Pedro; Berlinder, Roberto. Herbert de perto, doc Brasil, 2006
3. Campos, G.W.S. (1996/1997) A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In Saúde Paideia. SP: Ed Mussite, 2002

<sup>v</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=HposgphKHyc>

<sup>vi</sup> [suscampinas.wordpress.com/2010/11/10/video-quando-as-janela-se-abrem](http://suscampinas.wordpress.com/2010/11/10/video-quando-as-janela-se-abrem)

4. Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência / Luiza Maria Borges Oliveira / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) / Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência; Brasília : SDH-PR/SNPD, 2012.
5. DOC TV: Programa de Fomento à produção e Teledifusão do Documentário brasileiro. TV Cultura, 2003. doctv.cultura.gov.br
6. Faro, Fernando. Ensaio: Programa da TV Cultura. www.tvcultura.com.br/ensaio/sid=239
7. FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
8. GOFFMAN, Erving. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.
9. Jardim, João, Harley, Karen. Lixo extraordinário (waste land) Produção Lucy Walker. Doc, Brasil-Reino Unido, 2010, 90 m
10. Lennon, John, Mc Cartney, Paul. A day in the life- clip youtube: <http://beatlestube.net/vídeo.php?title=a+day+in+the+life>
11. Mendes, L. G. G. **Subjetividade e lesão medular: vida que escapa à paralisia**. Belo Horizonte, 2007
12. Lennon, John, Mc Cartney, Paul. A day in the life- clip youtube: <http://beatlestube.net/vídeo.php?title=a+day+in+the+life>
13. Mendes, L. G. G. **Subjetividade e lesão medular: vida que escapa à paralisia**. Belo Horizonte, 2007
14. Pain, Sara; Jarreau, Gladys. Teoria e técnica de arteterapia: a compreensão do sujeito. Porto alegre: Artes Méd, 1996.
15. Rocha, N S. Momentos, LG Portugal, maio 2010. [http://www.youtube.com/watch?v=FJku5nxMOuY&feature=player\\_emedede#!](http://www.youtube.com/watch?v=FJku5nxMOuY&feature=player_emedede#!)
16. Winnicott, D.W. Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting psicanalítico (1954-5) In: **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. RJ: F. Alves, 1998. p. 459-481
17. WINNICOTT, D. W. O Brincar e a Realidade. Imago ed. RJ: 1975.
18. WINNICOTT, D. W. Preocupação materna primária (1956). In: **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. RJ: F. Alves, 1998

# Saúde Mental na Atenção Básica: um novo olhar sobre os encaminhamentos para as consultas psiquiátricas

*Mental health in basic attention: a new look over guiding people to psychiatric consults*

*Eliana Cristina Gardini<sup>1</sup>*

## Resumo

O presente artigo relata o estudo realizado no município do Guarujá, que implementou ações de saúde mental na atenção básica. A partir da preocupação com o elevado número de encaminhamentos de pacientes das unidades básicas de saúde para consultas psiquiátricas na atenção especializada, foi proposto um estudo para compreender os motivos dos encaminhamentos e buscar alternativas de cuidados, dentro das unidades básicas de saúde, com recursos do próprio território. O resultado apontou grande resolutividade na atenção básica e redução nos encaminhamentos para atenção especializada, o que representou um marco importante na ampliação da rede de saúde mental do Guarujá, garantindo aos munícipes acessos e cuidado de qualidade na atenção básica.

**Palavras-chave:** Saúde mental; Atenção básica; Integralidade em saúde.

## Abstract

This paper states the study produced in a Brazilian municipality named Guarujá, which implanted health mental actions in basic care. From the perspective of the concerning about the great amount of guiding patients from basic health unities to psychiatric appointments in specialized attention, a study was proposed to understand the reasons for these guiding and to search alternatives of care in basic health unities with its own resources. The result showed a significant resolution in basic attention e a reduction in guiding patients to specialized attention, which represents an important milestone in increasing Guarujá's mental health network, assuring to the population access and quality care in basic attention.

**Keywords:** Mental health; Primary Health care; Integrality in health.

<sup>1</sup> Eliana Cristina Gardini (gardinieliana@yahoo.com.br) é psicóloga da prefeitura municipal do Guarujá-SP com especialização em psicodrama terapêutico – sociedade santista de psicodrama, especialização em dependência química – UNIFESP, pós-graduação em saúde pública – UNISANTOS e pós-graduação em violência doméstica contra crianças e adolescentes – LACRI/USP.



### Introdução

**N**os últimos anos foi observado na atenção básica, do município do Guarujá, que os encaminhamentos para a psiquiatria aumentaram consideravelmente e a porta de entrada para o cuidado em Saúde Mental dava-se através da consulta direta psiquiátrica. Como resultante desse processo, a medicalização foi instituída como forma predominante de cuidado, onde o seguimento psiquiátrico de longo prazo e com raríssimas altas apontaram para cuidados com baixa resolutividade e pouco eficazes para pessoas com sofrimento. Atualmente, o município integra dez Unidades básicas de Saúde e, diante da crescente demanda de consultas médicas em psiquiatria, verificou-se a necessidade de um estudo para melhor compreender os pedidos de encaminhamentos e possibilitar a realização de encaminhamentos mais adequados e eficazes.

### Objetivos

Realizar escuta qualificada aos usuários encaminhados para consultas psiquiátricas; oferecer alternativas de cuidados na atenção básica; reduzir a medicalização na saúde mental do município do Guarujá; realizar encaminhamentos implicados aos diferentes equipamentos da rede de saúde e promover, junto à equipe técnica das unidades básicas de saúde, um olhar multidisciplinar na demanda em saúde mental.

### Metodologia

O estudo começou com visitas as dez unidades básicas do município que realizavam os encaminhamentos para consultas psiquiátricas.

Segundo o critério de maior território e maior número de encaminhamentos para as consultas psiquiátricas foram selecionadas cinco unidades para participarem do estudo.

Durante um mês equipes de psicólogo e terapeuta ocupacional realizaram, nas unidades básicas, grupos com os pacientes que haviam sido encaminhados para consultas psiquiátricas. Os grupos foram organizados com 10 pacientes, encontros semanais com duração de 2 horas.

Cada grupo obedeceu à seguinte estrutura:

1º Encontro – Apresentação, explicação dos objetivos e contrato de funcionamento.

2º e 3º Encontros – Escuta qualificada e levantamento das queixas

4º Encontro – Devolutivas.

Os dados obtidos durante o estudo foram compartilhados com as equipes técnicas das unidades básicas e com a coordenação de saúde mental do município do Guarujá.

Reuniões quinzenais com a equipe técnica de psicólogos e terapeuta ocupacional, para discussão do estudo, criação das estratégias de intervenção, avaliação e conclusão do estudo.

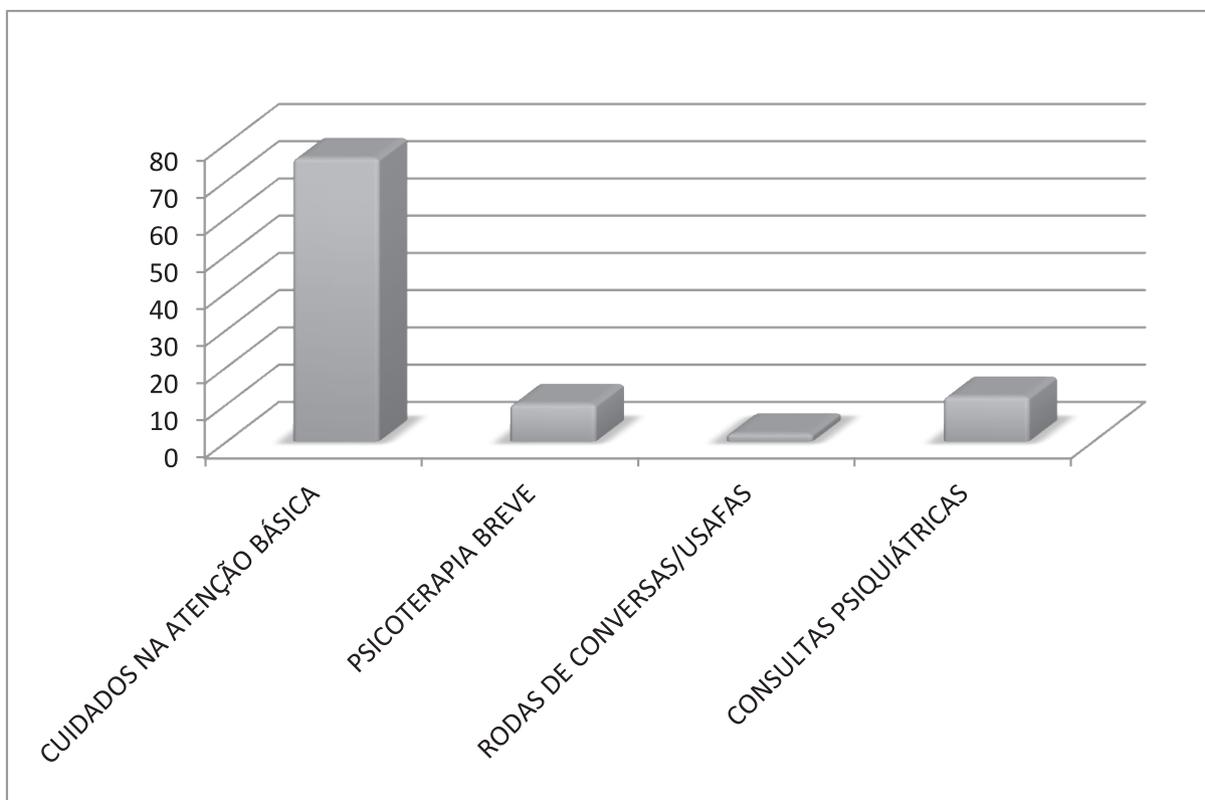
## Resultados

As cinco unidades básicas de saúde participantes no estudo totalizaram 233 encaminhamentos para consultas psiquiátricas no período de setembro de 2014 a fevereiro de 2015. As queixas predominantes para esses encaminhamentos foram ansiedade, tristeza, medos, insônia, sintomas somáticos e doenças orgânicas crônicas.

Foi possível, através da escuta qualificada, compreender as necessidades de cada caso, promover o acolhimento, a troca de experiências e o compartilhar de sentimentos e desmistificar a identificação com transtornos severos.

Oferecer alternativas de cuidados no âmbito territorial, promover a inserção em espaços sócio-ocupacionais da comunidade e reduzir o ciclo de medicalizações.

Dos 233 encaminhamentos realizados, 50 foram selecionados para participação do estudo.



Dos 50 casos estudados, somente 12% necessitaram de encaminhamentos para consulta psiquiátrica na atenção especializada. 10% foram encaminhados para psicoterapia breve, 2% para roda de conversa na USAFA e 76% dos casos foram cuidados na atenção básica, com recursos territoriais.

### **Aprendizado com a vivência: facilidades e dificuldades**

O estudo possibilitou identificar a atuação das unidades básicas de saúde no município do Guarujá no que se refere aos pacientes que apresentam algum sofrimento psíquico. Os apontamentos observados foram comuns às cinco unidades básicas que integraram o estudo. Constatou-se resistência por parte das equipes em acolher a demanda “Psi” e assumir o papel de porta de entrada para os cuidados em saúde mental.

Realizam elevado número de encaminhamentos para consultas psiquiátricas em unidades de especialidades, reforçando o cuidado predominantemente medicamentoso.

As ações das unidades básicas de saúde eram pautadas no modelo médico, que considera a queixa orgânica e desconsidera os conceitos do programa de saúde mental do município, que preconiza o acesso universal aos serviços de saúde e à integralidade da assistência e a descentralização dos serviços.

A posição de alguns membros da equipe era de colocar-se distante da rede de saúde mental; não reconheciam a importante função da atenção básica de acolher e acompanhar os pacientes com queixas emocionais.

Justificavam equivocadamente que não tinham preparo técnico para executar as ações e que essas somente poderiam ser executadas por profissionais da saúde mental.

Detectou-se inúmeras solicitações de medicações por familiares e, ou, pacientes inseridos ou não nos serviços de saúde do município, caracterizando a cultura de medicalização. Relatos de compartilhamento de medicações entre familiares, amigos e vizinhos sem o conhecimento dos efeitos colaterais e reflexos dessas medicações sobre a saúde.

Uso inadequado, uso abusivo e até a constatação de quadros de dependência de medicações foram confirmadas, realidade do município que a coordenação de saúde mental reconheceu com grande preocupação.

Diante de tais dificuldades, o modelo oferecido no estudo mostrou-se oportuno, a vivência de um novo olhar sobre os encaminhamentos para consultas psiquiátricas revelou-se um meio importante de aproximar a saúde mental da atenção básica e oferecer cuidados em saúde mental dentro das unidades básicas de saúde.

O estudo questiona a atuação das unidades básicas de saúde e propõe um modelo de atuação que facilite o acesso aos cuidados em saúde mental, que busque alternativas de cuidados tais, como rodas de conversas, atendimentos individuais ou em grupos, estratégias de matriciamento e atividades sócio-ocupacionais, preferencialmente com recursos do próprio território, através de um trabalho em equipe.

Salienta a necessidade de encaminhamentos criteriosos, visando à redução do número de encaminhamentos para serviços de especialidades.

Estabelece como meta a redução do uso de psicotrópicos e melhor controle na dispensação de medicações no município.

Por fim, compor as equipes das unidades básicas de saúde que participaram do estudo com psicólogo e terapeuta ocupacional, objetivando qualificar as ações na atenção básica e

alcançar maior resolutividade nos tratamentos oferecidos.

### **Considerações finais**

O estudo realizou um diagnóstico situacional das unidades básicas de saúde do município do Guarujá, questionou suas bases de atuação e propôs um modelo de trabalho dentro da lógica da política pública de saúde mental em vigor no País.

Apontou para equipes das unidades básicas um novo caminho, o caminho do acolhimento, do vínculo, de ações de assistência e também de práticas eficazes de promoção de saúde, no próprio contexto do território.

Incorporou as equipes, profissionais da psicologia e da terapia ocupacional, visando a qualificar os serviços de atenção básica.

Conseguiu reduzir significativamente os encaminhamentos para consultas psiquiátricas,

mudando o cenário histórico no município de agendas psiquiátricas saturadas.

Definiu um fluxo para a dispensação de medicações, através do maior controle de psicotrópicos e, portanto, diminuiu o ciclo da medicalização.

Esse estudo representou ao município um marco importante na ampliação da rede de saúde mental, garantindo aos munícipes acessos e cuidados dignos e de qualidade em saúde mental dentro da atenção básica.

### **Agradecimentos**

Cleide Cardoso e Tânia Bamondes – equipe de saúde mental do Guarujá

Iara Bega – coordenadora da saúde mental do Guarujá

### **Referências**

Caderno de Atenção Básica nº 34, Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde.

# Um olhar sobre os acumuladores no território de São Miguel Paulista, no desafio de um trabalho multiprofissional intersectorial, visando à atenção integral

**A look over compulsive accumulators in São Miguel Paulista municipality, a challenge of a multiprofessional and intersectorial work aiming a full action**

João Gabriel Zerba Corrêa<sup>I</sup>, Guilherme Costa Ferreira<sup>II</sup>, Sueli Alcantara Ambrosio<sup>III</sup>  
Valéria Iracy Lira Florentino<sup>IV</sup>, Patrícia Garcia Braga dos Anjos<sup>V</sup>

## Resumo

A síndrome do paciente acumulador, também conhecida como Síndrome de Diógenes, caracteriza-se por uma quebra e rejeição de padrões sociais observados no descuido pessoal e habitacional severo, no abandono do convívio social, no reduzido *insight* para o problema, assim como o comportamento de acúmulo de objetos e, ou, animais. Este trabalho tem como objetivo a atenção humanizada ao munícipe com síndrome de acúmulo no território de São Miguel, numa tentativa de identificar precocemente esse indivíduo e melhorar o tratamento e o monitoramento postiori, realizado pelo Grupo de Apoio ao Munícipe Acumulador (GAMA), integrando vários serviços da rede municipal como: SUVIS, UBS, STS, CAPS, CRAS, NPJ, Defesa Civil, CCZ, entre outros. No total, de 11 acumuladores acompanhados, no período de fevereiro a agosto de 2015, verificou-se a preponderância de acumuladores de inservíveis (80%), do sexo feminino (70%) e idosos (70% acima dos 60 anos). Assim, constata-se que os dados não diferem do que encontrado na bibliografia sobre o assunto. A partir desses dados iniciais, pode-se melhorar os programas de acolhimento a esses munícipes e preparação aos servidores para reconhecer e atender esses pacientes.

**Palavras-chave:** Ação intersectorial; Saúde mental; Síndrome.

## Abstract

The compulsive accumulator syndrome, also known as Diogenes Syndrome, is characterized for breaking and rejecting social patterns observed in severe personal and habitational carelessness, in non-social coexistence, in the reduced insight for the problem, as well as the behavior of hoarding garbage and(or) animals. This paper aims the humanized attention to people who have the Syndrome and live in São Miguel, in a try of identifying early this individuals and improve the treatment and monitoring, carried out by Compulsive Accumulator Support Group, which integrates many services of the region. For 11 accumulators that were monitored, between February and August 2015, the preponderance was of garbage hoardings (80%), female sex (70%) and elderly (70% older than 60). Therefore, it can be stated that these data is not different from what is found in bibliography about this topic. Based on these initial data, programs of shelter to this part of the population and the preparation for servants to recognize and assist these patients can be better made.

**Keywords:** Intersectorial action; Mental health; Syndrome.

<sup>I</sup> João Gabriel Zerba Corrêa (jgzerba@prefeitura.sp.gov.br) é trabalhador da prefeitura municipal de São Miguel Paulista.

<sup>II</sup> Guilherme Costa Ferreira (guilhermecosta@prefeitura.sp.gov.br) é trabalhador da prefeitura municipal de São Miguel Paulista.

<sup>III</sup> Sueli Alcantara Ambrosio é trabalhadora da prefeitura municipal de São Miguel Paulista.

<sup>IV</sup> Valéria Iracy Lira Florentino (vlflorentino@prefeitura.sp.gov.br) é trabalhadora da prefeitura municipal de São Miguel Paulista.

<sup>V</sup> Patrícia Garcia Braga dos Anjos (panjos@prefeitura.sp.gov.br) é trabalhadora da prefeitura municipal de São Miguel Paulista.



### Introdução e justificativa

A síndrome do paciente acumulador, conhecida como Síndrome de Diógenes, evidencia-se não somente pela literatura de saúde especializada, mas também pela mídia. Sua classificação surge em 1975 (Clark e Mankikar, 1975), e caracteriza-se por uma quebra e rejeição de padrões sociais observados no descuido pessoal e habitacional severo, no abandono do convívio social, no reduzido *insight* para o problema, assim como o comportamento de acúmulo de objetos e, ou, animais (Almeida e Ribeiro, 2012). O Grupo de Apoio ao Munícipe Acumulador (GAMA) tem como função a atenção integral aos acumuladores compulsivos. O grupo técnico surgiu a partir da necessidade de um olhar mais atento, multiprofissional e intersetorial ao sofrimento psíquico do munícipe em atuação de acúmulo, tendo em vista que muitas vezes a demanda que chega aos serviços traz o sujeito resumido a um endereço, e

o grupo procura resgatar a história e a reinserção social. Faz parte do GAMA: A Supervisão de Vigilância em Saúde, Supervisão Técnica em Saúde, Centro de Referência de Assistência Social, Centro de Atenção Psicossocial, Núcleo de Proteção Jurídico Social e Apoio Psicológico, Defesa Civil e as Unidades Básicas de Saúde, com reuniões mensais multiprofissionais e intersetoriais. Cada caso é discutido em sua singularidade, visando às estratégias de fortalecimento de vínculo entre a equipe e o munícipe e proposta de novas ações com resolutividade. Salienta-se que o grupo tem como foco o munícipe e não o objeto de acúmulo.

### Objetivo

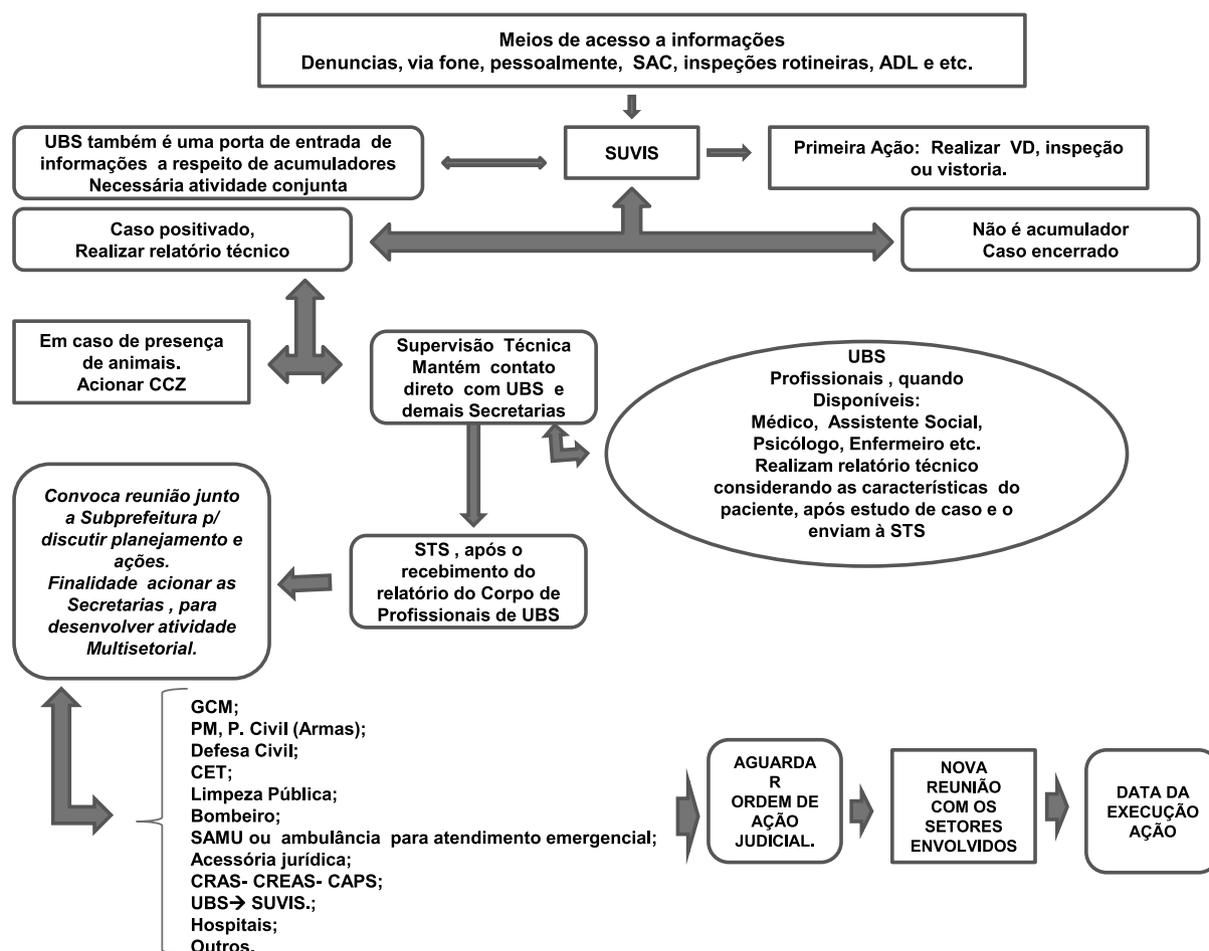
Apresentar as ações em rede de atenção psicossocial, com base na análise estatística dos casos de munícipe com síndrome de acúmulo atendidos no território pelo GAMA, em uma tentativa de identificar precocemente este indivíduo

e, ou, melhorar o tratamento e o monitoramento posteriori.

### Metodologia

Desde 12 de fevereiro de 2015, todo atendimento é realizado seguindo o fluxo, conforme publicado em *Diário Oficial* (figura 1). Para o estudo, pesquisou-se os casos apresentados e

atendidos pelo GAMA no período compreendido entre fevereiro a agosto de 2015. No total, foram analisados 19 casos enviados pela rede ao GAMA. Desses, devido à presença de alterações psicossociais condizentes ao transtorno, 11 foram considerados pacientes acumuladores. O restante foi descaracterizado de acumuladores, pois possuem outras enfermidades.



**Figura 1.** Fluxograma de trabalho do GAMA, publicado no *Diário Oficial* em 12 de fevereiro de 2015.

## Resultados

Construção de um projeto terapêutico para a abordagem de acordo com a situação de risco/vulnerabilidade, amparado na análise de 11 casos, com as porcentagens coletadas: 1) o tipo de acúmulo, podendo ser enquadrado em apenas inservíveis (80%), animais (15%) e ambos (5%); 2) a distribuição geográfica, tendo uma distribuição uniforme pelos distritos, sendo 30% na Vila Jacuí, 30% em São Miguel e 40% no Jardim Helena; 3) ao fator sexo, observa-se uma preponderância de mulheres (70%) em relação aos homens (30%); 4) a idade da maioria é considerada idosa, acima de 60 anos (70%). 5) a maioria mora sozinha (80%), e temos, no outro extremo, acumuladores morando com três ou mais pessoas na casa (20%); 7) observa-se que 60% possuem documentos separados e íntegros (RG, CPF, cartão SUS e, ou carteira de trabalho), e 40% extraviaram os mesmos; 8) uma parcela desses pacientes (40%) frequenta a rede de saúde, ou seja, já possuem algum acompanhamento médico, porém, tratam de outras enfermidades; 9) outro fator relevante é que 50% houve a retirada de inservíveis, porém, desses, somente a metade fora de forma voluntária, e a outra metade de forma por ação judicial, tornando a atividade “agressiva” tanto para

o acumulador como para os profissionais, dificultando em seguida o monitoramento, que traz a necessidade de maior intervenção da equipe para a diminuição urgente desse porcentual.

## Considerações finais

Pode-se constatar que, através dos levantamentos dos dados, traçou-se um perfil do acumulador, nesse território, que, em sua maioria, coincide com a bibliografia mundial em diversos aspectos, sendo pessoas que habitam sozinhas, idosas e com predominância de acúmulo de inservíveis. Para o GAMA, resultou em ações de acolhimento, como inserção em grupos nas UBS, retirada de novos documentos, encaminhamentos a conselhos tutelares e dos idosos, atendimento psicossocial e ações de preparação aos servidores para melhor reconhecer e atender estes pacientes, como o treinamento da equipe de desfazimento e na reinserção social e melhoria da qualidade de vida.

## Referências

ALMEIDA, R.; RIBEIRO, O. **Síndrome de Diógenes: revisão sistemática da literatura**, Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol 30, n 01, Lisboa, 2012.

# Breve Panorama da XIII Mostra de Experiências Exitosas do XXX Congresso do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS/SP

*A Brief Overview of the XIII Exhibition of Successful Experiences of the XXX Congress of the Council of Municipal Health Secretaries - COSEMS/SP*

Lauro Cesar Ibanhes e Luiza Sterman Heimann<sup>1</sup>

## Resumo

Este artigo busca traçar um breve panorama dos trabalhos apresentados na XIII 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 foram elaborados formulários focando aspectos, tais como: i) abrangência e, ou, alcance dos objetivos dos trabalhos; ii) âmbito da aplicação; iii) potencial de replicabilidade, difusão e, ou, apropriação; iv) duração ou sustentabilidade; v) fases da política, do programa e das ações alcançadas; vi) setores sociais e, ou, áreas relacionadas; vii) e princípios do Sistema Único da Saúde-SUS referidos, além de uma síntese das 538 experiências apresentadas na mostra. A primeira observação que se impõe é a efetivação, regularidade e diversidade da própria mostra. Em síntese, a iniciativa, a quantidade e a qualidade dos trabalhos representam o profundo comprometimento com o cuidado no cotidiano por parte dos trabalhadores da saúde na consolidação do SUS.

**Palavras-chave:** Aprimoramento profissional; Experiências exitosas; SUS.

## Abstract

This paper aims to provide a brief picture of the works presented in the 8th Show of successful experiences in the scope of professional improvement in São Paulo's Health Secretary. To this end, formularies were created considering aspects as: the reach of the works' goals; scope of application; replicability, diffusion and/or appropriation potential; duration or sustainability; politics, program and actions phases; involved areas and the Brazilian Public Health System referred principles, besides a synthesis of the 538 experiences presented in the Show. The first observation is about the Show effectuation, regularity and diversity. Briefly, the initiative, amount and quality of the work represent the commitment and the daily care from health workers in consolidating the Brazilian Public Health System.

**Keywords:** Professional Improvement; Successful Experiences; Brazilian Public Health System.

<sup>1</sup> A Turma do Aprimoramento 2016, responsável pelo trabalho de campo, e os coautores deste artigo e do relatório é composta por: Adriana Maria do Nascimento; Amanda Atsuda Braga; Bruna Aparecida Gonçalves; Cecília Setti; César Donizetti Luquine Junior; Cibele Monteiro Macedo; Cinira Fiuza; Danilo Milev; Fernanda Luz Gonzaga da Silva; Flávia Ricetti Sartori; Francisco Jonas da Silva; Gabriela Barros da Silva; Gianluca Vergian Dalenogare; Iara Maki Endo Marubayashi; Isabella Fontes Monteiro; Karina Sobral de Melo; Penélope Baldassin da Rocha; Rebeca Rodrigues de Lima; Samanta Ribeiro Oliveira da Silva; e Vanessa Matias da Rocha.



### Introdução

Este texto tem por objetivo apresentar parte dos resultados das atividades desenvolvidas pela turma 2016 do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde/SES-SP no XXX Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo - COSEMS – SP, realizado entre 13 e 15 de abril no Palácio das Convenções do Parque Anhembi, São Paulo–SP.

O Congresso apresentou o tema central “SUS e o Direito à Saúde: Política Pública com Qualidade e Sustentabilidade” e reuniu mais de 1,6 mil participantes de 469 municípios paulistas. Ao todo, 229 secretários municipais de saúde participaram de intensos debates e reflexões acerca dos rumos da saúde pública nacional.

Trata-se, aqui, de expor de forma resumida a participação dos 20 aprimorandos na XIII Mostra de Experiências Exitosas dos municípios, sob a forma de pôsteres, bem como nas respectivas

discussões posteriores ocorridas nas rodas de conversa temáticas. Além disso, eles assistiram às duas *Grandes Conversas* - debates e palestras de eminentes acadêmicos, técnicos e gestores de saúde, e ao *Café com Ideias*, apresentados em outro momento sob a forma de relatório.

Na mostra foram inscritos 538 trabalhos, em nove temas, que revelam práticas de gestão do sistema e do cuidado em saúde por meio dos princípios norteadores do SUS. Dentre eles, dez receberam o VI Prêmio David Capistrano, enquanto outras dez experiências conquistaram Menção Honrosa. O conjunto dos trabalhos indica o alto grau de envolvimento e de iniciativa de sujeitos não apenas na construção dessas experiências, mas no engajamento concreto na transformação do SUS.

### O êxito da mostra e de suas experiências

Os aprimorandos buscaram identificar os itens definidos no ato da inscrição do trabalho,

compreendendo: introdução e justificativa; objetivos; metodologia utilizada; produtos: o que foi realizado, resultados alcançados e o aprendizado com a vivência; facilidades e dificuldades.

Para coletar as informações, foi elaborado um formulário; preenchido por meio de observação e leitura dos trabalhos da mostra, onde foi anotada a abrangência, ou alcance dos objetivos, caracterizada pelos níveis ou esferas *local, municipal, intermunicipal, regional e estadual* e indicando o território em que a experiência fora executada; o potencial de replicabilidade, difusão e apropriação dos resultados, aqui definido como uma classificação ou medida da potencialidade ou possibilidade de se reproduzir a ação descrita – *baixo; mais baixo do que alto; alto; e mais alto do que baixo*; a duração, sustentabilidade ou manutenção da experiência; recursos e insumos; o tempo de implementação e continuidade; e os princípios do SUS referidos.

Houve a participação dos aprimorandos nas Rodas de Conversa sobre os trabalhos da mostra organizados nos nove temas do Congresso, onde se procurou observar e identificar aspectos como: 1) afluência de participantes nos grupos de discussão e 2) eixos, subtemas, problemas e argumentos apontados e recorrentes em relação às experiências apresentadas. O objetivo foi o de cotejar e comparar os dados gerais das experiências apresentadas nos pôsteres em relação a sua capacidade de mobilização, de problematização e a discussão realizada nos encontros.

Trata-se de uma leitura exploratória, ainda assim exercício temerário, tendo em vista a diversidade e a riqueza dos trabalhos apresentados e discutidos. Buscou-se apenas organizar alguns apontamentos em relação ao conjunto das práticas, a considerável soma de 538 experiências dispostas em 12 temas (tabela 1):

**Tabela 1-** Distribuição das Experiências Exitosas da XIII Mostra - por temas propostos.

Tema	Número de trabalhos	Porcentagem
Vigilância em saúde	114	81%
Atenção básica	110	
Gestão em saúde	77	
Gestão de pessoas, do trabalho e educação em saúde	75	
Promoção em saúde e práticas integrativas	66	
Redes de atenção à saúde	40	19%
Saúde mental, álcool e outras drogas	38	
Participação social	15	
Assistência farmacêutica	11	
Total	546*	100%

Fonte: Elaboração própria a partir dos pôsteres do XXX Congresso COSEMS-SP, abril 2016.

\*A diferença entre o número de Pôsteres e o total de Experiências Exitosas constante nos Anais deve-se a trabalhos apresentados ou inscritos posteriormente ou em duplicidade.

A primeira observação diz respeito à distribuição dos trabalhos nos dois eixos definidos pelo Congresso – *Gestão do Sistema e Cuidado em Saúde* –, e aqui temos certo equilíbrio com 256 e 290 experiências inscritas, respectivamente.

Convém lembrar que a classificação foi feita pelos participantes no ato da inscrição de cada trabalho. O mesmo ocorreu também em relação ao registro em um dos nove temas propostos. Aliás, no ano de 2016 houve a retirada dos temas *Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência*, presentes na mostra anterior, tendo em vista a especificidade desses temas em relação aos seus objetivos. Houve também a junção dos temas *Promoção em Saúde e Práticas Integrativas*.

Inicialmente, cabe destacar que os eixos e os temas muitas vezes se articulam, quase necessariamente, uma vez que são propostos como ponto de partida para o diálogo das experiências no campo da saúde. O mesmo ocorre com as noções de ‘sistema’ e de ‘gestão’, os dois eixos da mostra. *Sistema* aqui refere-se tanto a uma linha de cuidado como a uma experiência de referência/contrarreferência entre níveis de atenção ou complexidade. E *gestão* alude tanto à chefia de um serviço ou componente de um programa de saúde como ao poder decisório na formulação, planejamento e implantação. Assim, *gestão* se refere ora à gerência de uma unidade, etapa ou componente de uma implementação, ora à gestão municipal, à secretaria de saúde local.

O alargamento no uso desses conceitos requer reflexão e impõe redefinições, bem como leva a atentar para a especificidade dos atores e relacionados, bem como o lugar de onde falam. Em todo caso, o equilíbrio entre os dois eixos – gestão do sistema e cuidado em saúde – parece convergir para uma concepção de totalidade da ação ou iniciativa de dimensões necessariamente relacionadas.

### **Temas mais frequentes: vigilância; atenção básica; gestão e promoção em saúde**

Avançando nessa breve leitura do conjunto das experiências, vemos que os temas com maior número de trabalhos foram: Vigilância em saúde, com 114; Atenção básica, 110; Gestão em saúde, 77 e Gestão de pessoas, do trabalho e educação em saúde, com 75. Esses quatro temas somam 376 trabalhos, o equivalente a 69% do total. Somando-se os 66 trabalhos do tema Promoção de saúde e práticas integrativas, chega-se a 442, o equivalente a 81% do total da mostra.

Esse fato confirma o forte envolvimento dos trabalhadores na busca de efetivação da sua

ação profissional, dado que esses temas se caracterizam pela implicação coletiva e o trabalho intensivo, em consonância com a complexidade no cuidado própria à atenção básica. Indica ainda a preocupação com as várias dimensões e articulações que a gestão da saúde e do cuidado impõe, tanto em termos da formulação como da implementação e acompanhamentos necessários.

### **Vigilância em saúde**

No ano passado foram apresentados 114 trabalhos na XIII Mostra de Experiências Exitosas no tema “Vigilância em saúde”, quase o dobro do ano 2015. Dessas 114 experiências, 58, o equivalente a 50,9% delas, foram inscritas em “Cuidado em saúde” e 56 (49,1%) classificadas como “Gestão do sistema”.

A quase totalidade delas, 111, são experiências de *alcance municipal* ou intramunicipal, sendo a maioria, 83, na Grande São Paulo. Em relação ao chamado *grau de replicabilidade* – aplicabilidade, viabilidade e sustentabilidade da ação descrita em termos de recursos, relevância do problema ou necessidade de saúde e possíveis impactos –, 70 delas indicam grau *alto* ou *mais alto do que baixo*.

As experiências apresentadas nesse tema mostraram grande diversidade, o que levou a agrupá-las em seis grandes subtemas, a saber.

O maior número delas concentrou-se em Doenças transmissíveis, num total de 46, entre elas 18 sobre o combate à *Aedes aegypti* – basicamente sobre uso e sistemas de informação, articulações entre serviços e promoção de saúde. Em Saúde ambiental houve 21 experiências, cujo foco ia desde a crise hídrica (três), controle de espécies animais (nove), violência e acidentes (cinco), além de dois trabalhos em Educação ambiental, um deles em UBS. Em Saúde do trabalhador houve 14 experiências, sendo 7 delas versando sobre assédio moral e sexual, enquanto as demais referiam-se às ações e intervenções

como uso da informação e combate à subnotificação e redes de apoio à saúde do trabalhador. O subtema Vigilância da situação de saúde englobou 13 experiências envolvendo avaliação de indicadores, estratégias de gestão e implementação de programas, de modo a articular a gestão de sistema e o cuidado em saúde. Daí, inclusive, a percepção de trabalhos que poderiam ser enquadrados em ambos os eixos. Em Vigilância sanitária foram apresentadas 11 experiências, todas em municípios de grande porte – São Paulo, ABC, Campinas e Ribeirão Preto, além de Embu das Artes e Mauá. Referem-se principalmente à produção e manipulação de alimentos e às condições sanitárias de instituições de cuidado ao idoso e em saúde mental. Por fim, em Doenças não transmissíveis, foram apresentados nove trabalhos centrados na realização de inquéritos e pesquisas sobre o perfil de usuários, estratégias de avaliação e aperfeiçoamento de serviços e educação permanente.

A Roda de conversa sobre Vigilância em saúde foi uma das mais concorridas, tendo sido realizadas em dois espaços – um deles foi a Sala Parque do Carmo, com a presença de 37 pessoas representando municípios da Grande São Paulo e o outro a Sala Interlagos, onde se discutiram 55 experiências sobre os temas – principalmente os relacionados ao *Aedes aegypti* e à dengue: sistemas de informação, georreferenciamento, mudanças na ficha epidemiológica e à resistência a elas. Igualmente, houve ampla discussão sobre ações de promoção em saúde e articulação intersetorial – escolas e comunidade, de modo geral.

Em síntese, dos pôsteres e das discussões acompanhadas vimos que as *principais facilidades* referidas foram: a) o comprometimento e o engajamento das equipes de saúde; b) e a participação dos usuários nas ações. As dificuldades mais citadas foram: a) adaptação para novos sistemas de informação ou desconhecimento de recursos de informática por parte dos

profissionais; b) a não articulação das diferentes redes de apoio; c) acúmulo de funções dos profissionais; d) resistência de usuários e profissionais à implementação de mudanças; e) e sensibilização da população. Outro ponto destacado foram dificuldades diante das iniciativas de articulação intersetorial.

### **Atenção básica, promoção em saúde e práticas integrativas**

Seguindo na busca de alinhar apontamentos e tendências do conjunto de trabalhos, foram apresentadas 110 experiências em Atenção básica, número próximo às 94 do ano de 2015. Em Promoção de saúde – que neste ano passou a constituir um tema conjunto com Práticas integrativas – totalizou-se 66 experiências, uma diminuição se comparadas ao ano anterior, 81 e 25, respectivamente.

Como a maioria dos trabalhos do segundo tema em número de inscritos, Atenção básica foi inscrita em Cuidado em saúde – e com a quase totalidade, 62 entre 66 trabalhos em Promoção e práticas integrativas, o quinto em frequência, ocorreu o mesmo –, faremos uma leitura em conjunto num mesmo perfil.

A maior parte dos trabalhos em Atenção básica, 85, veio de municípios da Região Metropolitana de São Paulo. Desses, 25 foram inscritos por Guarulhos e 42 pelo município sede do evento. Também Franco da Rocha, Iguape, Pereira Barreto, São Vicente, Manduri, e Pompeia, entre outros, reafirmaram presença. O último, inclusive, teve um trabalho contemplado com o Prêmio David Capistrano 2016.

Das experiências inscritas em Gestão do sistema destacam-se aquelas que, combinadas ou não com temáticas específicas, visaram principalmente à: a) formação dos trabalhadores; b) ampliação do acesso; c) organização de agendas e consultas; d) instauração de protocolos e procedimentos; d) e avaliação de ações e serviços.

Houve 8 (7%) trabalhos com caráter investigativo na assistência prestada, buscando integrar os sujeitos e familiares; 11 (10%) com caráter educacional e foco na dimensão social na capacitação dos profissionais; 22 (20%) com foco na mudança do modelo de atenção na assistência prestada. Todos os demais, 69 (63%) trabalhos possuíam tópicos específicos dirigidos à promoção e prevenção da saúde de determinado grupo, população, agravo ou linha de cuidado e, em grande parte, com a evidente preocupação com os condicionantes sociais da saúde e da doença.

Em relação ao Cuidado em saúde, cabe destacar a articulação de ações e dos processos de trabalho com a organização dos serviços, ou seja, experiências abordando temas como atenção ao idoso e ao acamado, pré-natal, aleitamento materno, segurança alimentar, câncer, adolescentes, público LGBT e atenção psicossocial aliadas à preocupação central com aspectos da gestão, da política de saúde, das linhas de cuidado ou mediação de conflitos e situações de violência, além de acolhimento.

Quanto ao chamado potencial de replicabilidade, difusão ou apropriação 88, ou seja, exatos 80% dos trabalhos, foram considerados com um nível alto ou mais alto do que baixo, um bom indicador da possível reprodutibilidade da experiência.

Nas Rodas de conversa, realizadas em duas salas, o que mais chamou a atenção foi o destaque conferido pelos autores às possibilidades e à relevância quanto ao papel da atenção básica no cuidado. Na segunda parte, diante da sugestão dos articuladores em problematizar a relação atenção básica e cuidado em saúde, foram citados como desafios: a) a dificuldade de trabalhar em rede; b) o distanciamento entre o gestor e os profissionais de saúde; c) a desvalorização da atenção básica; d) a descontinuidade de ações devido às eleições municipais; e) e a importância da educação permanente.

Muitos produtos e resultados relataram avanços desde a visão centrada na interação entre equipes de saúde e o uso de estratégias como capacitação profissional e educação em saúde, com o foco no engajamento da comunidade e o desenvolvimento de atividades socioculturais em conjunto às ações de saúde. Isso se observou no enfrentamento da violência, sentido amplo, tanto em função das muitas experiências focadas em questões como óbitos fetais, mortalidade materna e infantil ou erros médicos, como na preocupação com a violência – criminal, de raça ou gênero – e as implicações sociais diretas e indiretas para além do fenômeno ou do agravo em si.

O tema Promoção em saúde e prática integrativas, como era de se esperar, teve inscrito a quase totalidade de suas experiências em cuidado à saúde – 62 entre 66. Esses trabalhos podem ser separados pelos seguintes subtemas e respectivas quantidades: promoção em saúde (14), educação em saúde (12), práticas integrativas (12), educação ambiental (10), prática curativa (6), educação alimentar (4), saúde dos profissionais (2), gestão em informação (3) e saúde bucal (1).

Com relação à localização dos projetos, 40 pertencem à capital de São Paulo; 6 pertencem à Grande São Paulo; 18 pertencem ao interior de São Paulo e dois pertencem ao litoral de São Paulo.

Quanto ao público, 15 trabalhos focaram as crianças; 8 aos idosos; 7 aos trabalhadores; 6 ao sistema/serviço; 24 junto à comunidade e 6 a públicos específicos – pacientes com sequela de AVC; população prisional, dor crônica; necessidades especiais; pessoas em situação de rua e população negra/imigrantes.

A maioria das experiências foi de alcance local ou municipal, com 62 trabalhos, todos em municípios populosos. Uma hipótese levantada pela mediadora da Roda de conversa é a de que em municípios menores há poucos profissionais

para desenvolver as atividades, ficando sobrecarregada. Isso contrasta com o potencial de replicabilidade, pois a maior parte das experiências, 51, pode ser considerada alto ou mais alto do que baixo, utilizando como critério para avaliar o potencial o baixo custo financeiro, a facilidade de apropriação do conhecimento e alta adesão dos participantes.

Foi possível notar que os produtos e resultados alcançados nas experiências exitosas são projetos que, na maioria das vezes, resultavam de oficinas abertas à população do local em que era realizada a atividade, com o intuito de promover saúde e a utilização de práticas integrativas de formas diversificadas. Verifica-se melhora na qualidade de vida dos participantes, aumento da autoestima, estimulação da interação social, diminuição do uso da medicação, conscientização de alguns temas abordados nas oficinas, parcerias entre secretarias, melhora do bem-estar físico, oficinas sobre o meio ambiente e a preocupação com o mosquito *Aedes aegypti*.

Na Roda de conversa, a síntese dos comentários foi a necessidade em: a) refletir sobre o conceito de saúde e a visão compartilhada da promoção em saúde; b) considerar a especificidade do grupo e do local; c) enfatizar a importância da articulação intersetorial, caso das ações de combate ao *Aedes aegypti* em parcerias com as escolas, com resultados muito positivos; d) analisar o desafio de se trabalhar sem o foco na doença, e) e refletir sobre a Saúde Coletiva na contramão da sociedade consumista.

### Gestão em saúde

O terceiro tema com o maior número de inscrições, 77, foi o de Gestão em saúde. A quase totalidade, como imaginado, no eixo gestão do sistema, com 75. Também compreensível que a maioria tenha vindo da Região Metropolitana de São Paulo ou, ainda, de Campinas e da Baixada, onde a questão obviamente mais se evidencia.

É interessante que mais da metade dos trabalhos (44) estava sendo ou foi realizada há mais de um ano, ou de 7 a 12 meses (11), ainda que em 13 casos não foi possível precisar o período ou duração, ou seja, tendendo à consolidação. Também se destaca que o potencial de replicabilidade, com base nos critérios referidos, 60, ou seja, 72% das experiências apresentaram potencial considerado alto ou mais alto do que baixo, o que significa, possivelmente, o uso e a criação de estratégias efetivas de interlocução e pactuação na integração de serviços de referência ou centrais de vagas. Nesse sentido, os princípios do SUS mais citados, combinados ou não, foram a integralidade (58), a equidade (42) e a universalidade (35).

Em termos esquemáticos, o perfil das experiências pode ser descrito em termos de: a) diagnóstico de saúde e ações dirigidas, com 32 trabalhos sobre conhecimento e apropriação baseados no território, bem como questões específicas, tais como absenteísmo em exames e consultas especializadas, adesão a programas e respectivas respostas por parte do sistema ou serviço; b) análise epidemiológica, com 16 trabalhos onde se trabalhou indicadores e dados de morbimortalidade de grupos ou populações específicos; c) sistemas de informação, onde 13 trabalhos discutiam questões como coleta e qualidade do dado, uso, acesso, circulação e publicação da informação; d) formação e educação em saúde, em que 12 trabalhos apresentaram experiências atinentes; e) articulação em rede, 6 experiências nas quais ações entre serviços ou ferramentas intersetoriais envolviam alteração de fluxos de gestão e atenção e principalmente a reorientação profissional. Apesar de se tratarem de experiências com baixa exigência de recursos físicos, o investimento em pessoal surge como principal dificuldade na execução; f) e judicialização em saúde, em que quatro trabalhos discutiam experiências de regulação diante de ações e demandas judiciais.

Os aprimorandos consideraram os resultados de acordo com as conclusões descritas pelos próprios autores dos painéis, classificados genericamente da seguinte maneira: a) ferramentas e, ou, instrumentos: teve como produto um sistema operacional; uma ferramenta em sistemas de informação e informática; um material informativo digital ou impresso; ou, ainda, ferramentas de interação com a população; b) melhoria da prática ou do cuidado em saúde com possível impacto nos indicadores e condições de saúde da população; c) mudança de práticas de equipes: intervenção nas relações entre os profissionais por meio de rodas de conversa, reuniões e encontros, que gerou reflexões nos próprios profissionais acerca de suas práticas de atuação e comportamento perante os colegas e a comunidade; d) e formação e capacitação, onde se discutem e se aprofundam temáticas sobre os serviços, programas e a organização e funcionamento do SUS, em diversos níveis de complexidades, tanto na gestão como no cuidado em saúde.

As facilidades e dificuldades discutidas no tema dizem respeito mais à escala e adequação ao caso e local da experiência – porte populacional do município, capacidade instalada, rede assistencial, quantidade de profissionais – do que exatamente às possibilidades de replicabilidade, difusão ou apropriação, tomadas em abstrato, tendo em vista a preexistência ou inexistência de fatores contributivos ou impeditivos.

Em todo caso, os fatores identificados que podem dificultar ou facilitar a disseminação das experiências são: a) dependência de recursos financeiros, físicos ou humanos; b) existência de política que subsidie e garanta a implementação do projeto proposto; c) adequação do projeto às realidades socioculturais locais; d) dependência de atuação em rede de trabalho intersetorial; e) necessidade do envolvimento profissional e trabalho em equipe; f) conhecimentos técnicos específicos; g) interesse e envolvimento da população h) e base burocrática e institucional consolidada.

### **Gestão de pessoas, do trabalho e educação em saúde**

O tema da Gestão em saúde tende a apresentar experiências focadas ou estruturadas numa perspectiva próxima às funções macrogestoras – ainda que desde um programa, serviço ou equipamento social –, e daí os trabalhos serem inscritos quase em sua totalidade no eixo de Gestão de saúde.

Pode-se dizer que um diferencial desse eixo é o de que as práticas abordam o nível macro da saúde, como, por exemplo, criações e revisões de protocolos, novas diretrizes e reestruturações de fluxos, visando ao aprimoramento da gestão do SUS, mas considerando, igualmente, a ampliação dos espaços coletivos para o exercício do diálogo, a fim de se construir um conhecimento compartilhado com enfoque nas necessidades da população, dos profissionais e serviços, para que a assistência faça sentido para ambos, nos moldes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS.

Desse modo, em ambos os eixos (gestão e cuidado) no tema aqui tratado evidencia-se a busca em simplificar processos burocráticos, promover capacitação de gestores e profissionais, a fim de trabalhar a educação permanente dentro das unidades, intervindo na reorganização das relações de trabalho, protocolos e fluxos de atendimento, estabelecer relacionamento entre o serviço e a comunidade e modernizar a criação de plataformas.

No eixo do cuidado à saúde as experiências revelaram igualmente o centramento na dimensão da integralidade para além de competências e técnicas, destacando-se experiências sobre o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos integrados na produção da saúde e a busca também do envolvimento na comunidade e, ou, território e o fortalecimento da rede de apoio social.

O ponto comum nesse tema é o fortalecimento da gestão estratégica, favorecendo a

construção de consensos, maior eficácia, eficiência e efetividade por meio de ações que envolvem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde.

### Redes de atenção à saúde

Tema que vem ganhando destaque crescente, passando de 27 no ano de 2015 para 40 nesta edição, e seu conjunto é marcado justamente pela diversidade de propostas e experiências. De modo geral, uma possível classificação é:

1) As ações intersetoriais como método e princípio se repetem ao longo dos trabalhos, com equipamentos de outros setores (educação, assistência social, justiça).

2) Ações educativas e a participação de usuários e comunidade como estratégias significativas na atenção básica, em especial em ações preventivas de saúde bucal.

3) Questões sociais como geração de trabalho e renda, praticadas na saúde na perspectiva da inclusão de pessoas com deficiência e usuários da saúde mental.

4) Propostas e realização de trabalhos em educação permanente, capacitação e treinamento de profissionais em demandas específicas, como anemia falciforme, infarto agudo do miocárdio e avaliação de pessoa idosa na atenção básica. Esse tipo de experiência trouxe resultados muito positivos em relação à organização desses serviços em qualidade e abrangência de atendimento.

5) Iniciativas inovadoras no campo da prevenção de DST e aids, e a difusão de novos recursos medicamentosos para a prevenção de aids e de um aplicativo de aparelhos móveis para o controle de exposição ao vírus HIV.

Isso posto, faz sentido que o princípio do SUS mais citado seja o de integralidade, em 32 trabalhos. A universalidade em 10 trabalhos, a

equidade por 27 e controle e participação social por 14 trabalhos.

Assim, observou-se dois aspectos em comum entre os trabalhos inscritos: o do “fortalecimento” e o da “troca”, pontuando importância do fortalecimento da rede, ou seja, a necessidade de uma rede de serviços mais comunicativa, integrativa e participativa, que efetivaria a integração dos serviços e a qualidade do trabalho. Isso permitiria: a) significar e ressignificar a execução do trabalho; b) compartilhar experiências nos serviços, melhoria de atendimento e satisfação da população; c) mudanças na instrumentalização e aperfeiçoamento dos serviços com intercâmbios multiprofissionais; d) e maior diversidade nas unidades e na rede como um todo.

Em síntese, em comum nesta análise vemos que os trabalhos buscam a melhoria da qualidade da atenção e da qualidade de vida dos sujeitos, a ação intersetorial e comunitária como pressuposto. Mas a ideia de *redes de saúde*, até pela incorporação recente, aparece com características e concepções singulares, dado que a maioria dos trabalhos – 38 entre 40 – foi desenvolvida no âmbito local e muitas vezes nas próprias unidades de saúde e não com foco na interrelação com outras unidades ou níveis de complexidade, no intuito da assistência integral do sujeito ou da linha de cuidado.

### Saúde mental

No tema Saúde mental, álcool e outras drogas foram expostas 38 experiências, menos do que as 54 no ano de 2015. De acordo com os eixos do Congresso, foram inscritos 9 (23,7%) trabalhos em gestão do sistema e 24 em cuidado em saúde (63,2%). Porém, na leitura, chegou-se à conclusão de que houve 6 intervenções abrangendo as duas formas (15,8%).

Quanto aos produtos e resultados alcançados de forma geral, os trabalhos apresentam a busca pela mudança nas formas do cuidado,

participação e criação de associações entre os usuários e familiares, utilização da arte e a cultura como mais um recurso de reabilitação psicossocial, fortalecimento e empoderamento do usuário. Com isso, o foco recai sobre a redução de danos, diminuição do uso de psicotrópicos, redução e cessação do uso de tabaco, articulação entre as redes de cuidado, inserção da família no modelo de cuidado, maior articulação entre as equipes multiprofissionais, implementação da RAPS, melhoria na qualidade do acolhimento, ações intersetoriais, gestão compartilhada, humanização e alinhamento do cuidado, principalmente.

Dos princípios do SUS, o mais referido é o da Integralidade (87,2%); Controle e Participação Social (74,4%); Equidade (71,8%) e Universalidade (48,7%). Evidencia-se no tema a ênfase na integralidade e na participação, com os maiores indicadores da mostra. Apenas 5,1% dos trabalhos não referiram nenhum princípio do SUS.

Em relação à solicitação da coordenação da mostra em apontar facilidades e dificuldades encontradas no desenvolvimento das respectivas experiências, em quase metade delas (42%) houve ausência desse item. Das experiências que referiram esses aspectos, observou-se que o engajamento dos profissionais e a participação e envolvimento da família são os grandes facilitadores. Em relação às dificuldades, tivemos: a) redução dos usuários participantes das intervenções; b) alterações no sistema – referência, marcação de consultas; c) centramento no paradigma hospitalocêntrico e resistência por parte dos médicos às mudanças; d) estereótipos sociais; e) restrição de recursos financeiros e deficiências estruturais em equipamentos, serviços e assistência; f) enrijecimento da conduta profissional; g) e falta de capacitação dos profissionais.

### **Assistência farmacêutica**

Na XIII Mostra de Experiências Exitosas foram apresentadas 11 experiências desenvolvidas

nos municípios paulistas no tema Assistência farmacêutica, menos da metade das 24 apresentadas em 2015. As experiências concentraram-se na Região Metropolitana de São Paulo e apenas uma no município de Jundiaí.

No eixo *gestão de sistema* houve cinco experiências realizadas, todas ao nível local/municipal na região metropolitana de São Paulo. O público-alvo foi, em todas elas, os profissionais de saúde. Dentre as principais características das experiências deste grupo destacam-se: 1) planejamento de ações; 2) regulação farmacêutica; 3) interligação da rede; 4) e organização dos serviços.

As demais seis experiências, portanto, foram classificadas no eixo cuidado em saúde. Elas tiveram como foco a mudança do modelo, que antes era basicamente centrada em dispensações para um papel mais ativo na assistência para além dos fármacos e para o envolvimento e participação no cuidado com o paciente. O cuidado em saúde na assistência farmacêutica reforça a importância do profissional farmacêutico na atuação multidisciplinar em situações que envolvem terapias farmacológicas, fornecendo informações, adequando tratamentos e incentivando a adesão.

Quanto à duração, observa-se que a maior parte dos trabalhos, nove deles têm mais de um ano de duração, e os outros dois ocorrem há quase um ano, indicando, possivelmente maior grau de institucionalização da experiência. Quanto aos princípios do SUS, todas as experiências buscaram atingir ao menos um deles, destacando-se que a integralidade foi referida e, ou, atingida em todas os 11. A equidade e a universalidade, em oito deles. Em contrapartida, nenhum contempla a participação social.

A Roda de conversa teve a presença de 17 pessoas, entre farmacêuticos, médicos e enfermeiros. Das 11 experiências inscritas, somente oito estavam representadas. Entre os participantes estavam três membros do CRF (Conselho Regional de Farmácia), inclusive sua vice-presidente.

Foram citados dificultadores da ação farmacêutica na Atenção básica, principalmente na Estratégia de Saúde da Família (ESF), e apontadas como principais: a) falta de reconhecimento do farmacêutico como membro ativo e participante das equipes; b) falta de núcleo de RH nas unidades; c) falta de contratação do profissional, o que os faz atuar em mais de um local; d) e resistência médica na adesão de protocolos e portarias e da entrada do farmacêutico nas equipes técnico-clínicas.

Contudo, foram citados avanços, entre os quais: a) valorização e aumento do reconhecimento do profissional nos últimos anos; b) capacitações realizadas para os farmacêuticos; c) aumento significativo do número de atendimentos farmacêuticos; d) e contratação de farmacêuticos substitutos na CRS Oeste.

### **Participação social**

Esse foi o tema com o menor número de inscrições, 15, um a menos do que em 2015.

As experiências foram todas apresentadas por município de grande porte: nove de São Paulo, cinco de Santo André e uma do município de Ubatuba. Elas focaram oficinas e cursos de formação e fóruns de articulação. Os objetivos foram basicamente: a) aumentar a participação e o envolvimento da comunidade; b) qualificar os espaços de diálogos entre gestão, trabalhadores e comunidade; c) controle social; d) implementar ações de educação permanente; e) incentivar a instituição de Conselhos Locais de Saúde em outras localidades/regiões.

As principais dificuldades apresentadas nas experiências referiram-se à mobilização, manutenção e continuidade de canais de participação social e à ampliação e fortalecimento de seus mecanismos.

Chama a atenção aqui trabalhos que deslocam a concepção usual do assunto, apresentando experiência mais amplas, mediadas pelo

uso de recursos de comunicação e de informática, tais como criação de portal eletrônico com orientações técnicas, imagens e sugestões de autocuidado ou socialização das experiências das unidades de saúde, dialogando com os/as servidores/as de saúde do município em conjunto com a assessoria de imprensa da Coordenadoria Regional.

Em todo caso, como observado na mostra do ano de 2015, o tema participação social é entendido basicamente pela valorização e pelo envolvimento da família, comunidade e dos profissionais da saúde nas ações de saúde. Mesmo experiências de ouvidoria nesse tema, já visto em 2015, e a busca em sistematizar e mapear manifestações dos usuários SUS – sugestões, reclamações, denúncias e elogios – acabam sendo utilizadas como um fim em si mesmo e, não, como instrumento de gestão e aproximação entre a população e gestores do SUS. Não por acaso, um participante da Roda de conversa do tema, ao comentar experiência já consolidada, observou que a implantação da ouvidoria com o tempo passou ser vista pela comunidade como “resolvedoria”.

Cabe destacar 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 de participação popular no SUS, apontando mais para a fiscalização das ações, dos serviços e da assistência – como consumidor – e menos para a participação, na formulação, planejamento e gestão, Desafios e dificuldades inerentes – como cidadão.

### **Considerações finais**

O XXX Congresso do COSEMS/SP e a XIII Mostra de Experiências Exitosas propiciaram aos aprimorandos contato direto com um vasto painel referente à realidade concreta de gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS).

A leitura sistematizada dos trabalhos expostos e a posterior participação nas rodas de conversa sobre cada temática permitiram acompanhar trocas de experiências e o debate entre congressistas e autores dos trabalhos. A observação e leitura atenta das experiências possibilitaram acompanhar de modo sistematizado as diferentes etapas, fases e momentos de políticas, programa e projetos em saúde, desde a formulação, implementação, monitoramento e avaliação das ações e iniciativas apresentadas. Puderam, principalmente, participar de uma vivência singular das dificuldades e desafios enfrentados, mas também de seus inúmeros êxitos, estímulos e gratificações.

As grandes conversas permitiram compreender e esboçar linhas gerais da construção coletiva e de um panorama multifacetado – que é a própria realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de São Paulo e no Brasil. Representantes das esferas governamentais, gestores, acadêmicos e profissionais da área discursaram e debateram acerca dos temas geradores do Congresso, trazendo as principais dificuldades e desafios, bem como iniciativas e propostas atualmente pensadas e executadas.

A inclusão do Café com Ideias constituiu-se em atividade extremamente instigante, tanto em termos da importância e contemporaneidade dos temas tratados, passando pelo rigor teórico-conceitual aliados à necessária e premente

articulação com a luta cotidiana pela plena efetivação do SUS em suas várias dimensões.

Exitosa, como dissemos, 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. Dado que não há o predomínio do viés acadêmico, o ponto comum são a motivação e a disposição para o enfrentamento dos desafios cotidianos, a troca e o diálogo. 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.

As experiências, seus desafios e suas proposições, devem ser lidas à luz de enquadramentos mais amplos, como aqueles discutidos nas *Grandes Conversas* realizadas no Congresso por autoridades, estudiosos e gestores, ainda mais em um contexto de ameaças ao SUS como os vividos neste ano de 2016, na garantia como política de Estado, diante das descontinuidades nas esferas municipais.

IBANHES, L.C. *et alii*. Relatório de Atividades. XXX Congresso do Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS/SP, 2016. Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - IS/SES, maio de 2016 (texto mimeo.).

### 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 2 mil exemplares, a cada número o BIS apresenta um núcleo temático, definido previamente, além de outros artigos técnico-científicos, escritos por pesquisadores dos diferentes Núcleos de Pesquisa do Instituto, além de autores de outras instituições de ensino e pesquisa. A publicação é direcionada a um público leitor formado, primordialmente, por profissionais da área da saúde do SUS, como técnicos, enfermeiros, pesquisadores, médicos e gestores da área da Saúde.

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

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

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

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

**Submissão:** os artigos submetidos para publicação devem ser enviados, em português, para o e-mail [boletim@isaude.sp.gov.br](mailto:boletim@isaude.sp.gov.br) e ter entre 15 mil e 25 mil caracteres com espaço no total (entre 6 e 7 páginas em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), incluídas as referências bibliográficas, salvo orientações específicas dos editores. O arquivo deve ser enviado em formato Word 97/2003, ou equivalente, a fim de evitar incompatibilidade de comunicação entre diferentes sistemas operacionais. Figuras e gráficos devem ser enviados à parte.

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

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

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

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

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

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

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

**Referências bibliográficas:** preferencialmente, apenas a bibliografia citada no corpo do texto deve ser inserida na lista de referências. Elas devem ser ordenadas alfabeticamente e numeradas, no final do texto. A normalização seguirá o estilo Vancouver. Obs: Excepcionalmente, este suplemento também apresenta referências dispostas nas normas definidas pela ABNT.

**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](http://www.isaude.sp.gov.br)

## Orientação aos autores – Notas técnicas de Avaliação de Tecnologias de Saúde

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

### Tamanho do texto

- «Deve ter até 2 mil 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 mil palavras); Recomendação (até 100 palavras).
- «O resumo não precisa ser estruturado, e deve ter até 150 palavras, e ser apresentado em português e inglês.

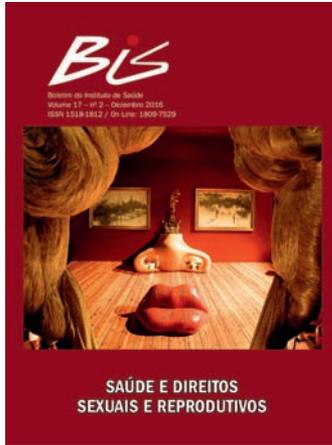
### Estrutura do texto

- «Não há uma estrutura para apresentação de Notas Técnicas no formato ensaios e reflexões.
- «As Notas Técnicas relativas a pareceres técnico-científicos e outros tipos de informes rápidos de ATS devem obedecer a seguinte estrutura: Introdução que abor-

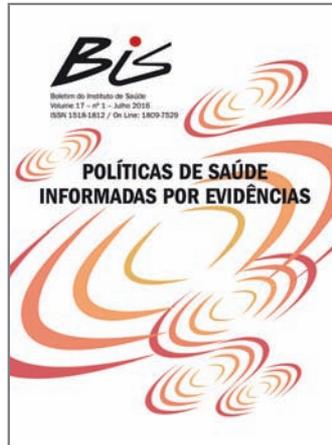
de o contexto de realização do parecer ou informe, o problema estudado e a tecnologia avaliada; Método com pergunta de investigação estruturada, bases de dados de literatura, estratégias de busca de informações científicas, critérios para seleção e análise dos estudos incluídos; Resultados e Discussão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

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

# BIS – números já editados



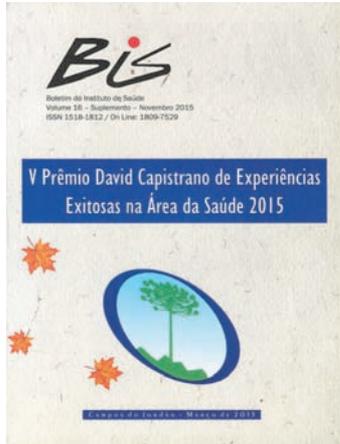
(v. 17 - nº 02) / 2016  
Saúde e direitos  
sexuais reprodutivos



(v. 17 - nº 01) / 2016  
Políticas de saúde  
informadas por evidências



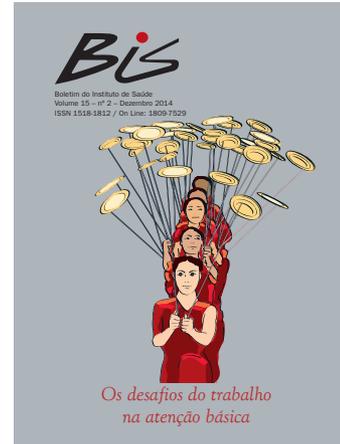
(v. 16 - nº 02) / 2015  
A contribuição das bases de dados  
demográficos e dos Sistemas  
de Informação em Saúde para a  
Gestão do SUS



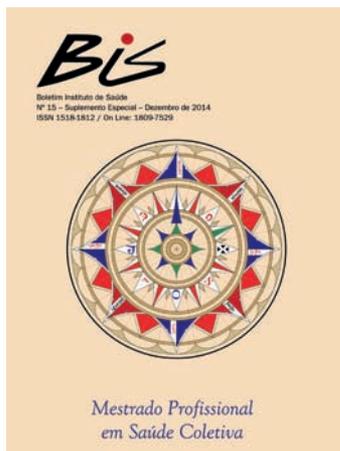
(v. 16 - suplemento) / 2015  
V Prêmio David Capistrano  
de Experiências Exitosas  
na Área da Saúde 2015



(v. 16 - nº 01) / 2015  
Estratégias para alcançar  
um desenvolvimento  
integral na primeira infância



(v. 15 - nº 02) / 2014  
Os desafios do trabalho  
na atenção básica



(v. 15 - suplemento) / 2014  
Mestrado Profissional  
em Saúde Coletiva



(v. 15 - nº 01) / 2014  
Enfrentamento da violência  
pela Saúde II



(v. 14 - nº 03) / 2013  
Enfrentamento da violência  
pela Saúde



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



SECRETARIA  
DA SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO