

Fortalecendo o SUS: experiência de formação profissional no município de Franco da Rocha



Dentre as importantes funções sociais do Instituto de Saúde, destacamos o aspecto formativo, na perspectiva da troca, do diálogo, proporcionando a formação no mais alto rigor acadêmico, porém, tendo como essência a perspectiva humana.

Embasados em uma concepção de educação problematizadora, nós, do Programa de Especialização em Saúde Coletiva do IS, criamos, intencionalmente, situações de ensino-aprendizagem que possibilitam a apropriação de conteúdos e de vivência do SUS real, no município de Franco da Rocha.

Tendo como ponto de partida as prioridades sociais e de saúde, atuando em parceria com agentes locais, atendendo as prioridades mapeadas pelo poder público, manifestos em situações de saúde e de assistência, a formação desses especialistas em Saúde Coletiva torna-se diferenciada, flexível e humanizada

A intenção deste livro é a socialização das aprendizagens durante a trajetória da parceria entre o Instituto de Saúde e Franco da Rocha.

**Fortalecendo o SUS:
experiência de formação
profissional no município
de Franco da Rocha**

Instituto de Saúde

Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista

São Paulo-SP – CEP: 01314-000

Tel.: (11) 3116-8500

Fax: (11) 3105-2772

www.isaude.sp.gov.br

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**Secretário de Estado da Saúde de São Paulo**

Dr. Jean Gorinchteyn

Instituto de Saúde**Diretora do Instituto de Saúde**

Luiza Sterman Heimann

Vice-diretora do Instituto de Saúde

Sônia I. Venancio

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS-SP

Tereza Etsuko da Costa Rosa

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS/SP

Maritsa Carla de Bortoli

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico

Márcio Derbli

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo

Bianca de Mattos Santos

Coleção Temas em Saúde Coletiva**Volume 30 – Fortalecendo o SUS: experiência de formação profissional no município de Franco da Rocha**

ISBN 85-88169-01-0 Coleção Temas em Saúde Coletiva

ISBN 978-65-997616-2-1

Tiragem: 2 mil exemplares

Fortalecendo o SUS: experiência de formação profissional no município de Franco da Rocha:

Organização: Fabiana Santos Lucena, Maria Izabel Sanches Costa, Sonia Isoyama Venancio, Maritsa Carla de Bortoli

Edição: Márcio Derbli

Imagem da capa: Maria Aparecida Dias, Sem título, 1994. Acrílica sobre tela. 30 x 20 cm. Coleção: Museu de Arte Osório Cesar. Cortesia: Complexo Hospitalar do Juquery e Prefeitura de Franco da Rocha. Fotografia: Gisele Ottoni / Prefeitura de Franco da Rocha.

Revisão: Tikinet

Editoração, capa e tratamento de imagens:

Purim Comunicação Visual

Impressão: Print Save

Administração

Bianca de Mattos Santos

Conselho Editorial Executivo

Luiza Sterman Heimann

Márcio Derbli

Maria Mercedes Loureiro Escuder

Maria Thereza Bonilha Dubugras

Mariana Tarricone Garcia

Monica Martins de Oliveira Viana

Tania Izabel de Andrade

Bibliotecária

Tania Izabel de Andrade

Este livro não pode ser comercializado e sua distribuição é gratuita.

A versão online está disponível no site www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/producao-editorial/temas-em-saude-coletiva.

FICHA CATALOGRÁFICA

É permitida a reprodução total ou parcial para fins pessoais, científicos ou acadêmicos, autorizada pelo autor, mediante citação completa da fonte.

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

F84

Fortalecendo o SUS: experiência de formação profissional no município de Franco da Rocha / organizadoras: Fabiana Santos Lucena, Maria Izabel Sanches Costa, Sonia Isoyama Venancio, Maritsa Carla de Bortoli – São Paulo: Instituto de Saúde, 2021.

362 p. (Temas em saúde coletiva; 30)

Vários autores.

Inclui bibliografia ao final de cada capítulo.

ISBN 978-65-997616-2-1

1. Atenção Básica à saúde 2. Pessoal de saúde 3. Franco da Rocha - cidade 4. Especialização em saúde coletiva – curso. 5. Sistema único de saúde. I. Lucena, Fabiana Santos. II. Costa, Maria Izabel Sanches. III. Venancio, Sonia Isoyama. IV. Bortoli, Maritsa Carla de. V. Série.

CDD 362.10981

Fortalecendo o SUS: experiência de formação profissional no município de Franco da Rocha

**Fabiana Santos Lucena
Maria Izabel Sanches Costa
Sonia Isoyama Venancio
Maritsa Carla de Bortoli**
Organizadoras

**Instituto de Saúde
São Paulo – 2021**

Nota explicativa da capa

A escolha da imagem da capa se deu em homenagem às pessoas que tiveram suas vidas roubadas em uma das mais antigas e maiores colônias psiquiátricas do Brasil – o Hospital Psiquiátrico do Juquery. A cidade de Franco da Rocha é marcada pela presença do hospital, que foi inaugurado em 1898. Após mais de 120 anos de funcionamento, o hospital fechou as portas em 2021. A instituição foi palco de diversas violações de direitos humanos. As pessoas que lá viveram tiveram todos os seus direitos, sonhos e desejos ceifados.

A imagem da capa foi feita por uma artista que viveu no Hospital Juquery, como tantas outras. Escolher essa imagem para apresentar um trabalho realizado no município de Franco da Rocha significa lembrar o seu histórico e denunciar, em tempos de retrocesso, que não aceitaremos mais um modelo de assistência segregador e desumanizado. O cuidado se dá em liberdade, a partir da defesa da cidadania, respeitando as diferenças e os desejos. E que sigamos em direção a uma sociedade sem manicômios.

Sumário

Fortalecendo o SUS: experiência de formação profissional no município de Franco da Rocha

Prefácio: Ausonia Favorido Donato

Apresentação: Fabiana Santos Lucena, Maria Izabel Sanches Costa, Sonia Isoyama Venancio, Maritsa Carla de Bortoli

Parte I - Aspectos teóricos e contexto da parceria com o Instituto de Saúde

- 1. Formação de profissionais para o SUS
no campo da Saúde Coletiva**
Fabiana Santos Lucena, Mariana Tarricone Garcia,
Maria Izabel Sanches Costa 17
- 2. Programa de Especialização em Saúde Coletiva: interfaces
entre a formação, pesquisa e assessoria no Instituto de Saúde**
Sonia Isoyama Venancio 37
- 3. Parceria Instituto de Saúde/Franco da Rocha: processo,
sínteses de evidências e definição de prioridades de trabalho**
Maritsa Carla de Bortoli, Cintia de Freitas Oliveira,
César D. Luquine Jr. 53
- 4. Breve panorama do município de Franco da Rocha:
características sociodemográficas, da rede assistencial
e dos indicadores de saúde**
Sonia Isoyama Venancio 83
- 5. Atenção Básica de Franco da Rocha: estrutura, financiamento
e organização do cuidado no período de 2014-2020**
Lígia Schiavon Duarte, Fabiana Santos Lucena,
Mônica Martins de Oliveira Viana 109

Parte II - O fazer - Trajetória e resultados

- 6. Assistência Farmacêutica em Franco da Rocha: trajeto e considerações sobre a repercussão da pandemia**
Bruna Carolina de Araújo, Roberta Crevelário de Melo,
Fernando Meirinho Domene, Jessica de Lucca da Silva,
José Ruben de Alcântara Bonfim, Tereza Setsuko Toma 135
- 7. Implementação da Linha de Cuidado à saúde sexual e reprodutiva das mulheres de Franco da Rocha: repercussões da pandemia por Sars CoV-2**
Sílvia Helena Bastos de Paula, Jéssica Farias Dantas Medeiros,
Nathalya Fonseca Camargo, Quézia Rebeca Silva Flores,
Bruna Martins, Giulia Catissi de Lima 163
- 8. Saúde das crianças: trajetória do trabalho desenvolvido no município de Franco da Rocha e considerações sobre o impacto da pandemia**
Sonia Isoyama Venancio, Camila Monson Tiossi, Emanuely
Camargo Tafaello, Isabelle Andrade Silva, Laís de Moura
Milhomens, Letícia Aparecida Lopes Bezerra da Silva,
Louise Coraça Figueiredo 195
- 9. Promoção de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes em Franco da Rocha: panorama, desafios e respostas**
Regina Figueiredo, Daniela Saraiva Clara, Thais Aparecida Alves Turno,
Jacqueline Araújo da Silva, Jenifer Daniele de Lima Santos..... 217
- 10. Atenção integral à saúde do idoso: uma prática em construção**
Tereza Etsuko da Costa Rosa, Katia Karina G. Ferreira de Jesus,
Fernanda dos Santos Pavoni, Natália Gotardo, Mariana Bento
do Prado, Rayssa Colegnac, Raquel Lourenço, Larissa Ferreira de
Abreu Pereira, Gisele da Silva Almeida, Gabrielle Silva Este,
Caio Pereira dos Santos, Victor Nascimento Cunha 239

11. Saúde Mental: trajetória do trabalho desenvolvido no município de Franco da Rocha e considerações sobre o impacto da pandemia	
Lígia Rivero Pupo	259

Parte III - Olhares dos participantes

12. O olhar da gestão municipal	
Lorena Rodrigues de Oliveira	289

13. O olhar da instituição	
Luiza Sterman Heimann.....	293

14. Experiências vividas no curso de aprimoramento/ especialização na ótica dos alunos egressos	
Camila Monson Tiossi, Larissa Ferreira de Abreu Pereira, Jessica De Lucca Da Silva, Mayara Fozzatti Garcia, César D. Luquine Jr., Cintia de Freitas Oliveira, Louise Coraça Figueiredo, Raquel de Jesus Siqueira, Luciana de Mendonça Freire, Dellen Moraes	297

15. Fragmentos de opiniões de profissionais de saúde sobre a parceria do Instituto de Saúde com o município de Franco da Rocha	
Fabiana Sousa Ribeiro, Vitoria Karen Raimundo, Silvia Helena Bastos de Paula	307

Prefácio

Ausonia Favorido Donato^I

Momentos de crise, historicamente, são momentos de transformação, de mudanças de paradigmas. Portanto, apesar de todas as dificuldades sanitárias, de trabalho e de sobrevivência que boa parte da população vivencia em 2021, no contexto da pandemia, precisamos exaltar as conquistas históricas que envolvem a saúde pública brasileira.

Nessa perspectiva, um marco precisa ser lembrado e enaltecido: a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos valores expressos na Constituição de 1988, que passa a inserir a saúde como direito que integra a noção de cidadania, como dever do Estado Brasileiro. A partir desse marco histórico, os desafios passam a ser identificados e enfrentados: a formação de profissionais de saúde na perspectiva da Saúde Coletiva, a equidade na distribuição de profissionais pelo território nacional, a gestão de recursos financeiros, a humanização dos atendimentos e a criação de infraestrutura adequada para tornar realidade os pressupostos que engendram a criação de um Sistema Único de Saúde.

O papel histórico do Instituto de Saúde, no Estado de São Paulo, visando a subsidiar o SUS de forma inovadora, tem, dentre suas premissas, o desafio de implementar ações de formação de profissionais, de atuar como centro de pesquisa, de desenvolvimento de tecnologias e apoio técnico-científico. Estruturado em valores que miram a Saúde Coletiva, com foco nos indivíduos inseridos em contextos sociais específicos, o Instituto de Saúde, parte integrante do Sistema Único de Saúde, baseia-se em valores como universalidade, integralidade, equidade e participação social, da mesma forma que ambas as instituições são a expressão pública dos princípios da Constituição Democrática e Cidadã.

Dentre as importantes funções sociais do Instituto de Saúde, destacamos o aspecto formativo, na perspectiva da troca, do diálogo, proporcionando a formação no mais alto rigor acadêmico, porém, tendo como essência a pers-

^I Ausonia Favorido Donato (ausoniadonato@gmail.com) é educadora, mestre e doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e diretora do Núcleo de Formação e Desenvolvimento Profissional do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

pectiva humana. Integra a formação desse profissional a sua inserção em comunidades, fazendo dessa prática uma etapa essencial desse processo formador. Tendo como ponto de partida as prioridades sociais e de saúde de diversos contextos, atuando em parceria com agentes locais, atendendo as prioridades mapeadas pelo poder público, manifestos em situações de atendimento com foco na relação entre profissionais e pacientes, a formação desses profissionais torna-se diferenciada, flexível e humanizada. Tendo como prioridade a promoção da saúde, a diversidade humana e a democratização do acesso aos recursos públicos de qualidade, esses profissionais tornam-se aptos a promover transformações na saúde pública, urgentes do ponto de vista social.

Coerentes com esses princípios e embasados em uma concepção de educação problematizadora, nós, do Programa de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, criamos, intencionalmente, situações de ensino-aprendizagem que possibilitam a apropriação de conteúdos e de vivência do SUS real, no município de Franco da Rocha. Ao mesmo tempo, as atividades realizadas se constituem em um processo de formação dos trabalhadores da atenção e da gestão do município.

Ressaltamos que, tendo como ponto de partida o diagnóstico de saúde municipal, são os gestores que elegem seus problemas prioritários numa relação dialógica com alunos e professores do Instituto de Saúde.

Precisamos nos reinventar se quisermos viver em um mundo com equidade e justiça social. E que mundo novo seria esse que ensinamos? Nas palavras do educador Paulo Freire: “É preciso ter esperança. Mas tem que ser esperança do verbo esperar. Porque tem gente que tem esperança do verbo esperar. Esperança do verbo esperar não é esperança, é espera. ‘Ah, eu espero que melhore, que funcione, que resolva’. Já esperar é ir atrás, é se juntar, é não desistir. É ser capaz de recusar aquilo que apodrece a nossa capacidade de integridade e a nossa fé ativa nas obras. Esperançar é a capacidade de olhar e reagir àquilo que parece não ter saída.

Por isso, é muito diferente de esperar; temos mesmo é que esperançar! As práticas do Instituto de Saúde expressam a essência do esperançar. Esperançar um mundo justo, com saúde e equidade para os brasileiros, trabalhando cotidianamente por um mundo melhor, por meio da saúde pública.

A intenção deste livro é a socialização das aprendizagens durante a trajetória da parceria entre o Instituto de Saúde e Franco da Rocha.

Apresentação

Maria Izabel Sanches Costa^I, Fabiana Santos Lucena^{II},
Sonia Isoyama Venancio^{III}, Maritsa Carla de Bortoli^{IV}

Este é um livro que documenta uma trajetória de parceria entre o Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e o município de Franco da Rocha no período de 2014 a 2020. Essa foi uma parceria com grande importância para a instituição, já que possibilitou o encontro de diferentes finalidades e objetivos institucionais, entre eles: a formação de profissionais de saúde; o desenvolvimento de pesquisa em Saúde Coletiva; a assessoria para um dos diversos níveis de gestão do Sistema Único de Saúde.

O Instituto de Saúde conta com um Curso de Especialização em Saúde Coletiva, e foi a partir de um módulo desse curso, denominado Núcleo Específico Prático, que se construiu nessa parceria a possibilidade de inserção dos estudantes em um município, para a aproximação da realidade do SUS.

Consideramos três pontos cruciais para a formação desses futuros trabalhadores, especialistas em Saúde Coletiva. O primeiro refere-se à importância da compreensão da constituição do campo da Saúde Coletiva, nascido a partir de um movimento de transformação social e luta pelo direito à saúde, a qual é entendida de forma ampliada pautada na determinação social do processo saúde-doença. O segundo refere-se à importância do uso de evidências científicas para a orientação das Políticas Públicas em Saúde. E o terceiro refere-se a necessidade de criar espaços para que os estudantes conheçam a realidade do SUS, bem como os desafios para a sua

-
- I Maria Izabel Sanches Costa (izabel.costa@isaude.sp.gov.br), cientista social, doutora em Saúde Pública, técnica em Planejamento e Gestão – SES/SP.
- II Fabiana Santos Lucena (fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br), enfermeira, mestre em Cuidados em Saúde pela EEUSP, pesquisadora científica I do Instituto de Saúde – SES/SP.
- III Sonia Isoyama Venancio (soniav@isaude.sp.gov.br) é pediatra, doutora em Saúde Pública, pesquisadora científica VI do Instituto de Saúde – SES/SP.
- IV Maritsa Carla de Bortoli (maritsa@isaude.sp.gov.br) é nutricionista, doutora em Ciências de Alimentos pela Universidade de São Paulo, pesquisadora científica e diretora técnica de saúde II do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS/SP, do Instituto de Saúde (SES-SP).

consolidação. Apostamos que uma formação onde exista uma articulação dos três pontos acima descritos, possibilite a construção de habilidades para que esses estudantes se tornem trabalhadores e/ou gestores comprometidos com o SUS, e que possam exercer uma prática baseada no uso de evidências científicas, com um olhar crítico e inovador.

Para melhor compreender os pressupostos teóricos e institucionais, e a trajetória percorrida durante os anos de parceria, o livro foi dividido em três partes.

A primeira apresenta as bases da construção da parceria com o município de Franco da Rocha e está subdividida em cinco capítulos. O primeiro discute a formação dos profissionais da saúde frente às dissonâncias com o SUS e os princípios da saúde coletiva. O segundo apresenta o Programa de Especialização em Saúde Coletiva frente às suas interfaces entre a formação, pesquisa e assessoria no Instituto de Saúde. O terceiro descreve o processo de trabalho desenvolvido na parceria entre o Instituto de Saúde e o município de Franco da Rocha com base nas atividades desenvolvidas nos eixos de trabalho. O quarto apresenta um panorama do município de Franco da Rocha em relação às suas características sociodemográficas, rede assistencial e alguns indicadores de saúde. O quinto analisa a estrutura, financiamento e organização do cuidado da Atenção Básica do município de Franco da Rocha.

A segunda parte, subdividida em seis capítulos, detalha os processos de trabalho e os produtos elaborados em cada um dos eixos. O primeiro capítulo apresenta o trabalho desenvolvido pelo eixo da Assistência Farmacêutica de 2017 a 2020. O segundo, discute o trabalho do eixo saúde da mulher com foco na implementação da Linha de Cuidado à saúde sexual e reprodutiva das mulheres de Franco da Rocha e as repercussões da pandemia. O terceiro discute o trabalho do eixo de saúde da criança, as potencialidades e desafios para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. O quarto apresenta o eixo da saúde do adolescente e analisa o panorama, os desafios e as respostas da promoção de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. O quinto refere-se ao eixo da atenção integral à saúde do idoso iniciado em 2017. O sexto apresenta a trajetória do trabalho desenvolvido pelo eixo de saúde mental de 2014 a 2020.

A terceira parte, constituída por quatro capítulos, apresenta o olhar dos participantes sobre o trabalho desenvolvido durante a parceria. O primeiro refere-se à visão da gestão municipal de Franco da Rocha, representada pela Secretária de Saúde Lorena Rodrigues de Oliveira. O segundo apresenta a visão do Instituto de Saúde a partir do relato da Diretora Luiza Sterman Heimann. O terceiro expõe a visão dos alunos a partir dos relatos de ex-egressos do Curso de Especialização e Aprimoramento Profissional. Por fim, o quarto capítulo refere-se à visão dos profissionais da saúde de Franco da Rocha.

Consideramos que documentar e relatar essa experiência de parceria contribui com as reflexões sobre formação profissional, com a produção de conhecimentos em Saúde Coletiva e com a compreensão dos desafios de consolidação do SUS.

Desejamos uma boa leitura!

Formação de profissionais para o SUS no campo da Saúde Coletiva

Fabiana Santos Lucena^I, Mariana Tarricone Garcia^{II}, Maria Izabel Sanches Costa^{III}

1. Introdução

A Constituição Brasileira de 1988¹ reconhece a saúde como um direito universal e dever do Estado.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Art. 196)

A partir da Constituição, a década de 1990 é marcada pela institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), com base nas leis que regulamentam o seu funcionamento².

A origem do SUS não se deu de forma natural, por meio do Estado ou governo, mas foi uma conquista da sociedade civil, a partir de movimentos sociais, nesse caso protagonizados pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que combateu a ditadura e o autoritarismo da ditadura militar, defendendo a democratização da saúde³.

I Fabiana Santos Lucena (fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br), enfermeira, mestre em Cuidados em Saúde pela EEUSP, pesquisadora científica I do Instituto de Saúde – SES/SP.

II Mariana Tarricone Garcia (mariana.garcia@isaude.sp.gov.br), nutricionista, doutora em Saúde Pública, pesquisadora científica I do Instituto de Saúde – SES/SP.

III Maria Izabel Sanches Costa (izabel.costa@isaude.sp.gov.br), cientista social, doutora em Saúde Pública, técnica em Planejamento e Gestão – SES/SP.

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) se constituiu na década de 1970 a partir da crise do sistema previdenciário desse período que tornou urgente as discussões sobre as condições de saúde da população e do sistema de saúde brasileiro. O Movimento da Reforma Sanitária foi um processo social e político que propôs mudanças sociais e transformação da situação sanitária no Brasil, passando pela democratização da sociedade, do Estado, dos seus aparelhos, burocracias e práticas, o que permitiria a reorganização da saúde⁴.

Esse movimento teve início a partir da indignação com as precárias condições de saúde da população, da mercantilização do setor saúde e da necessidade de enfrentamento político. Envolveu movimentos sociais, estudantes, profissionais de saúde, docentes, pesquisadores, sindicatos de trabalhadores, associações de moradores, entre outros⁴.

Nesse mesmo contexto, originou-se a discussão sobre a Saúde Coletiva, termo adotado no Brasil e que, apesar de outros países não terem adotado a mesma expressão, faz parte de um movimento mais amplo, ocorrido na América Latina⁵.

As origens da Saúde Coletiva também estão situadas no final da década de 1970, momento em que o Brasil estava vivenciando um contexto de ditadura militar e nasceu vinculada à luta por democracia e ao Movimento da Reforma Sanitária. Um marco importante no surgimento do termo Saúde Coletiva no Brasil foi a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)⁵.

A Saúde Coletiva constituiu-se como um campo de saberes críticos ao campo da Saúde Pública. A concepção de sujeito da Saúde Pública tem origem no projeto da higiene do início do século XX, pressupondo uma relação de igualdade na sociedade. A partir dessa concepção, as ações são desenvolvidas para o conjunto da sociedade de forma também igualitária, como é o caso das campanhas de vacinação ou de exames realizados para toda a população. O campo da Saúde Coletiva se contrapõe a essa abordagem na medida em que compreende que as condições de saúde da população são desiguais em virtude das diferenças de classe⁶.

Quando olhamos para o início do século XX, é possível perceber o impacto das desigualdades na condição de saúde da classe operária, diminuindo também sua capacidade produtiva. Essa associação entre po-

breza e doença foi colocada pela medicina preventiva a partir da chamada espiral da saúde. A partir dessa concepção acreditava-se que um progresso econômico elevaria os salários, reduzindo a pobreza e melhorando as condições de saúde. Porém, o aprofundamento das desigualdades sociais no capitalismo ascendente fez com que esse modelo explicativo se mostrasse insuficiente para explicar as raízes do processo saúde-doença⁶.

Dada uma visão de insuficiência explicativa do processo saúde-doença, o marco conceitual da Saúde Coletiva foi se constituindo a partir da década de 1970, mediante uma produção científica articulada às práticas sociais e partindo de críticas aos diferentes projetos de reforma em saúde de países capitalistas⁷. É a partir do referencial teórico proposto pela Saúde Coletiva que o processo saúde-doença passa a ser analisado através das contradições sociais como base dos problemas de saúde e a partir de sua distribuição desigual entre a população. Ou seja, para analisar os problemas de saúde é necessário compreender a dinâmica social, quais as classes sociais atingidas por determinadas doenças e sua relação com a inserção no trabalho⁶.

"Enquanto campo de conhecimento, a Saúde Coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los⁷."

No Brasil, temos autores importantes que contribuíram para a constituição do campo da Saúde Coletiva, como Sérgio Arouca, Maria Cecília Ferro Donnangelo e Ricardo Bruno Mendes Gonçalves.

Podemos destacar como obra desses autores a tese de doutorado de Sérgio Arouca com o título "O dilema preventivista: contribuições para a compreensão e crítica da medicina preventiva", de 1976; o texto "Saúde e Sociedade" de Donnangelo, de 1979; e a tese de doutorado de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, de 1986, onde estudou "as características tec-

nológicas do processo de trabalho em saúde e localizando o objeto de intervenção da saúde pública na rede básica – o doente pobre”⁶.

Discutir o campo de saber da Saúde Coletiva é de grande importância na formação de trabalhadores, já que é a partir da compreensão acerca de seu objeto de trabalho, nesse caso o processo saúde-doença e os perfis epidemiológicos, que se desenvolverá a sua prática enquanto profissional de saúde.

Uma forma de compreender o processo saúde-doença na enfermagem em Saúde Coletiva foi proposta pelas autoras Queiroz e Salum⁸. As autoras se inspiraram em estudos latino-americanos de Breilh e Laurell e elaboraram propostas para compreensão do processo saúde-doença a partir de perfis epidemiológicos. Há diferentes perfis epidemiológicos porque há também diversos grupos sociais, os quais se inserem na sociedade a partir de trabalhos distintos e que, portanto, têm formas de viver também distintas. Nessa concepção, é a partir da inserção na divisão social do trabalho que determinará o seu pertencimento de classe, o seu modo de vida e o seu processo saúde-doença. Ou seja, a sua inserção no trabalho moldará suas relações profissionais, seus laços de amizade, sua remuneração, suas possibilidades de acesso à moradia, sua formação cultural, o que pode ou não consumir, seus valores, suas preferências alimentares, seu lazer, entre outros. As classes sociais privilegiadas possuem não só melhores condições de trabalho, como também melhores condições de moradia, alimentação, acesso a serviços de melhor qualidade, ao contrário das classes menos favorecidas. A partir do apresentado, não é difícil supor que serão distintos também os perfis de adoecimento desses grupos⁶.

Não poderíamos deixar de discutir aqui as diferenças no processo saúde-doença entre a população com base na categoria raça/cor. Primeiro, cabe destacar a escassa literatura no campo de pesquisa. Além disso, esse deve ser um campo de formulação e ação que se justifica pela participação expressiva da população negra entre a sociedade brasileira, por terem os piores indicadores sociais e de saúde, além serem maioria entre os usuários do SUS⁹.

O racismo é central na produção de iniquidades em saúde e é preciso o compreender em sua dimensão ideológica. Ele é um dispositivo de poder e um sistema complexo, organizado a partir de estruturas, políticas

e normas que definem, com base na cor da pele, as oportunidades e valores para determinadas pessoas ou populações⁹.

Em 2005, a Comissão de Determinantes Sociais da Organização Mundial de Saúde incluiu racismo entre os “fatores estruturais produtores de hierarquização social associada a vulnerabilidades em saúde”⁹. Também apontou a importância de enfrentar as iniquidades e criar programas direcionados a populações vulneráveis, a fim de reduzir as disparidades entre os grupos, o que traz a necessidade de produzir informações de saúde a partir do recorte racial. Entretanto, as decisões políticas e de gestão do SUS ainda levam pouco em consideração essas disparidades⁹.

A compreensão da constituição do campo Saúde Coletiva é de grande importância para a formação do profissional de saúde. A concepção que se tem do processo de adoecimento modela as práticas em saúde. A partir de uma concepção de saúde pautada na determinação social do processo saúde-doença e do entendimento do SUS como conquista social, faz-se possível transcender a lógica de cuidado centrada no indivíduo e nas doenças já instaladas. É necessário que o profissional de saúde compreenda o território, o contexto social em que o indivíduo está inserido e que os problemas de saúde não podem ser dissociados da cor de pele de quem os vivência.

A graduação dos profissionais da saúde

Historicamente, a formação dos profissionais da saúde esteve pautada no modelo positivista biomédico, baseada no modelo flexneriano^{IV} e fragmentada por áreas e temas^{10, 11}. Há muitos estudos que demonstram que esse modelo promove uma defasagem entre o ensino e a realidade,

IV Abraham Flexner publicou um relatório sobre a situação das escolas médicas americanas e canadenses em 1910. O documento produziu uma matriz disciplinar e pedagógica que veio a se chamar de Modelo Flexneriano, que ainda vigora em muitas escolas da área da saúde. As principais propostas foram: introdução do ensino laboratorial; expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; vinculação das escolas médicas às universidades; ênfase na pesquisa biológica; vinculação da pesquisa ao ensino; estímulo à especialização médica; controle do exercício profissional pela profissão organizada. A atual crítica a esse modelo tem como base a sua “perspectiva exclusivamente biologicista de doença, com negação da determinação social da saúde; formação laboratorial no Ciclo Básico; formação clínica em hospitais; estímulo à disciplinaridade, numa abordagem reducionista do conhecimento”¹⁴ (Almeida Filho, 2010).

dificulta a compreensão dos determinantes sociais, bem como o desenvolvimento de ações sobre os condicionantes do processo saúde-doença¹¹. A própria fragmentação do conhecimento, dessa maneira, cria barreiras para o alcance da integralidade da saúde proposta pelo SUS¹¹⁻¹³. O distanciamento entre a formação e os princípios do SUS promove uma desconexão dos profissionais à política, sendo um dos obstáculos para sua efetivação.

É nesse sentido que Campos et al. (2018)¹¹ apontam que a “sustentabilidade do SUS depende tanto da formação de um novo profissional de saúde, quanto de uma política e de uma gestão de pessoal que contemple diversidades funcionais das várias profissões e especialidades e, também, a diversidade sanitária e de contexto das várias regiões brasileiras.” O trabalho em saúde, segundo os autores, não pode funcionar em linhas mecanizadas de produção. Exige-se do trabalhador e das equipes multiprofissionais que operem não só ancorados em normas e protocolos, mas também que considerem as variações de procedimentos e condutas conforme o caso e o contexto.

É consonante a essa afirmação que a literatura sobre a formação dos profissionais de saúde aponta a necessidade de uma educação que valorize o social, o reconhecimento e a importância do trabalho em equipe para o atendimento da demanda da comunidade. É, portanto, recorrente a crítica da valorização da dimensão técnica e especializada na formação desses profissionais, que promove a fragmentação do processo de cuidado¹⁵.

A fragmentação do processo de trabalho pode ser observada na separação entre o pensar e o fazer, na fragmentação conceitual do cuidado, na presença cada vez maior de profissionais especializados que proporcionam apenas o cuidado individualizado, a fragmentação técnica e as rígidas relações de hierarquia e subordinação das equipes de saúde, promovendo uma divisão social do trabalho entre as diferentes categorias profissionais¹⁶.

Campos et al. (2012)¹¹ identificam quatro causas para o distanciamento do ensino em saúde da realidade dos serviços. A primeira se refere à distância entre as três esferas: realidade de saúde, serviço de saúde e escolas de saúde. As demandas e respostas produzidas são baseadas na imagem

que uma instituição tem da outra, que muitas vezes são irreais. Isso contribui para que muitos problemas de saúde relevantes sejam pouco valorizados nas escolas, enquanto outros, mais raros, são supervalorizados.

A segunda se refere a heterogeneidade também presente nas três esferas – realidade, serviço e ensino. Há muita variação das necessidades de saúde no país, segundo as regiões e comunidades que compõem cada região. Isso reforça a importância da formação dos profissionais com base nos indicadores de saúde, bem como a discussão dessa heterogeneidade com base nos determinantes sociais do processo saúde-doença, na saúde da população negra, indígena, em situação de rua etc. As esferas do serviço e do ensino podem ser instituições de natureza pública ou privada e isso determina o público que será atendido por elas, a sua forma de administração e a consonância ou dissonância com as necessidades de saúde.

A terceira está relacionada à constituição do corpo docente dos cursos da área da saúde. Muitos professores são especialistas em determinadas áreas, desenvolvem pesquisas biológicas e possuem pouca experiência no sistema público de saúde. Ademais, muitos atuam exclusivamente em consultórios privados, se distanciando ainda mais da realidade do SUS e reproduzindo isso nas salas de aula.

Por fim, a quarta se refere à manutenção do paradigma médico-centrado. Segundo Campos et al¹¹ (2012), essa é uma das consequências do ensino flexneriano, que coloca o profissional médico e a própria ciência médica no lugar de destaque do cuidado em saúde. As consequências disso são a baixa valorização dos demais profissionais da saúde e um foco maior no cuidado curativo e não preventivo.

Dessa forma, a capacidade de muitos cursos de saúde responderem às necessidades do SUS é muito pequena, tendo em vista que os profissionais formados não estão preparados para as reais necessidades de saúde do sistema¹¹. Conclui-se, portanto, que a falta de consonância entre as esferas da realidade em saúde, do serviço e de ensino promove uma fragilidade no avanço do SUS e evidencia que "a formação de profissionais de saúde é um processo de essencial importância no desenvolvimento e na manutenção de um sistema público de saúde"¹¹.

O campo da formação dos profissionais de saúde comumente aponta três caminhos para a superação do distanciamento entre o SUS e

seus profissionais. Os três, de alguma maneira, estão vinculados aos princípios da Saúde Coletiva. O primeiro se refere à adequação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de saúde, de forma a incorporar disciplinas do campo das ciências sociais e humanas em saúde e superar o modelo biomédico, tecnicista e fragmentado. Ademais, segundo Maranhão¹⁷ (2003), a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país e a atenção integral à saúde.

O segundo visa a aproximação do ensino ao serviço. É importante que os cursos dialoguem com a comunidade da qual faz parte, de forma a compreender a sua necessidade de saúde e conseguir responder a elas¹¹. É necessário promover a integração entre os alunos, os docentes e a comunidade. Outro ponto é a importante valorização e ampliação da prática dos estudantes na Atenção Básica, visto que há uma supervalorização do espaço hospitalar no ensino que reflete na centralização da parte prática nos hospitais-escolas. Ademais, há um grande foco da clínica na formação desses profissionais, sendo quase nulo o espaço para disciplinas de políticas públicas e gestão dos serviços.

Por fim, o terceiro caminho é o da promoção da interdisciplinaridade por meio da valorização da prática do trabalho em equipe interprofissional. Entende-se aqui o trabalho em equipe conforme proposto por Peduzzi et al. (2018)¹⁸, compreendendo que ele se constitui como componente estratégico que possibilita o enfrentamento da crescente complexidade das necessidades de saúde da população e da organização da rede de serviços de saúde. Podemos destacar como características do trabalho em equipe: “comunicação interprofissional, objetivos comuns, reconhecimento do trabalho dos demais componentes da equipe, interdependência das ações, colaboração interprofissional e atenção centrada no usuário”¹⁸. Tal prática proporcionaria a troca de conhecimentos e ampliaria a visão dos profissionais, com o intento de construir ações coletivas que tivessem impacto na resolução de problemas na comunidade. Já a interdisciplinaridade é concebida na “perspectiva de superação do modelo ‘disciplinar’ dos saberes (paradigma cartesiano), até a comunicação de práticas educativas no âmbito da formação do nível superior, cuja orientação se realiza pela interação de saberes e atores sociais”¹⁵.

Breve história das ações para o alinhamento da formação do SUS

A revisão da história da constituição do campo da saúde no Brasil nos permite aferir que a discussão sobre a formação dos profissionais de saúde ganhou maior força na década de 1970^{10, 19}. Esse processo tem relação com a constituição do campo da Saúde Coletiva e do Movimento da Reforma Sanitária, que encontrou um terreno fértil para a elaboração de propostas nos seminários organizados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Tal como afirma Nunes¹⁰ (1996), nesse momento, percebia-se a necessidade de problematizar a formação de recursos humanos dentro das discussões de novas concepções e categorias de saúde. Emergia, assim, um campo que criticava a concepção estática dos problemas de saúde, buscando entender os determinantes estruturais das produções e distribuições das doenças, bem como as relações entre ações de saúde e a formação socioeconômica. Necessitava-se, portanto, romper com o modelo de ensino de ações individuais na clínica.

Na ocasião, o programa de Integração Docente-Assistencial (IDA) surgiu como resultado de uma parceria entre a OPAS e o Ministério da Saúde. Foi uma estratégia de aproximação entre as instituições de educação, serviços de saúde e comunidade. Impulsionou o desenvolvimento de projetos em muitas instituições acadêmicas^{20, 21} por meio da aplicação de metodologias de ensino-aprendizagem apoiadas na vivência dos alunos na realidade concreta dos serviços. Tais experiências foram centrais para a expansão da noção de atenção integral à saúde e da conexão entre formação e trabalho.

Após a promulgação do SUS, a formação dos profissionais tornou-se ainda mais objeto de reflexões, tendo em vista a necessidade de se ter recursos humanos capacitados e alinhados às necessidades da política de saúde¹³. Nesse contexto, emergiram reivindicações de propostas de ensino-serviço que extrapolassem a aprendizagem nos hospitais como lugar único do cuidado, de forma a romper a centralidade do cuidado individual e da queixa-conduta. Surgiram propostas que valorizavam a aprendizagem nas unidades básicas de saúde em busca da implementação da

integralidade do cuidado, bem como incorporação de mais conteúdos das ciências sociais e humanas nas grades curriculares²².

Já nos anos 1990, no contexto pós-ditadura, surgiu o projeto *Uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade* (UNI), como uma continuidade do IDA, que adotou uma abordagem de saúde comunitária participativa, tendo como ideário a sua democratização¹². O UNI, financiado pela Fundação W. K. Kellogg, era composto por 20 projetos na América Latina, sendo seis implementados no Brasil. Propunha transformações no paradigma do modelo flexneriano de formação dos profissionais da saúde, de forma a proporcionar-lhes um processo de ensino/aprendizagem multidisciplinar, multiprofissional e voltado para as necessidades dessas comunidades²³.

No início dos anos 2000, objetivando contribuir para a consolidação do SUS, o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS) instituíram as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para catorze profissões da saúde, de forma a oferecer uma formação que possibilitasse a qualificação do cuidado e da assistência à saúde, contemplando os princípios do SUS.

Em 2004, iniciou-se o AprenderSUS, uma política voltada para o diálogo com os cursos de graduação da área da saúde, que contou com a "Articulação Nacional dos Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde", a participação do Fórum das Associações de Ensino das Profissões de Saúde e da Comissão de Representantes do Movimento Estudantil da Área da Saúde. Dentre muitas pautas, cabe aqui destacar duas: a DCN e o VER-SUS. Com relação à primeira, a implementação das DCN objetivou a orientação dos cursos para a inclusão da temática da integralidade da saúde e o incentivo para pesquisas sobre ensino da integralidade na área da saúde^{22, 24}. Já o VER-SUS, também conhecido como Estágios e Vivências na Realidade do Sistema Único de Saúde, teve como objetivo aproximar os universitários de várias áreas do conhecimento da saúde do cotidiano do SUS. Os estudantes, acompanhados de facilitadores, por meio de um estágio, vivenciavam a realidade dos serviços e interagiam com profissionais, gestores e usuários, visando conhecer diferentes iniciativas e realidades²⁵. Tais imersões ocorriam nos recessos escolares e tinham a duração de sete a quinze dias.

Em 2005, com o apoio da OPAS-Brasil, surge o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). O Pró-Saúde visa promover transformações nos processos de geração de conhecimento, ensino e aprendizado e de prestação de serviços à população para reorientar a formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença, com ênfase na Atenção Básica²⁶. O programa é voltado para a formação dos médicos, enfermeiros e odontologistas. Tal como os programas anteriores, o ponto considerado prioritário é a integração ensino-serviço.

Esta revisão histórica nos permitiu identificar que a preocupação com a formação dos profissionais da saúde é anterior ao SUS. Entretanto, após a sua promulgação e frente aos seus princípios, a necessidade de alinhamento se torna ainda mais evidente para que seja possível a sua implementação. Aqui foram identificadas muitas ações desenvolvidas em busca da aproximação entre o ensino, necessidade de saúde e serviços.

A pós-graduação *lato sensu* dos profissionais da saúde

Os cursos de formação profissional na área da Saúde Pública existem há quase 100 anos no Brasil. O primeiro curso de pós-graduação em Saúde Pública se iniciou em 1925, com o curso de Higiene e Saúde Pública no Instituto de Higiene de São Paulo (atual Faculdade de Saúde Pública da USP), voltado apenas para médicos e com caráter de especialização²⁷. Entretanto, foi apenas em 1961, com a Lei no 4.024, a Lei de Diretrizes e Bases (LDB), que foi feita a diferenciação do acesso para os cursos de graduação, pós-graduação, especialização, aperfeiçoamento e extensão. Quatro anos depois, o Parecer CES/CFE no 977/65 definiu os dois níveis de cursos de pós-graduação: *stricto sensu* e *lato sensu*. No caso da pós-graduação *lato sensu*, ela surgiu com o objetivo de formar profissionais especializados em determinada área do conhecimento, com caráter estritamente prático^{27, 28}.

Em 1979, pelo Decreto Estadual 13.919, de 11/9/79, foi criado o Programa de Bolsas para Aprimoramento de Médicos e Outros Profissionais de Nível Superior que Atuam na Área da Saúde (PAP), definido como uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada ao treinamento para a prática profissional das várias categorias que integram os serviços de saúde²⁹. O crescimento do PAP foi resultado, entre outros, do desenvolvimento do sistema de saúde²⁹. O PAP foi uma iniciativa pioneira do estado de São Paulo e, à medida que o Movimento da Reforma Sanitária cresce e se estabelece com o SUS, o número de bolsas oferecidas aumenta significativamente, sendo os anos 1990 um marco nessa transformação³⁰. Por se tratar de uma modalidade de formação própria da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo (SES-SP), o PAP era reconhecido apenas pelo estado de São Paulo.

Ainda na década de 1990, o quadro de profissionais de saúde (não médicos, principalmente) atuando nos serviços públicos teve um grande crescimento em São Paulo, estimulado "pela adoção do princípio da atenção integral à saúde da população; pela transformação do papel do sistema de saúde; e pelo desenvolvimento tecnológico"²⁹. Isso retrata o esforço de se ter um enfoque multidisciplinar e multiprofissional e de se conceber programas de prevenção e de complementação à prática médico-curativa ou de assistência à saúde²⁹. Além disso, houve o aprimoramento das atividades de apoio terapêutico e de apoio ao diagnóstico, consequentes do aumento da demanda e/ou do desenvolvimento tecnológico e das atividades de vigilância à saúde²⁹.

Os cursos de pós-graduação *lato sensu* sempre tiveram importantes papéis educativos para a Saúde Coletiva, seja na formação de docentes para o ensino superior e pós-graduação, seja na qualificação profissional, disponibilizando especialistas para atender às necessidades da população, para a Reforma Sanitária brasileira e para o SUS³¹. A formação *lato sensu* possibilitou a formação de pessoal para os vários setores nos serviços de saúde, mesmo antes do surgimento do SUS, além de terem tido papel estratégico no começo da organização do sistema³¹.

Na década de 1990, a construção do SUS, a criação do Programa Saúde da Família (PSF) e o avanço da organização dos serviços de saúde no Brasil também trouxeram novos desafios para a capacitação dos profissionais de saúde pública que atuam nos diversos serviços de saúde do sistema³².

Concebido em 1994, o PSF transformou-se gradativamente na estratégia primordial para a mudança do modelo assistencial e expansão do acesso aos serviços de saúde no SUS, como um embrião de uma política nacional de Atenção Básica. Foram constituídas equipes de saúde da família, compostas por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários³³.

Anos depois, foi necessário organizar a base do SUS e o PSF foi reconhecido como estruturante do sistema. Assim, em 2006, foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que assumiu a Saúde da Família como estratégia e fortaleceu a mudança do modelo assistencial, estabelecendo a equipe multiprofissional com função de porta de entrada preferencial ao SUS e de coordenação da atenção na rede, visando a reorganização da Atenção Básica no Brasil³³. A Estratégia Saúde da Família (ESF) operava por meio de equipes de saúde da família (EqSF), que eram compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e pelo menos quatro agentes comunitários de saúde (ACS), além de profissionais de saúde bucal, atuando em áreas geográficas definidas e com populações adstritas³⁴. Na PNAB 2017, houve mudanças nas EqSF, sendo destacada a preferência por médicos da especialidade medicina de família e comunidade e por enfermeiros especialistas em saúde da família, o número mínimo de agentes comunitários de saúde passou a ser de um ACS por equipe e os profissionais de saúde bucal deixaram de ser obrigatórios³⁵.

Apesar de o SUS ser o maior empregador no setor saúde no Brasil, a formação dos profissionais ainda é mais voltada às demandas de mercado do que às necessidades do sistema e à integração ensino-serviço^{36,37}. Assim, diante da necessidade de recursos humanos aptos para atender às necessidades do SUS, a formação dos profissionais de saúde tornou-se tema de constantes discussões¹³.

Mais recentemente, dadas as relações que a Estratégia Saúde da Família proporciona entre os membros da equipe de saúde e entre eles e as famílias do território, as abordagens interdisciplinar e intersetorial e a compreensão ampliada do processo saúde-doença dos indivíduos são fundamentais³⁸. Nunes comenta que o campo da Saúde Coletiva é amplo e diverso e que existe uma demanda por formação de caráter multiprofis-

sional³⁹. O autor destaca que a Saúde Coletiva “se fundamenta na interdisciplinaridade como possibilitadora da construção de um conhecimento ampliado da saúde”³⁹. O trabalho em equipe e interdisciplinar tem sido o eixo na formação e qualificação dos profissionais. Ele possibilita a interação e a troca de conhecimentos para construir um novo aprendizado que tenha impacto na resolução de problemas da população, sempre pautado em princípios éticos e respeito nas relações entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços⁴⁰.

Voltadas às necessidades de qualificação profissional para o SUS, diversas iniciativas de formação *lato sensu* em Saúde Coletiva para profissionais de nível universitário surgiram¹¹. Um exemplo, lançado em 2009, é o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde¹¹. Já o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), lançado em 2011, oferece cursos de especialização em Saúde da Família pela modalidade de educação a distância para médicos, enfermeiros e dentistas, ministrados por instituições de ensino superior credenciadas na Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)¹¹.

É recomendável que os cursos e programas de capacitação e aperfeiçoamento em Saúde Coletiva contemplem as mudanças e tendências no contexto das práticas estabelecidas no dia a dia dos serviços de saúde³². Quando o processo de formação é articulado com o mundo do trabalho, a separação existente entre teoria e prática pode ser rompida e os profissionais de saúde são estimulados a desenvolver um olhar crítico-reflexivo que propicie uma mudança das práticas no sentido da resolubilidade e da melhor qualidade dos serviços dispensados à população⁴⁰. Além disso, os profissionais de saúde devem ser preparados para trabalhar em equipe multiprofissional e ter um perfil generalista e problematizador, para que seja garantida a integralidade da atenção¹³.

Para Scherer et al., (2016), diante da complexidade dos problemas de saúde e das ações necessárias para seu enfrentamento, é essencial que os processos pedagógicos trabalhem “competências de ordem política, organizacional e operacional em todos os níveis do sistema de saúde”⁴¹. Dessa forma, rompe-se com a visão que deprecia a APS e superestima as práticas de maior complexidade tecnológica, desenvolvidas nos níveis se-

cundário e terciário de atenção à saúde⁴¹. Assim, objetiva-se a formação de profissionais para integrar equipes com capacidade de:

"articular as diferentes políticas sociais e os recursos existentes, considerando a multiplicidade de fatores que incidem na qualidade de vida da população, sem perder de vista: a universalização e a democratização do acesso, a relação com os demais níveis de atenção, às condições de trabalho e a diversidade de atores implicados para operacionalizar o SUS⁴¹."

Da mesma forma que o caráter e natureza das instituições determinam a qualidade da formação nos cursos de graduação, como abordado mais acima neste capítulo, no caso da pós-graduação *lato sensu*, isso também é observado, sendo possível encontrar cursos com diferentes graus de comprometimento com a construção e fortalecimento do SUS e da Saúde Coletiva.

Considerações Finais

Este capítulo teve por objetivo discutir a formação dos profissionais da saúde diante das dissonâncias com o SUS e os princípios da Saúde Coletiva. A literatura demonstra que existem desigualdades na formação dos profissionais de saúde em relação às necessidades do SUS. Muitas foram as causas identificadas: a distância da realidade de saúde, serviço de saúde e escolas de saúde; a heterogeneidade também presente na realidade de saúde, serviço e ensino; um corpo docente pouco alinhado ao sistema de saúde e, por fim, a manutenção do paradigma médico-centrado.

Foi possível identificar muitas ações que buscaram alinhar a formação dos profissionais diante da complexidade e pluralidade da necessidade de saúde da população e os princípios do SUS. Entretanto, essa lacuna ainda persiste. Isso reforça a importância dos cursos e programas de capacitação e aperfeiçoamento em Saúde Coletiva que considerem as práticas estabelecidas no dia a dia dos serviços de saúde, articulando com

e necessidade de saúde da população, o mundo do trabalho e a teoria, bem como as práticas que estimulem os profissionais a desenvolver um olhar crítico-reflexivo.

Referências

1. Brasil, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 2016.
2. Brasil. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1.
3. Paim JS. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes *Physis* (Rio de Janeiro). 2008;18(4):625-644.
4. Paim JS. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia & Saúde*, 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI;1999. p. 473-487.
5. Osório A, Scraiber LB. O campo da saúde coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde Soc.* 2015;24(I):205-218.
6. Viana N, Soares CB, Campos CMS. Reprodução social e processo saúde-doença: para compreender o objeto da Saúde Coletiva. In: Soares CB, Campos CMS, organizadores. *Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem*. Barueri: Manole; 2013.
7. Paim JS, Filho NA. Saúde Coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*. 1998; 32(4): 299-316.
8. Queiroz VM, Salum MJL. Reconstruindo a intervenção de enfermagem em saúde coletiva. In: Livro-resumo do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 6-11 out 1996; São Paulo: Aben-Seção-SP; 1996. p.347.
9. Werneck J. Racismo Institucional e Saúde da população negra. *Saúde Soc.* 2016;25(3): 535-549.
10. Nunes ED. Saúde Coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação. *Ciênc. saúde coletiva* (Rio de Janeiro). 1996; 1, n. 1; 1996.

11. Campos FE, Aguiar RAT, Beisário SAA formação Superior dos Profissionais de Saúde. In: Giovanela L, Scorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AL, et al. organizadores. Política e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012.
12. Feuerwerker L. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. 1.ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2002.
13. Nascimento DDG, Oliveira MAC. A Política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional: saúde da família. Rev. Min. Enf. 2006; 10(4): 435-439
14. Almeida Filho N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. Cadernos de Saúde Pública. 2010; 26 (12): 2234-2249.
15. Seiffert OMLB. A formação do enfermeiro: uma aproximação à recente produção científica (2001-2005). Trabalho, Educação e Saúde. 2005; 3(2):331-350.
16. Gonzalez AD, Almeida MJ. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. Ciênc. saúde coletiva (Rio de Janeiro). 2010; 15(3): 757-762.
17. Maranhão EA. Construção coletiva das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Saúde: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde. In: Almeida MJ. Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área de saúde. Londrina: Rede Unida; 2003.
18. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAMD, Souza HSD. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e seus desdobramentos no trabalho interprofissional. Trab. Educ. Saúde. 2020; 18(1):e0024678.
19. Nunes ED. As Ciências Sociais em saúde no Brasil: um estudo sobre sua trajetória. In: Minayo MC. Sobre a Sociologia da Saúde. São Paulo: Hucitec; 1999. p.153- 170.
20. Feuerwerkwe LC, Almeida M.J. Integração ensino/serviço: a experiência da Rede Unida. In: Negri B, Faria R, Viana ALD, organizadores. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp; 2002. p.161-186.
21. Ellery AEL, Bosi MLM, Loiola FA. Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. Saúde e Sociedade. 2013;22 (17): 187-196.

22. Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS et. al., organizadores. Tratado de saúde coletiva. 2.ed. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 137-170.
23. Lins AM, Cecílio LCO. O Programa UNI no Brasil: uma avaliação da coerência no seu processo de formulação e implementação. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 1998;2(3): 87-106.
24. Teixeira M, Oliveira RG de, Arantes RF. Mudanças na política do trabalho e da educação em saúde no governo Lula. In: Machado CV, Baptista TWE, Lima LD. Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
25. Burille A, Matos IB, Filho CM, CCS, Silva, JS. Do VER-SUS: do que é, do que foi e do que ficou. Rev Electron Comum Inf Inov Saude. 2013;7(4):1-13.
26. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Educação Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília (DF); 2007.
27. Nunes ED, Ferreto LE, Barros NF. A pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: trajetória. Ciênc Saúde Coletiva. 2010; 15:1923-34.
28. Martins CBA. Capes e a formação do sistema nacional de pós-graduação. In: Ferreira MDM, Moreira RDL, organizadores. CAPES, 50 anos: depoimentos ao CPDOC/FGV. Brasília: CAPES; 2002.
29. Izumino E, Picciafuoco PRF, Shirabayashi M. O Programa de Aprimoramento Profissional: uma experiência estadual na formação de recursos humanos para o SUS. In: Escuder MML, Martins MCFN, Venâncio SI, Bogus CM. Aprimoramento em saúde coletiva: reflexões. São Paulo: Instituto de Saúde; 2000.
30. Camilo MVRF. Panorama e particularidades do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde. Serviço Social e Saúde. 2015; 12(1): 53-64.
31. Nunes TCM, Fagundes TLQ, Soares CLM. Os Cursos Lato Sensu na Formação em Saúde Coletiva: evolução histórica e desafios contemporâneos. In: Lima NT, Santana JP, Paiva CHA, organizadores. Saúde coletiva: A Abrasco em 35 anos de história. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ; 2015.

32. Maciel ELN, Figueiredo PF, Prado TN, Galavote HS, Ramos MC, Araújo MD, et al. Avaliação dos egressos do curso de especialização em Saúde da Família no Espírito Santo, Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2010. 15(4): 2021-8.
33. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB). *Cien Saude Colet*. 2018; 23(6): 1903-1914.
34. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cien Saude Colet*. 2016; 21(2): 327-338.
35. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 22 set 2017.
36. DalPoz MR. A crise da força de trabalho em saúde. *Cad Saude Publica* 2013; 29(10):1924-1926.
37. Dussault G, Dubois CA. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Hum Resour Health* 2003; 1(1): 1-16.
38. Nascimento DDG. A residência multiprofissional em saúde da família como estratégia de formação de força de trabalho para o SUS [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
39. Nunes ED. Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. *Physis*. 2005; 15(1): 13-38.
40. Chirelli MQ, Mishima SM. A formação do enfermeiro crítico-reflexivo no curso de enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2003;11(5):574-84.
41. Scherer MDA, Oliveira CI, Carvalho WMES, Costa MP. Cursos de especialização em Saúde da Família: o que muda no trabalho com a formação? *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(58): 691-702.

Programa de Especialização em Saúde Coletiva: interfaces entre a formação, pesquisa e assessoria no Instituto de Saúde

Sonia Isoyama Venancio^I

Conhecendo o Instituto de Saúde

O Instituto de Saúde (IS) é um órgão vinculado à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Sua missão consiste em realizar pesquisa científica e tecnológica, assessoria e formação no campo da Saúde Coletiva, de forma articulada às diferentes instâncias de gestão, visando à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a melhoria da qualidade de vida da população.

Pauta-se em valores éticos como a defesa da saúde como direito e como bem público; a excelência na produção do conhecimento científico; a democratização do conhecimento científico; o respeito à autonomia na produção e incorporação do conhecimento e na relação com os sujeitos de pesquisa; o respeito à diversidade do ser humano e a transparência em todas as suas ações.

Criado por ocasião da Reforma Administrativa da SES-SP, pelo Decreto nº 52.182, de 16 de julho de 1969, o IS foi reestruturado a partir do Decreto nº 55.004, de 9 de novembro de 2009, após amplo debate sobre qual seria o seu papel frente os desafios enfrentados pela SES-SP na atualidade.

^I Sonia Isoyama Venancio (soniav@isaude.sp.gov.br) é pediatra, doutora em Saúde Pública, pesquisadora científica VI do Instituto de Saúde - SES/SP.

Esse Decreto definiu então as seguintes finalidades institucionais¹:

I – Contribuir para a formulação, implementação e avaliação da política estadual de ciência, tecnologia e inovação em saúde;

II – Estimular, promover e gerenciar estudos de Avaliação de Tecnologia de Saúde, em uso e novas, para o Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de São Paulo;

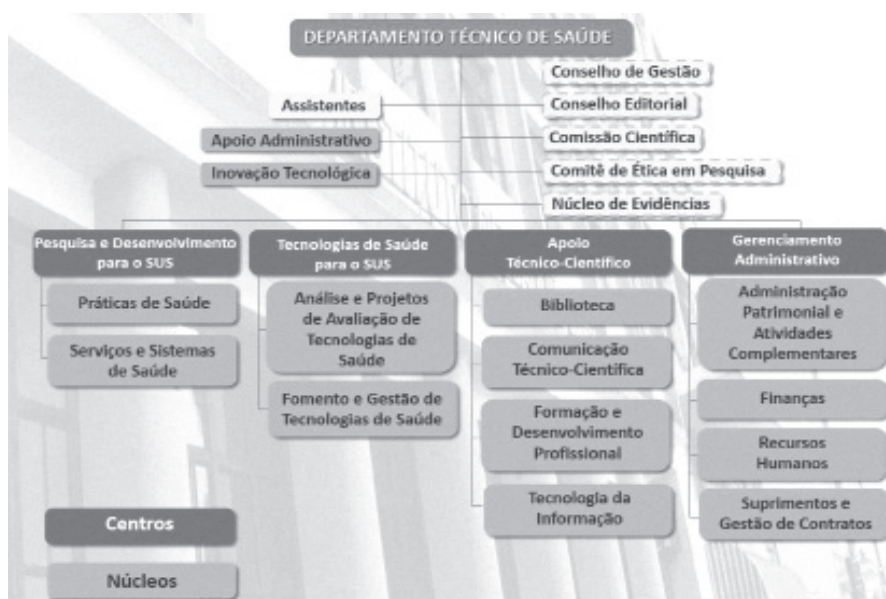
III – Estimular e desenvolver pesquisas científicas e tecnológicas em Saúde Coletiva;

IV – Realizar ações de difusão do conhecimento científico-tecnológico e de avaliação de tecnologias para subsidiar a tomada de decisão em políticas, programas, práticas assistenciais e gerenciais em saúde para a população; e

V – Contribuir na formação dos trabalhadores da saúde e de outros agentes, bem como promover o estabelecimento de cooperação técnica, para efetivação do SUS/SP.

Para alcançar os objetivos propostos, a instituição passou a funcionar sob uma nova estrutura organizacional composta por quatro Centros, descritos a seguir (Figura 1).

Figura 1. Estrutura organizacional do Instituto de Saúde



1 - Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS/SP (CPD/SUS)

- Por meio do Núcleo de Práticas de Saúde, o CPD/SUS desenvolve pesquisas sobre os diferentes modelos de atenção, estratégias e programas, formas de organização, processos de trabalho e acesso aos serviços de saúde.
- Por meio do Núcleo de Serviços e Sistemas de Saúde, o CPD/SUS realiza investigação sobre as políticas públicas de saúde, as funções sistêmicas de provisão, regulação e financiamento sobre os diferentes modelos de gestão dos serviços e do sistema de saúde.

2 - Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS/SP (CTS/SUS)

- Por meio do Núcleo de Análise e Projetos de Avaliação de Tecnologias de Saúde, o CTS/SUS elabora pareceres com informação necessária para apoiar a tomada de decisão sobre introdução, difusão e utilização das tecnologias no SUS.
- O Núcleo de Fomento e Gestão de Tecnologias de Saúde apoia a SES-SP na definição de prioridades de pesquisa, elaboração de editais em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), seleção e acompanhamento de projetos desenvolvidos no âmbito do Programa de Pesquisa para o SUS-SP (PPSUS-SP), visando à incorporação dos resultados das pesquisas.

3 - Centro de Apoio Técnico-Científico (CATC)

- Por meio da Biblioteca, o CATC presta os seguintes serviços: acesso às bases de dados especializadas; orientação e suporte em pesquisas bibliográficas; levantamento e normalização bibliográfica; empréstimos entre bibliotecas; divulgação da produção editorial do IS, além de ser um centro cooperante da BVS-RIC (Biblioteca Virtual em Saúde – Rede de Informação e Conhecimento da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo).
- O Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI) presta suporte e manutenção ao parque de equipamentos da instituição. Desenvolve aplicativos, administra e gerencia o banco de dados e quatro servidores de rede/intragov.

- O Núcleo de Formação e Desenvolvimento Profissional é responsável pela coordenação/apoio pedagógico aos programas de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Especialização em Saúde Coletiva, Programa CurSUS (de aperfeiçoamento profissional) e Programa de Estágios.
- O Núcleo de Comunicação Técnico-Científica é responsável pela divulgação da produção técnico-científica do IS, por meio do Boletim do Instituto de Saúde (BIS), da série de livros Temas em Saúde Coletiva e outros meios eletrônicos como o site www.isaude.sp.gov.br e redes sociais (Twitter, Instagram e Facebook). O BIS é uma revista com periodicidade semestral indexada na BVS-RIC, na Rede BiblioSUS, do Ministério da Saúde e faz parte do Portal de Revistas Científicas da SES-SP na plataforma OJS (Open Journal Systems). Todos os números do BIS e livros da série Temas em Saúde Coletiva podem ser acessados no site do IS com a possibilidade de download gratuito.

4 - Centro de Gerenciamento Administrativo (CGA): composto pelos Núcleos de Recursos Humanos; Finanças; Administração Patrimonial e Atividades Complementares e Núcleo de Suprimentos e Gestão de Contratos. O CGA desenvolve as atividades gerenciais e apoio administrativo para o pleno funcionamento das atividades fins do IS.

O Instituto de Saúde possui ainda órgãos colegiados de caráter consultivo e deliberativo, a saber:

- Conselho de Gestão: formado por diretores de Centros e Núcleos que compõem a estrutura organizacional, tem caráter permanente e é a instância máxima de deliberação da instituição;
- Comissão Científica: tem função assessora da direção do IS, é formada pelos líderes dos grupos de pesquisa e diretoria do CPD/SUS. Suas principais atribuições são assessorar a direção quanto à política científica da instituição e avaliar e emitir pareceres sobre os projetos de pesquisa do IS;
- Comitê de Ética em Pesquisa (CEPIS): tem caráter multiprofissional e interdisciplinar, contando com dez membros efetivos e quatro suplentes, sendo nove membros pertencentes ao Instituto de Saúde e quatro membros externos à instituição, dois deles representantes de usuários.

- Conselho Editorial Executivo: é composto por pesquisadores de diferentes áreas do IS e é responsável por avaliar, aprovar e acompanhar a política editorial da instituição.

Mais recentemente, somou-se à estrutura organizacional dois Núcleos que possibilitam o desenvolvimento de projetos matriciais, com envolvimento de diversas áreas do IS.

O Núcleo de Inovação Tecnológica do IS (NIT-IS) foi criado por meio da Portaria IS nº 01 de março de 2014, que vem envidando esforços para promover a inovação e a incorporação de tecnologias que contribuam para o aperfeiçoamento da política de saúde no estado de São Paulo e para a garantia do acesso da população ao melhor nível possível de saúde. No bojo das discussões sobre inovação em saúde no estado de São Paulo, o Instituto de Saúde identificou, partindo de sua missão institucional e da natureza das atividades desenvolvidas, seu potencial para implementar e difundir inovações no campo social. Sabe-se que cumprir com os objetivos econômicos e os desafios sociais das próximas décadas exigirá cada vez mais melhorias nos serviços públicos e a inovação social é fundamental para esse processo.²

A inovação social a qual nos referimos, portanto, consiste no desenvolvimento de novas ideias para enfrentar problemas ou necessidades sociais, por meio de um produto, serviço, iniciativa, modelo organizacional ou abordagem para a prestação de serviços públicos³. Fortalecer a inovação social no âmbito do SUS pressupõe a identificação de necessidades ou problemas prioritários, estabelecimento de parcerias, desenvolvimento de metodologias, identificação de experiências locais e seu potencial inovador e definição de estratégias para sua implementação em larga escala.

Também foi instituído, por meio da Portaria IS nº 3, de junho de 2015, o Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde (NEv-IS), que integra a Rede para Políticas Informadas por Evidências do Ministério da Saúde e que, por sua vez, faz parte da iniciativa global *Evidence-Informed Policy Network* (EVIPNet), da Organização Mundial da Saúde. Com essa iniciativa, o Instituto de Saúde visa proporcionar o intercâmbio entre gestores, pesquisadores e representantes da sociedade civil, facilitando a formulação e implementação de políticas baseadas em evidências.

Os programas de formação do Instituto de Saúde

Daremos destaque, a seguir, às estratégias da instituição para alcançar o cumprimento de uma de suas missões, formar profissionais de saúde para o SUS. No tocante a esse papel, como já foi sinalizado, o Instituto tem atuado em diferentes modalidades de cursos:

1 - Mestrado Profissional em Saúde Coletiva

O Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, aprovado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) em 2011, tem como público-alvo trabalhadores da área da saúde que atuam nas diversas instâncias da gestão e da atenção à saúde do SUS-SP. As turmas são compostas por 15 alunos, aprovados em processos seletivos que são abertos a cada dois anos.

O Programa tem uma única área de concentração, Gestão e Práticas de Saúde e conta atualmente com três linhas de pesquisa: Sistemas e Serviços de Saúde, Práticas de Saúde e Aleitamento Materno, Alimentação e Nutrição. A Figura 2 apresenta as linhas de pesquisa e as temáticas trabalhadas.

Figura 2. Linhas de pesquisa e temas trabalhados no âmbito do Programa de Mestrado Profissional do Instituto de Saúde, 2021

Aleitamento Materno, Alimentação e Nutrição	Sistemas e Serviços de Saúde	Práticas em Saúde
Aleitamento Materno e Alimentação Complementar	Planejamento e Avaliação em Saúde	Atenção Primária em Saúde
Vigilância Alimentar e Nutricional	Regionalização de Sistemas de Saúde	Ciclos de vida
Segurança Alimentar e Nutricional	Comunicação em Saúde e Educação para o Desenvolvimento do SUS	Raça, Gênero, Etnia
	Avaliação de Tecnologias em Saúde e Políticas informadas por evidências	Saúde Mental
	Vigilância em Saúde	

O objetivo geral do Programa é formar profissionais com visão crítico-analítica das políticas públicas de saúde e para uma prática profissional transformadora por meio da produção e aplicação do conhecimento científico, visando à solução de problemas ou proposição de inovações para a qualificação dos processos de atenção e gestão do sistema de saúde.

São objetivos específicos do Programa:

- Contribuir com a formação de profissionais de saúde para a identificação e caracterização de problemas de saúde pública com abordagem interdisciplinar, com vistas a estabelecer prioridades e intervir sobre a situação de saúde de diferentes grupos populacionais;

- Contribuir com a formação dos profissionais de saúde no que se refere aos componentes de planejamento, organização e avaliação de sistemas de saúde para a tomada de decisões que visem à qualificação dos processos gerenciais nos diferentes níveis de gestão;

- Contribuir para a formação de profissionais no âmbito das práticas de atenção à saúde e processos de trabalho, nas dimensões da promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde de populações e de pessoas, visando à integralidade da produção do cuidado no contexto de implementação das políticas de saúde.

É importante ressaltar que os projetos desenvolvidos pelos alunos partem de um problema identificado nos serviços onde atuam e têm como objetivo produzir conhecimentos que possam ser aplicados para o enfrentamento desse problema. Portanto, as pesquisas têm caráter aplicativo, muitas vezes abordam a formulação, implementação e avaliação de intervenções em saúde e em geral utilizam abordagens participativas, permitindo o engajamento de colegas de trabalho e gestores, potencializando assim as chances de incorporação dos resultados alcançados.

2 - Programa de Estágios

O Instituto de Saúde, desde 2006, faz parte do Programa de Estágios da SES-SP, realizado em parceria com o Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde (CEFOP). O Programa foi gerenciado pela Fundap até 2016 e atualmente é desenvolvido em parceria com o Centro de Integração Empresa-Escola (CIEE).

O Programa permite aos estagiários a vivência em projetos de pesquisa no campo da Saúde Coletiva, que nem sempre é contemplado nos cursos de graduação, bem como a participação em atividades do Centro de Apoio Técnico. Desse modo, o IS contribui para a formação dos graduandos no que tange ao conhecimento do SUS, abrindo-lhes possibilidades de experiências relevantes na área de Saúde Coletiva.

3 - Cursos de atualização profissional (Programa CurSUS)

Por meio do Núcleo de Formação e Desenvolvimento Profissional, o Instituto de Saúde promove o Programa CurSUS (Cursos de Atualização para os Trabalhadores do Sistema Único de Saúde – SUS), cujo objetivo é atualizar os conhecimentos dos profissionais da área da saúde a partir dos trabalhos desenvolvidos por pesquisadores do Instituto. A iniciativa faz parte do conjunto de ações desenvolvidas pela instituição para promover e fortalecer a formação de trabalhadores para o SUS, de modo a capacitar, incentivar e orientar indivíduos comprometidos com a consolidação do SUS no estado de São Paulo, bem como fomentar o desenvolvimento científico-tecnológico na atenção à saúde da população.

Esses cursos de curta duração são planejados em parceria com os Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQs), vinculados aos Departamentos Regionais de Saúde (DRS), no âmbito da Política de Educação Permanente em Saúde.

4 - Especialização em Saúde Coletiva (antigo Programa de Aprimoramento Profissional – PAP)

O Programa de Especialização em Saúde Coletiva teve início em 2018 e é resultado de um movimento do Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde (CEFOR) para o credenciamento dos antigos Programas de Aprimoramento Profissional da SES-SP com o Conselho Estadual de Educação. Conta atualmente com 20 vagas, tem a duração de um ano, com dedicação exclusiva e carga horária semanal de 40 horas e os alunos recebem bolsas de estudo da Secretaria de Estado da Saúde. A seguir, detalharemos o histórico desse Programa e seu papel estratégico para o Instituto de Saúde.

Breve histórico do Programa de Aprimoramento Profissional/Programa de Especialização em Saúde Coletiva

Para melhor compreender como chegamos à proposta do Programa de Especialização em Saúde Coletiva e a parceria com o município de Franco da Rocha, é preciso resgatar, mesmo que brevemente, a história do Programa de Aprimoramento Profissional (PAP), desenvolvido no Instituto de Saúde.

O Programa de Bolsas para Aprimoramento de Médicos e Outros Profissionais de nível Superior que atuam na Área da Saúde foi criado pelo Decreto Estadual nº 13.919, de 11 de setembro de 1979, que encarregou a Fundap de administrar o pagamento de bolsas do PAP, criou uma comissão especial para gerenciá-lo e traçar suas diretrizes e indicou as instituições que inicialmente participariam do programa. O PAP foi definido como uma modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada ao treinamento para a prática profissional das várias categorias que integram os serviços de saúde. Os diferentes programas oferecidos para cada categoria ou área profissional da saúde (enfermagem, psicologia, nutrição, análises clínicas, odontologia, serviço social, reabilitação, saúde pública e saúde coletiva, multiprofissional etc.) eram baseados no princípio do treinamento em serviço, sob supervisão direta de profissionais qualificados.⁴

No IS, a implementação do PAP passou por várias fases e utilizou diferentes modelos. Nos primeiros quatro anos (1979-82), o PAP foi desenvolvido de modo fragmentado, cada setor da instituição se responsabilizava por programas específicos para seus aprimorandos. No contexto de uma reestruturação institucional que aconteceu em 1984, foi instituída uma nova experiência na formação de recursos humanos, que levou o PAP a focar nas áreas específicas da Saúde Coletiva, com o objetivo de formar indivíduos capazes de analisar criticamente o processo saúde-doença, os serviços e a política de saúde com base no método científico. O Programa caminhou com sucesso nos quatro anos subsequentes, mas atravessou, a seguir, crises institucionais, até ser desativado em 1990.⁵

Em 1993 o PAP foi novamente definido como o primeiro passo de um projeto de reconstrução institucional que incluiu a abertura de concurso para

a carreira de pesquisador científico e o estabelecimento de três pilares, representados pelas Comissões Científica, Editorial e de Aprimoramento. A Comissão de Aprimoramento, constituída por pesquisadores que ingressaram por meio do concurso público em 1995, tornou-se responsável pela condução do Aprimoramento em Saúde Coletiva. A reformulação do Programa teve como principal característica o envolvimento de todos os núcleos de pesquisa da instituição e seus pesquisadores na elaboração dos módulos teóricos, antes ministrados por docentes externos à instituição. Além disso, os alunos foram inseridos em estágios práticos no campo da pesquisa, participando de diferentes projetos sob a supervisão de pesquisadores do IS. O histórico do PAP até aqui foi alvo, no ano 2000, de um número da série Temas em Saúde Coletiva.⁵

A Comissão de Aprimoramento do período de 2000 a 2004 promoveu importantes mudanças no projeto político-pedagógico do Programa, cuja marca foi o desenvolvimento de um projeto matricial no município de Francisco Morato. Entendendo o Aprimoramento como um programa que buscava a formação profissional por meio do treinamento em serviço, decidiu-se oferecer uma formação voltada à investigação científica com um olhar sobre as necessidades de saúde da população.⁶

Essa formação teve como princípio a busca da visão crítica e abrangente dos aprimorandos sobre o sistema de saúde por meio do contato direto com a realidade dos serviços, em um momento em que vivenciávamos um intenso processo de municipalização no SUS. A proposta baseava-se nos pressupostos da pesquisa-ação e buscava fortalecer uma prática incomum na instituição, de desenvolvimento de projetos matriciais, ou projetos “guarda-chuva”, que possibilitavam a articulação dos saberes das diversas linhas de pesquisa da instituição e a integração dos aprimorandos, inseridos como pesquisadores-aprendizes em projetos desenvolvidos no ambiente dos serviços.⁶

Vale a pena ressaltar que o PAP aportou uma importante contribuição à instituição nesse momento, uma vez que possibilitou o exercício concreto de desenvolvimento de projetos matriciais, uma prática desejada, porém incomum até aquele momento. Os principais resultados dessa experiência foram publicados em um número do Boletim do Instituto de Saúde (BIS) em 2005.

Um movimento de oposição a esse modelo aconteceu nos anos subsequentes, liderado por pesquisadores que defendiam o envolvimento dos aprimorandos em projetos em desenvolvimento na instituição, sob sua supervisão.

Embora a inserção dos alunos nos projetos da instituição pudesse significar um fortalecimento das linhas de pesquisa e um reforço das equipes muitas vezes reduzidas, a proposta de inserção dos alunos em projetos matriciais configurava-se como uma oportunidade de implementar o projeto político-pedagógico de forma mais consistente, articulando teoria e prática, ao colocar os alunos em contato com a realidade dos municípios, com os desafios da implementação da Estratégia Saúde da Família e reorientação do modelo assistencial.

Assim, por ocasião da nova reestruturação do IS que aconteceu em 2009, o PAP retomou o modelo de prática profissional com a inserção dos alunos em projetos matriciais, por meio do estabelecimento de parcerias com municípios.

No ano de 2009, teve início uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde do Embu das Artes (SMS-Embu) e o Instituto de Saúde (IS), cujos objetivos eram: 1) assessorar o município no planejamento e avaliação de ações relacionadas à gestão e às práticas de saúde e 2) propiciar a participação de alunos do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva em projetos de pesquisa formulados a partir de prioridades definidas pelo município. O segundo objetivo da parceria justificava-se pela necessidade de articulação entre conteúdos teóricos dos cursos oferecidos no Programa de Aprimoramento (Políticas Públicas de Saúde, Epidemiologia, Ciências Sociais e Educação em Saúde) com questões relacionadas à gestão e práticas de saúde no âmbito do SUS.⁷

No primeiro ano da parceria, a prioridade definida pela SMS-Embu foi o acompanhamento das oficinas de territorialização, realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com a participação de gestores, profissionais de saúde e usuários, como parte do processo de planejamento municipal. Os aprimorandos participaram de um projeto cujos objetivos eram o apoio ao desenvolvimento das oficinas e a avaliação desse processo. Os resultados e recomendações foram apresentados pelos aprimorandos em um seminário com a participação de gestores e profissionais de saúde de Embu e pesquisadores do IS.⁷

No ano de 2010, o município definiu como tema prioritário a mortalidade infantil. Formulou-se um projeto de pesquisa com quatro eixos temáticos, visando à identificação de ações municipais que pudessem ter impacto na redução da mortalidade infantil (MI). Os eixos trabalhados foram: 1) Análise dos óbitos investigados pelo Comitê Municipal de Mortalidade Materna e Infantil; 2) Identificação de ações, no âmbito da Atenção Básica, para redução da MI utilizando a AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família; 3) Avaliação da qualidade da atenção ao parto na maternidade municipal; e 4) Identificação de ações, no âmbito da gestão do sistema de saúde, para redução da MI. Foram elaborados relatórios sobre cada um desses temas e os principais resultados foram apresentados e discutidos com a SMS-Embu com vistas à implementação de ações para a redução da mortalidade infantil.⁷

Dando continuidade à parceria, no ano de 2011, estabeleceu-se como tema prioritário a Atenção Básica (AB), a fim de fortalecer os processos de autoavaliação propostos pelo MS e preparação das equipes para adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Nesse contexto, foram realizados quatro seminários com a participação de gestores da SMS-Embu, pesquisadores do IS e aprimorandos, nos quais, por meio da discussão de artigos científicos e de instrumentos disponíveis no SUS para a avaliação da qualidade da AB, formulou-se a proposta de realização de oficinas para utilização do instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade (AMAQ) em oito UBS no município.⁷

No ano de 2012, o município solicitou ao Instituto de Saúde a realização de um inquérito domiciliar para avaliação do acesso da população aos serviços de saúde. Os gestores, pesquisadores e aprimorandos participaram da elaboração do instrumento de coleta de dados, porém não foi possível realizar o inquérito devido a mudanças que ocorreram na gestão municipal.

Em 2013, firmou-se uma parceria com o município de Santos e definiu-se um projeto semelhante ao desenvolvido em Embu das Artes em 2011. Os alunos foram moderadores de 75 oficinas no período de 29 de outubro de 2013 a 13 de dezembro de 2013, sendo em média uma reunião de sensibilização da equipe e apresentação da proposta e mais três

oficinas para preenchimento do instrumento AMAQ em 24 UBS.⁸ O relato dessa experiência recebeu o V Prêmio David Capistrano de Experiências Exitosas na Área da Saúde.⁹

O ano de 2014 marcou o início da parceria do Instituto de Saúde com o município de Franco da Rocha, que será detalhada nos capítulos seguintes.

Após um amplo processo de planejamento, coordenado pelo CEFOR com a participação ativa do Instituto de Saúde, em 23 de agosto de 2017 o Conselho Estadual de Educação (CEE) da Secretaria Estadual de Educação do Estado de São Paulo aprovou em Sessão Plenária o Processo de Credenciamento do Centro de Formação de Recursos Humanos para o SUS/SP "Dr. Antônio Guilherme de Souza" (CEFORSUS/SP) como Escola Superior, pelo Parecer 382/17, publicado no DOE SP de 24 de agosto de 2017 e, com isso, o PAP do Instituto de Saúde foi credenciado como Programa de Especialização em Saúde Coletiva. Algumas modificações foram feitas em relação à carga horária e estrutura curricular do curso, porém o mesmo modelo de prática profissional foi adotado, mantendo a parceria com Franco da Rocha para o desenvolvimento de projetos para atender prioridades definidas pela gestão municipal.

À guisa de conclusão

Analisando o histórico do PAP, recentemente transformado em Programa de Especialização, percebe-se sua importante contribuição para o alcance da missão do IS, no tocante à formação de profissionais comprometidos com o SUS, à produção de conhecimentos em resposta às demandas do sistema e à assessoria a municípios do estado de São Paulo.

As mudanças no modelo de implementação do Programa, iniciadas no ano 2000, possibilitaram a definição mais clara do projeto político-pedagógico da instituição, ao priorizar a articulação entre a teoria e prática a partir da identificação de demandas prioritárias dos sistemas municipais de saúde.

Ao mesmo tempo, o desenvolvimento de projetos matriciais forjou possibilidades de articulação entre as diferentes linhas de pesquisa da instituição, favorecendo maior integração entre os pesquisadores.

Por fim, o engajamento dos alunos nesses projetos propicia o entendimento sobre os processos de definição de prioridades de pesquisa sob a ótica da gestão, a vivência dos desafios enfrentados pelos gestores municipais para a efetivação das políticas de saúde, a produção de conhecimentos aplicados e úteis para a tomada de decisão e a participação em todas as etapas de tradução do conhecimento.

Assim, os processos de formação, produção do conhecimento e assessoria desenvolvidos no IS imbricam-se e retroalimentam-se, com o objetivo final de contribuir para a garantia do direito à saúde e a consolidação do SUS.

Referências

1. São Paulo (Estado). Decreto nº 55.004, de 9 de novembro de 2009. Integra, na estrutura básica da Secretaria da Saúde, o Instituto de Saúde, da Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde – CCTIES, dispõe sobre sua subordinação e reorganização e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 10 nov 2009; Seção 1:5
2. Bortoli MC, Venancio SI, Derbli M, Cortizo CT, Pirotta K, Mondini L, Saldiva SM, et al., organizadores. Inovação em Saúde São Paulo: Instituto de Saúde, 2014.
3. NESTA. Social Innovation: New approaches to transforming public services. January 2008.
4. Izumino E, Picciafuoco PRDF, Shirabayashi M. O Programa de Aprimoramento Profissional: uma experiência estadual na formação de recursos humanos para o sus. In: Escuder MML, Martins MCFN, Venancio SI, Bogus CM, organizadores. Aprimoramento em saúde coletiva: reflexões. São Paulo: Instituto de Saúde; 2000.

5. Stefanini MLR. Apresentação. In: Escuder MML, Martins MCFN, Venancio SI, Bogus CM, organizadores. Aprimoramento em saúde coletiva: reflexões. São Paulo: Instituto de Saúde; 2000.
6. Venancio SI, Conversani D, Bersusa APS. A Inserção dos Aprimorandos em um Projeto de Pesquisa sobre o Programa de Saúde da Família: por quê, como, onde e para quem? BIS, Bol Inst Saude. 2005;37:5-6.
7. Venancio SI, Martins MCFN, Cortizo CT, Basto SH, Paiva R, et al. Avaliação da Atenção Básica no Município do Embu das Artes com ênfase nos processos de trabalho e na qualidade da atenção. São Paulo: Instituto de Saúde; 2012.
8. Venancio SI. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade AMAQ no município de Santos/SP. São Paulo: Instituto de Saúde; 2014.
9. Adania CSS, Santos APL, Nascimento NC, Almeida FJH, Moura JF, Calvo ME, Rodrigues EL, Venancio SI. Contribuições do programa de aprimoramento profissional em saúde coletiva do Instituto de Saúde no processo de autoavaliação da Atenção Básica no município de Santos. BIS, Bol Inst Saúde 2015; 16:41-47
10. São Paulo (Estado). Portaria nº 403/17, de 29 agosto de 2017. Aprovação do Curso de Especialização em Multiprofissional em Gerontologia Conselho Estadual de Educação, parecer 382/17. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 25 out 2018. Seção I:27.

Parceria Instituto de Saúde/Franco da Rocha: processo, sínteses de evidências e definição de prioridades de trabalho

Maritsa Carla de Bortoli^I, Cintia de Freitas Oliveira^{II}, César D. Luquine Jr.^{III}

A parceria entre o Instituto de Saúde (IS) e o município de Franco da Rocha, SP (FR) se estabeleceu por intermédio do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS/SP). Desde 2014, o IS desenvolve ações com FR com o objetivo de reconhecer necessidades e problemas de saúde e, então, identificar alternativas para a resolução das dificuldades e demandas encontradas.¹

Franco da Rocha é um município da Região Metropolitana de São Paulo, com população estimada em cerca de 150 mil habitantes em 2020. Em grande medida, a cidade se desenvolveu em função da instalação do Hospital Psiquiátrico do Juquery, maior estabelecimento do tipo na América Latina durante seu funcionamento.

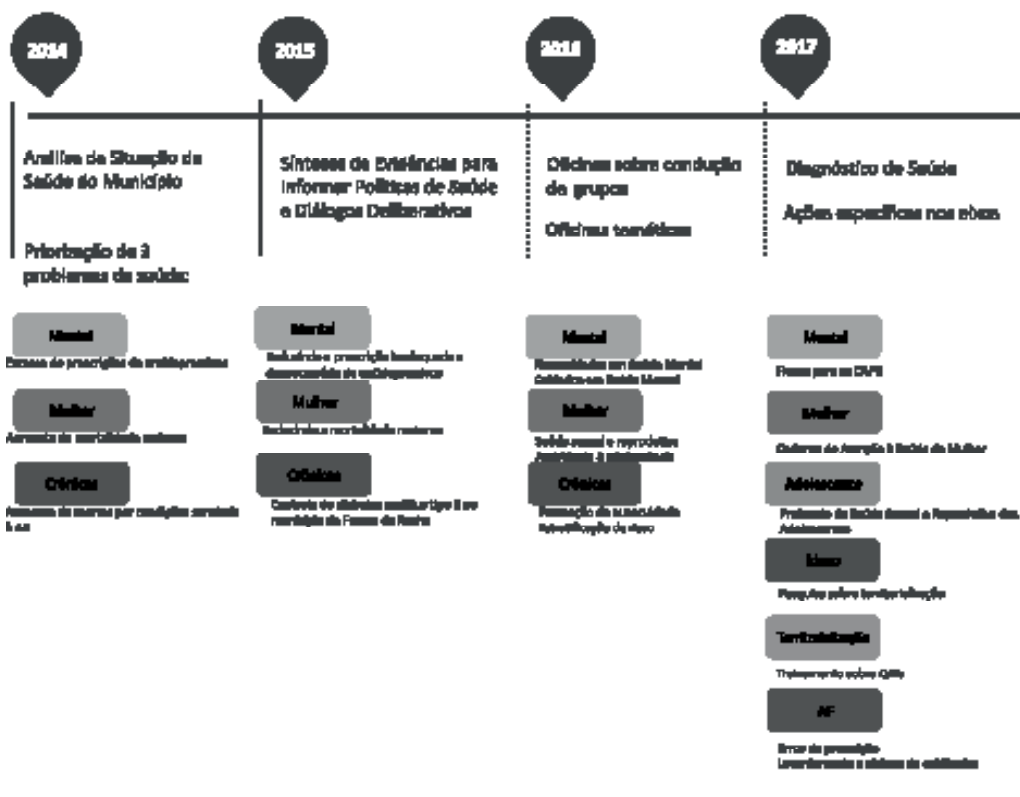
A aproximação do IS com FR surgiu a partir da percepção dos gestores locais sobre as necessidades de saúde do território e, naquele momento, da oportunidade de contar com o apoio técnico da equipe do Instituto de Saúde com vistas ao fortalecimento dos processos de gestão e cuidado em saúde no município. No decorrer deste capítulo, serão relatadas brevemente as experiências da parceria IS-FR, conforme os ciclos anuais do seu desenvolvimento, que estão ilustrados no Infográfico 1.

I Maritsa Carla de Bortoli (maritsa@isaude.sp.gov.br) é nutricionista, doutora em Ciências de Alimentos pela Universidade de São Paulo, pesquisadora científica e diretora técnica de saúde II do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS/SP, do Instituto de Saúde (SES-SP).

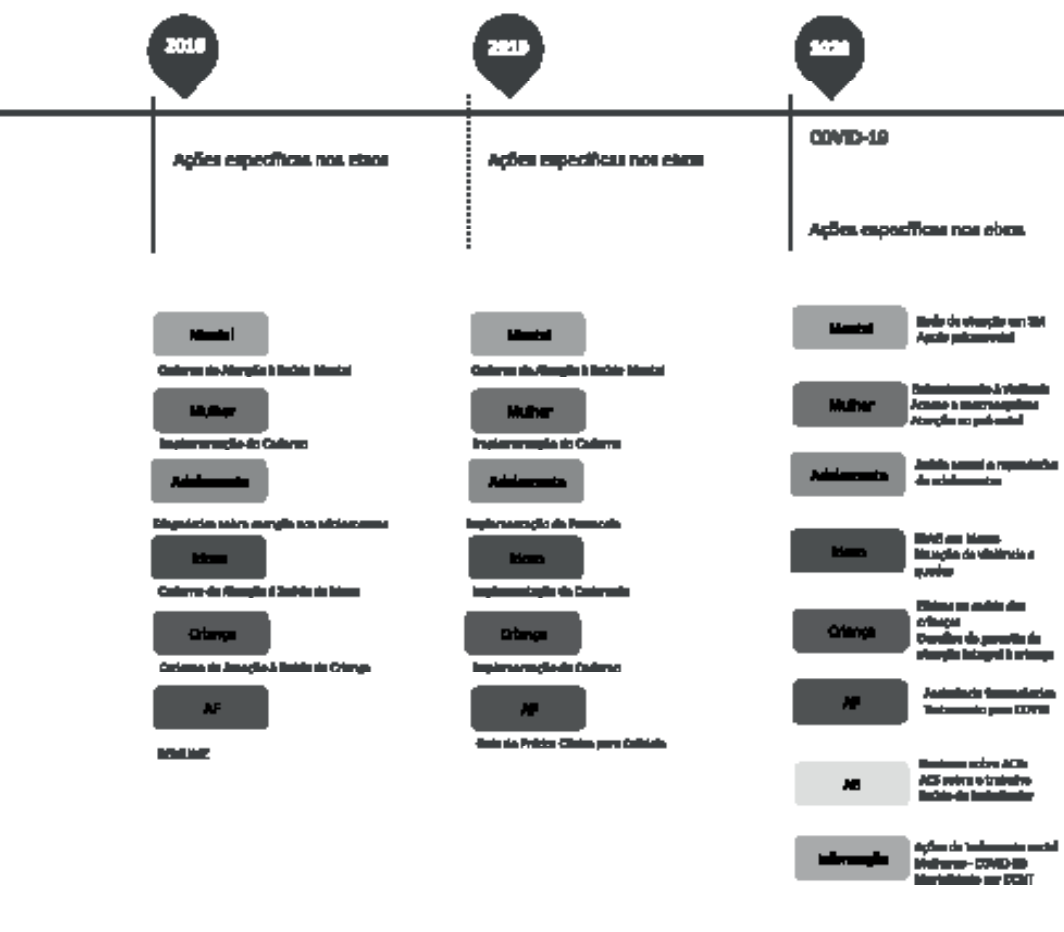
II Cintia de Freitas Oliveira (cintiaf15@gmail.com) é obstetritz, especialista em Saúde Coletiva e diretora técnica de saúde I do Núcleo de Fomento e Gestão de Tecnologias de Saúde, no Centro de Tecnologia de Saúde para o SUS/SP, do Instituto de Saúde (SES-SP).

III César D. Luquine Jr. (cezar.zlj@gmail.com) é psicólogo, especialista em Saúde Coletiva e aluno de doutorado em Saúde Coletiva na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Infográfico 1. Histórico da parceria entre o Instituto de Saúde e o município de Franco da Rocha



No âmbito dessa parceria, a atuação do IS foi sempre pautada pela definição de prioridades de saúde definidas por meio de um processo dialógico envolvendo a equipe do IS (no caso pesquisadores e alunos do programa de Aprimoramento/Especialização) e a gestão municipal de saúde, visando o desenvolvimento do sistema de saúde local e a consolidação de uma rede sustentável no município capaz de conceber soluções duradouras para os problemas de saúde.



Caracteriza-se, dessa forma, como um processo de tradução do conhecimento, que deve se desenvolver de forma participativa e interativa entre todos os atores sociais – pesquisadores, gestores, profissionais de saúde, usuários – possibilitando o uso das evidências para apoiar a tomada de decisão. Isso inclui, conforme as necessidades, a produção ou síntese dos conhecimentos, a divulgação dos resultados, o intercâmbio e aplicação ética desses conhecimentos científicos, com o intuito de promover a saúde e fortalecer o sistema de saúde.²

O conceito por trás do termo tradu  o do conhecimento aparece em defini  es de diferentes grupos de pesquisa e agências, especialmente as internacionais, mas representa o movimento da dissemina  o de resultados de pesquisas para o uso real do conhecimento, quando se entende que os processos de difusão do conhecimento não são suficientes para garantir o uso apropriado de evidências científicas para a tomada de decis  es³. Como exemplo, a defini  o adotada pela OMS em 2005 compreende a tradu  o do conhecimento como a “síntese, intercâmbio e aplica  o do conhecimento por atores sociais relevantes para acelerar os benefícios das inova  es globais e locais com objetivo de fortalecer os sistemas de saúde e melhorar as condi  es de saúde da popula  o”⁴.

O campo da tradu  o do conhecimento surge quando    assumida a lacuna existente entre a gera  o do conhecimento e seu uso prático, justamente num esforço para superar essa condi  o⁵. Na experiência do Canadá, onde os processos de tradu  o do conhecimento estão bem estabelecidos e já são rotineiramente incorporados pelos serviços e pela gestão de saúde, percebe-se a importância desses processos quando se entende que são considerados pelas agências governamentais como um fator-chave para obter resultados valiosos e sustentáveis das políticas de sa  de⁶.

Para que esse processo aconteça,    necessário que se estabeleçam rela  es interativas entre os consumidores e os produtores do conhecimento, que resultem em trocas de experiências e aprendizados mútuos, que possam permear todas as etapas do ciclo do conhecimento, partindo do planejamento e passando por produ  o, dissemina  o e incorpora  o de evidências nas práticas de saúde, aproximando, dessa forma, o saber do fazer⁵. Sabe-se que o envolvimento de atores sociais, que vão utilizar o conhecimento, nas pesquisas e nos processos de gera  o do conhecimento favorece a utiliza  o dos aprendizados nas tomadas de decisões, podendo direcionar, inclusive, o foco das decisões para que se busquem novas solu  es para os problemas priorizados³.

Os processos de tradu  o do conhecimento podem ser planejados. Esses planos podem ser integrados aos processos de pesquisa, com uma abordagem participativa de constru  o colaborativa entre os atores sociais envolvidos ou podem ser desenvolvidos pela equipe de pesquisa, visando a incorpora  o dos resultados da pesquisa e engajamento dos

atores sociais em algumas atividades ao longo do processo de construção do conhecimento, podendo lançar mão de ações de difusão, disseminação ou implementação do conhecimento na prática³. Muitas ferramentas e instrumentos para elaboração de planos de tradução do conhecimento estão disponíveis na literatura e em alguns sítios de agências governamentais internacionais, especialmente as agências de saúde do Canadá, nas páginas da rede mundial de computadores. Quatro grandes perguntas norteadoras para o desenvolvimento dos planos e, conseqüentemente, dos processos de tradução do conhecimento são recorrentes nesses documentos: 1) **quem** são os atores sociais envolvidos no processo?; 2) quais são as metas da tradução do conhecimento, ou seja, **por quê?**; 3) quais são as mensagens-chave, ou sintetizado em **o que?**; e 4) **como** é realizada, ou seja, quais são as estratégias empregadas para a realização da tradução do conhecimento?⁷

A seguir, apresenta-se um breve panorama das atividades apresentadas na linha do tempo, com um levantamento sobre as quatro grandes questões relacionadas com os processos de tradução do conhecimento: 1) **quem?**; 2) **por quê?**; 3) **o que?**; e 4) **como?**

2014 – Análise de Situação de Saúde

Uma vez estabelecida a parceria entre FR da Rocha e o IS, a prioridade foi a realização de um **diagnóstico da situação de saúde**⁸ do município. Para compreender quais problemas de saúde poderiam ser considerados prioritários, o grupo de alunos do PAP, apoiado por pesquisadores do IS, conduziu uma análise sobre as condições de vida e situação de saúde, em duas etapas: (1) análise de dados secundários, incluindo indicadores sociodemográficos, de morbidade, mortalidade e infraestrutura assistencial e (2) entrevistas com informantes-chave no município, resultando em um estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa. A caracterização do município a partir desses dois tipos de dados permitiu uma visão ampliada sobre a saúde da população franco-rochense e os problemas enfrentados pela gestão de saúde do município.

Os dados secundários provenientes dos Sistemas de Informações em Saúde do SUS foram delimitados aos cinco anos anteriores (2008-

2013) e dados censitários de 2000 e 2010. Os resultados das análises foram complementados pelas entrevistas com informantes-chave que relataram suas percepções e expectativas diante dos problemas de saúde do município.

A análise dos indicadores possibilitou a identificação dos problemas prioritários no município em 2014. A triangulação das duas fontes de informações levou    produção de uma série de recomendações, entregues ao município, a partir de relatório completo contendo o diagnóstico da situação de saúde, englobando ações de cunho intersetorial, estruturais e processuais dentro dos servi    os de saúde.

Quest    es norteadoras do processo de tradução do conhecimento – Franco da Rocha 2014

Quem?	-Gestores municipais de saúde -Informantes-chave -Alunos do PAP 2014 -Pesquisadores do IS
Por qu��? (meta)	-Informar sobre indicadores de saúde -Promover ações de priorização de problemas com base nos indicadores
O que?	-Análise de dados sobre indicadores de saúde municipais
Como?	-Reuni����es -Entrevistas -Produção de relatório

2015 – Sínteses de Evidências para Informar Políticas de Saúde

A partir de 2014, o Instituto passou a integrar a Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet – Brasil), que se utiliza de metodologias próprias dos processos de tradução do conhecimento para apoiar o uso de evidências

científicas para o enfrentamento dos problemas prioritários de saúde. Nesse mesmo ano, um grupo de pesquisadores do IS participou de uma capacitação para o uso das metodologias SUPPORT (*Supporting Policy Relevant Reviews and Trials*) em uma oficina promovida pela EVIPNet Brasil. Nesse contexto, em 2015, se constituiu formalmente um Núcleo de Evidências no IS (NEv-IS), que tem por objetivo a promoção do uso apropriado de evidências científicas no desenvolvimento e implementação das políticas de saúde⁹.

A formação dos pesquisadores coincidiu com o momento de priorização de problemas pelo município e se constituiu em uma janela de oportunidade para empregar, no processo de assessoria ao município, as metodologias recém incorporadas. A partir da análise da situação de saúde em FR, os gestores locais **elencaram internamente eixos prioritários** para o trabalho do IS⁸. Os temas selecionados compreenderam situações ou condições de saúde cujos indicadores apresentaram pior desempenho no diagnóstico de saúde: (1) prescrição inadequada e desnecessária de antidepressivos; (2) mortalidade materna; e (3) controle do diabetes mellitus tipo 2 para redução da mortalidade por doenças crônicas em idade precoce no município.

Tendo como ponto de partida essas três prioridades de saúde, os alunos do PAP foram envolvidos na elaboração de três **sínteses de evidências para políticas de saúde** e realização de três **diálogos deliberativos** no município^{10,11,12}.

As sínteses de evidências para políticas de saúde são documentos que reúnem evidências de pesquisas para indicar ações que podem solucionar problemas prioritários de saúde. Contêm a descrição de um problema de saúde e como ele se torna uma prioridade para os gestores, esclarecendo seu tamanho e natureza; as estratégias levantadas a partir de evidências científicas para lidar com o problema e seus impactos; e considerações sobre as potenciais barreiras para implementação dessas estratégias considerando vários níveis do sistema de saúde, desde os usuários até a gestão do sistema; e considerações sobre possíveis iniquidades que podem ser geradas frente à implementação de alguma das estratégias, ou seja tecem comentários sobre as possibilidades de grupos específicos de indivíduos ou cenários serem desfavorecidos em relação à opção considerada. A elaboração desses documentos segue processos sistemáticos e transparentes de forma a garantir o atendimento de padrões de qualidade científica e relevância¹³.

As sínteses de evidências para políticas destinam-se a gestores, tomadores de decisão, formuladores e implementadores de políticas de saúde, equipes técnicas, trabalhadores de saúde e todos aqueles interessados no problema em questão, dando suporte às deliberações sobre políticas e programas de saúde, com base nas melhores evidências disponíveis.

Após a elaboração das sínteses, de acordo com a metodologia que foi proposta, são realizados os diálogos deliberativos, que consistem em encontros entre atores sociais interessados nas questões prioritárias de saúde para que possam, num espaço interativo de compartilhamento de conhecimentos, considerar as estratégias levantadas no documento de evidências científicas juntamente com o conhecimento tácito dos participantes e tecer assim considerações sobre o contexto local e a implementação das ações^{1,10-13}. No Box 1, estão relacionadas as três sínteses produzidas^{10,11,12}, com apresentação das estratégias elencadas a partir de evidências científicas:

Box 1 - Descrição das sínteses de evidências para políticas elaboradas para apoiar a gestão municipal de saúde em FR

Síntese de evidências: controle da diabetes mellitus tipo 2 no município de Franco da Rocha¹⁰

Problema

Verificou-se, no município, o aumento no número de mortes precoces por diabetes, com maior frequência entre os homens.

Opções

- **Fortalecer a autogestão do paciente com DM2:** Intervenções de educação em grupo e individual podem melhorar o autocuidado e propiciar mais adesão a mudanças da dieta, prática de atividade física, tratamento medicamentoso e automonitoramento contínuo da glicemia;

- **Ampliar a atuação de profissionais farmacêuticos na atenção ao paciente com DM2:** A participação do farmacêutico em equipes multiprofissionais ou na gestão de casos possibilita intervenções de aconselhamento, avaliação e gestão do tratamento medicamentoso, autogestão do paciente, mudanças no estilo de vida, entre outros;

- **Promover consultas compartilhadas para o paciente com DM2:** As consultas compartilhadas, realizadas em conjunto por diferentes categorias de profissionais de saúde, possibilitam uma atenção humanizada e integral;

- **Modificar a assistência ao paciente com DM2 por meio de intervenções combinadas:** Pode-se remodelar a organização da assistência aos pacientes diabéticos por meio de um conjunto de intervenções que envolvem medidas educativas, informação sobre dados clínicos aos profissionais de saúde, auditoria e incentivos financeiros;

- **Promover o uso de ferramentas online e de telefonia no auxílio do controle glicêmico:** As ferramentas online e de telefonia propiciam o desenvolvimento de diferentes estratégias que podem facilitar o acesso à informação e a interação entre o paciente e o serviço de saúde.

Síntese de evidências para políticas de saúde: reduzindo a mortalidade materna¹¹

Problema

No município de FR, as altas taxas de mortalidade materna preocupam os gestores da saúde, especialmente por estarem relacionadas a causas consideradas evitáveis.

Opções

- **Auditoria dos óbitos maternos e feedback para profissionais de saúde:** A investigação de todos os óbitos maternos, juntamente com um feedback para os profissionais de saúde, pode auxiliar na redução da morbimortalidade materna, uma vez que conhecer a causa da morte é tão ou mais importante do que apenas quantificá-la. Além disso, uma parte das mortes maternas ocorridas no mundo poderia ser evitada se os profissionais de saúde estivessem capacitados para atender as necessidades básicas das mulheres durante o ciclo gravídico puerperal;

- **Mobilização da comunidade e ações educativas:** Grupos permanentes de empoderamento da comunidade, principalmente das gestantes, dando-lhes compreensão, confiança e suporte para o autocuidado para estarem atentas para quando e onde buscar cuidados em saúde podem ajudar a reduzir a mortalidade materna;

- **Qualificação das ações de planejamento familiar:** O planejamento familiar, acompanhado de um investimento gradual na qualidade dos serviços de saúde materna, é capaz de auxiliar na redução da mortalidade materna em áreas rurais e urbanas, dando suporte às mulheres em decidir quando ou não engravidar e ofertando contraceptivos de barreira na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis;

- **Capacitação para profissionais de saúde:** A capacitação para profissionais de saúde consiste em um programa de Educação Permanente em saúde, que visa um processo dinâmico-pedagógico de desenvolvimento e qualificação de ações que albergam conhecimento nas dimensões técnico-científica, ético-política e socioeducativa da assistência realizada por esses trabalhadores. Também preza pela melhora da capacidade de prestar cuidados à mulher, por meio de intervenções que consideram todas as dimensões do ser humano – ressaltando os valores sociais, políticos, religiosos e filosóficos que influenciam a percepção, o raciocínio, o julgamento e as decisões do sujeito – a fim de melhorar a saúde materna;

- **Referenciamento aos serviços de emergências obstétricas:** A detecção precoce e, conseqüentemente, o referenciamento a serviços de atendimento especializado de emergência obstétrica são essenciais para evitar e diminuir a morbimortalidade materna.

Reduzindo a prescrição inadequada e desnecessária de antidepressivos: uma síntese de evidências para políticas¹²

Problema

Prescrição excessiva de antidepressivos, considerando a especificidade do sistema de saúde de FR.

Opções

- **Ampliar a atuação de profissionais farmacêuticos e de outros membros da equipe multidisciplinar na qualificação das prescrições de antidepressivos realizadas pelos médicos:** Visita do farmacêutico aos médicos e enfermeiros para oferecer informação/orientação sobre o uso dos medicamentos no local de trabalho; revisão da medicação feita pelo farmacêutico ou equipe multidisciplinar; reuniões multidisciplinares para discutir casos e a adequação da medicação;

- **Disponibilizar materiais técnicos e intervenções de natureza educativa para reduzir a prescrição inadequada ou desnecessária de antidepressivos:** Realização de encontros formativos e/ou capacitações nos locais de trabalho; elaboração de protocolos e/ou diretrizes para orientar a prescrição de medicamentos psicotrópicos;

- **Realizar intervenções centradas nos pacientes para reavaliar, ajustar e readequar a prescrição dos antidepressivos:** Retirar, de forma processual e centrada no paciente, a medicação identificada como inapropriada ou desnecessária; intervenções mediadas pelos pacientes;

- Disponibilizar abordagens terapêuticas e modelos de cuidado alternativos aos psicotrópicos, que se mostrem eficientes na redução de depressão: Presença de profissionais de saúde mental oferecendo intervenções psicossociais na atenção primária; ofertar o modelo de cuidado colaborativo para pessoas com depressão e ansiedade; oferecer terapia cognitiva comportamental a pacientes com sintomas de depressão.

Questões norteadoras do processo de tradução do conhecimento - Franco da Rocha 2015

Quem?	- Gestores municipais de saúde - Profissionais de saúde - Gerentes das UBSs - Pesquisadores de outras instituições de ensino e pesquisa - Representantes do controle social - Alunos do PAP 2015 - Pesquisadores do IS
Por quê? (meta)	- Sensibilizar sobre o uso de evidências científicas para apoiar a tomada de decisões - Informar sobre opções para resolução de três problemas prioritários de saúde - Sensibilizar atores sociais sobre os problemas e as opções elencadas de evidências científicas para abordar problemas prioritários - Propor ações de priorização de estratégias para implementação
O que?	- Apresentação de opções informadas por evidências científicas para enfrentamento de três problemas prioritários demandados pela gestão municipal de saúde - Abertura de espaço para diversos atores sociais com diálogo sobre evidências para lidar com problemas prioritários
Como?	- Reuniões - Produção de sínteses de evidências - Realização de diálogos deliberativos

2016 – Implementa  o de opções para lidar com problemas de saúde

A partir das sínteses de evidências desenvolvidas e dos resultados dos diálogos deliberativos realizados em 2015, a gestão de saúde de FR tinha    disposição um conjunto abrangente de opções para lidar com os problemas. A partir dessa discussão e de visitas pelos alunos do PAP   s Unidades Básicas de Saúde (UBS), o trabalho em 2016, então, teve como objetivo central colocar em prática algumas das opções, conforme os eixos prioritários de ação, no sentido de qualificar a Atenção B  sica¹. Para que isso fosse possível, em um primeiro momento, foram elencadas quais ações teriam **prioridade de implementação**. Esse processo considerou não só as evidências disponíveis, mas também a percepção dos gestores naquele momento sobre as necessidades de saúde e a capacidade para executar as atividades. Foram elaboradas e desenvolvidas oficinas de formação dos profissionais de saúde para a realização de atividades educativas em grupos junto    população.

A definição dos temas que foram abordados nas oficinas foi realizada por meio de observação dos grupos educativos desenvolvidos nas UBS e em outros equipamentos de saúde do município e por meio de entrevistas conduzidas com profissionais da saúde desses equipamentos. Em todas as três áreas temáticas, a primeira oficina desenvolvida estava relacionada com o processo de promoção da saúde em grupos educativos, que tinha por objetivo propor um processo de reflex   o sobre o trabalho e a coordenação de grupos pelos profissionais de saúde.

Cumpr   destacar que em relação às opções para redução da mortalidade materna, os gestores definiram que a ação prioritária seria o fortalecimento de ações relacionadas    **saúde sexual e reprodutiva**. Assim, realizou-se duas oficinas, uma sobre métodos contraceptivos, que almejava reflex   es e aperfeiçoamento do conhecimento dos profissionais sobre o tema e assistência ao usuário, e a outra sobre a assistência a adolescentes, que dialogou sobre as formas de assistência e cuidado aos adolescentes, as dificuldades e posicionamento dos profissionais diante dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes, quest   es de gênero, preconceito e as barreiras enfrentadas por eles ao buscarem o serviço de saúde.

No eixo de **doenças crônicas**, foram desenvolvidas duas oficinas específicas, uma que objetivou trabalhar o conceito do autocuidado apoiado e ações possíveis para seu estímulo em atividades de grupos, e outra sobre estratégias para estratificação de risco e gestão do cuidado, visando promover reflexão das equipes sobre a implementação desses processos nas UBS.

Na temática da **saúde mental**, as oficinas promovidas eram sobre reconhecer as necessidades e planejar o cuidado em saúde mental, em especial em relação ao manejo não farmacológico de casos na Atenção Básica.

Ao fim das oficinas, os participantes fizeram avaliações sobre os trabalhos propostos e constatou-se que os profissionais de saúde tinham o entendimento da necessidade de mais ações para o fortalecimento da Atenção Básica de FR.

Questões norteadoras do processo de tradução do conhecimento – Franco da Rocha 2016

Quem?	- Gestores municipais de saúde - Profissionais de saúde - Gerentes das UBSs - Alunos do PAP 2016 - Pesquisadores do IS
Por quê? (meta)	- Sensibilizar sobre uso de evidências científicas para apoiar a tomada de decisões - Realizar oficinas com profissionais de saúde com informação sobre metodologias para condução de grupos - Realizar oficinas com profissionais de saúde específicas de cada um dos três eixos para compartilhamento de informações e sensibilização sobre os temas - Avaliar as oficinas realizadas
O que?	- Identificação de oportunidades para conteúdos das oficinas específicas e sobre a condução de grupos - Programa de oficinas para capacitação de profissionais de saúde para compartilhamento de informações sobre condução de grupos e temas específicos de cada um dos três eixos - Avaliação sobre a realização das oficinas
Como?	- Entrevistas com atores-chave - Reuniões - Oficinas

2017 – Ampliação dos eixos de trabalho

Em 2017, com uma nova equipe na gestão da SMS de FR, o IS foi convidado a participar do processo de elaboração de guias para orientar a implementação de linhas de cuidado. Os temas trabalhados foram definidos pelo município de acordo com a sua agenda de prioridades e incluíram seis eixos: **assistência farmacêutica, saúde da mulher, saúde do adolescente, do idoso, territorialização e saúde mental**. O plano de trabalho também envolveu a atualização do Diagnóstico de Saúde, elaborado pelos aprimorandos em 2017, que orientaria o plano gestor de saúde 2018-2022¹⁴.

Para a atualização do **Diagnóstico**, as ações foram divididas em três etapas: na primeira, as alunas analisaram os dados do município disponíveis nos Sistemas de Informações em Saúde, considerando o período de 2014-2016. Na etapa posterior, foi formado um grupo focal com o corpo técnico e gestor da SMS no qual as aprimorandas tiveram a oportunidade de apresentar, validar e discutir os resultados encontrados com a equipe do município. Ao final do processo, um relatório foi encaminhado para os gestores municipais. Além da atualização do diagnóstico, as aprimorandas se dividiram em seis grupos para a realização dos trabalhos nas áreas temáticas solicitadas pela gestão do município.

Na **assistência farmacêutica**, o grupo focou os esforços na melhoria da prescrição e dispensação farmacológica, por meio da criação de fluxos de dispensação e capacitação dos ACS para a aplicação de instrumento de adesão ao tratamento farmacológico, o qual foi incorporado na rotina dos trabalhadores. A aplicação da ferramenta mostrou que a maior parte da população não adere aos tratamentos prescritos, fornecendo, assim, dados para que a gestão pudesse pensar estratégias para melhorar essa realidade. Além disso, o grupo fez um levantamento das ações judiciais em saúde no município. Com base no trabalho, o grupo do IS deixou como sugestão a criação de um programa de educação continuada para os prescritores, o estabelecimento de prescrições eletrônicas com base em protocolos clínicos estabelecidos, a criação de protocolos de dispensa de insumos farmacêuticos para o município, o uso do instrumento de adesão medicamentosa em todas as UBS e a criação de fluxos e parcerias para o atendimento de demandas de judicialização.

As ações em **saúde da mulher** envolveram a construção de um caderno de atenção à saúde reprodutiva, pré-natal, parto e puerpério, o qual foi pensado para orientar as ações na Linha de Cuidado materno-infantil no município. Para isso, as aprimorandas fizeram visitas aos estabelecimentos de saúde e realizaram entrevistas com os profissionais para conhecer os fluxos de atendimento. Com base nessas informações, em reuniões com a gestão da SMS e no levantamento de evidências científicas, o caderno foi criado e posteriormente realizou-se uma oficina com os gestores das UBS e dos outros equipamentos de saúde pertencentes à Linha de Cuidado para a pactuação dos fluxos a serem seguidos e incorporados no material.

Na **saúde do adolescente**, foram feitas entrevistas com os profissionais de saúde, visitas aos equipamentos de saúde e levantamento de dados secundários para a construção de um panorama da atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes na APS. Com base nas análises, observou-se a necessidade de propor ações para melhoria da oferta de métodos contraceptivos para os adolescentes, oferta de testes rápidos de IST, ações de prevenção à violência, depressão e suicídio. Foi também sugerida a padronização do fluxo de atendimento e a atualização profissional sobre a legislação e políticas de saúde, além da implementação de um protocolo de saúde sexual e reprodutiva no município, que foi incorporado ao caderno de atenção à saúde reprodutiva, pré-natal, parto e puerpério.

No eixo da **saúde do idoso**, o objetivo do trabalho foi promover reflexões sobre a saúde do idoso na Atenção Básica por meio de quatro encontros com os agentes comunitários de saúde (ACS) e o gerente de uma das UBS. As atividades tinham o intuito de desfazer mitos e preconceitos acerca do envelhecimento, discutir a integralidade e a importância da intersetorialidade no cuidado aos usuários e possibilitar que os ACS percebessem as suas potencialidades enquanto profissionais e pudessem reconhecer e mapear as fortalezas do próprio território.

O eixo de **territorialização** teve como objetivo fortalecer esse processo para o planejamento de ações em saúde. O grupo organizou uma oficina sobre o *software* de geoprocessamento QGIS para profissionais da APS, além da confecção de um tutorial sobre a ferramenta. Os participantes foram ainda sensibilizados sobre a importância de envolver os profissionais das áreas de planejamento, vigilância em saúde e da APS nos processos de territorialização.

Em **saúde mental**, o grupo voltou-se ao apoio para a implantação da Rede de Atenção Psicossocial e teve como abordagem a realização de oficinas com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com a finalidade de proporcionar reflexão sobre o processo de trabalho em saúde mental. As oficinas abordaram conceitos para a construção do cuidado em saúde mental e a ressignificação das relações de cuidado em álcool e drogas e com a saúde de crianças e adolescentes.

Questões norteadoras do processo de tradução do conhecimento
- Franco da Rocha 2017

Quem?	- Gestores municipais de saúde - Profissionais de saúde - Gerentes de UBS - Alunos do PAP 2017 - Pesquisadores do IS
Por quê? (meta)	- Informar sobre indicadores de saúde - Apoiar a priorização de ações e eixos para o Plano Gestor de Saúde 2018-2022 - Informar sobre fluxos da assistência farmacêutica - Informar e sensibilizar sobre: saúde sexual e reprodutiva das mulheres, saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e saúde dos idosos - Apoiar formação para utilização de ferramenta online sobre territorialização - Promover ações para implantação da rede de atenção psicossocial
O que?	- Análise de dados sobre indicadores de saúde municipais - Reconhecimento de fluxos da assistência farmacêutica para elaboração de protocolos - Linha de Cuidado sobre saúde da mulher - Ações de territorialização - Construção de fluxos da rede de atenção psicossocial
Como?	- Reuniões - Entrevistas - Produção de protocolos de dispensa de insumos farmacêuticos para o município - Produção de caderno de atenção à saúde reprodutiva, pré-natal, parto e puerpério - Realização de oficinas sobre aplicativo online para estudos de territorialização

2018 – Fortalecimento das ações

Em 2018, o Programa de Aprimoramento Profissional foi elevado ao status de um curso de Especialização em Saúde Coletiva. As ações tiveram continuidade nos eixos descritos anteriormente, à exceção do trabalho realizado no eixo de territorialização, que em função de dificuldades de infraestrutura das UBS para a utilização do *software*, não teve prosseguimento. Além disso, como continuidade ao trabalho de desenvolvimento do caderno de atenção à saúde reprodutiva, pré-natal, parto e puerpério, os gestores municipais demandaram a elaboração de um caderno voltado à Linha de Cuidado da criança. No eixo da **assistência farmacêutica**, dando continuidade aos trabalhos anteriores, o IS apoiou o município na construção da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME). Para isso, foram organizadas reuniões com a participação do secretário adjunto de saúde, médicos, enfermeiros e convidados pontuais. Os documentos norteadores foram a Lista de Medicamentos Essenciais da Organização Mundial da Saúde de 2017 e a REMUME da cidade de São Paulo. Ao final da confecção da REMUME-FR, foi enfatizada a necessidade de criação de uma Comissão de Farmacoterapêutica (CFT) para apoiar a manutenção dos trabalhos e zelar pelo uso seguro, racional e prudente dos medicamentos.

Nas ações em **saúde da mulher**, deu-se continuidade aos processos de implementação da Linha de Cuidado à Saúde Reprodutiva, Gestação, Parto e Puerpério, por meio de oficinas nas doze UBS, com enfoque nos grupos de pré-natal. Além disso, foram realizados três módulos formativos em nove encontros, com 74 participantes, no intuito de levantar, a partir dos contextos locais, possíveis barreiras e facilitadores ao uso do caderno elaborado em 2017. Os trabalhos foram guiados pela metodologia iPIER, e os resultados mostraram que apesar de ainda existirem lacunas formativas e de infraestrutura, houve avanços na utilização do caderno e no fortalecimento do trabalho colaborativo entre os diferentes profissionais e serviços.

No intuito de organizar a rede de atenção à **saúde da criança**, o grupo trabalhou na construção de um caderno para orientar as práticas dos profissionais, por meio da padronização das condutas e dos fluxos nos serviços e entre os equipamentos de saúde. Os profissionais e ges-

tores participaram ativamente do processo de elaboração e validação do conteúdo. Sugeriu-se a continuidade das ações no ano seguinte, visando a implementação do caderno nos serviços e monitoramento permanente dos resultados por meio de indicadores também sugeridos pelo grupo. Além da escrita do caderno, foram também realizadas discussões para a melhoria dos cuidados às crianças com mães privadas de liberdade, promoção do uso da Caderneta da criança, do Ministério da Saúde, e fortalecimento do cuidado às crianças entre 10 e 12 anos.

Para a **saúde do adolescente**, as atividades voltaram-se para a identificação de barreiras e facilitadores na implementação da política de saúde sexual e reprodutiva. Foram identificadas vulnerabilidades no acolhimento dos adolescentes nos serviços e necessidade de oferecer possibilidades de autonomia para que eles exerçam sua sexualidade e encontrem sempre um ambiente de respeito e acolhimento, além de escuta ativa e sigilosa de suas necessidades. Essas ações podem contribuir para a redução dos casos de IST e gestações não planejadas. Outra potencialidade apontada para a promoção da saúde dos adolescentes foi o aumento na oferta de espaços de lazer, cultura, qualificação profissional e bem-estar.

O eixo de **saúde do idoso** trabalhou com os profissionais que atuam no Programa Academia da Saúde, procurando entender como ocorre a interlocução entre essas equipes e os outros equipamentos da rede. Outra frente de trabalho foi o mapeamento das ações do NASF no cuidado à pessoa idosa. Os trabalhos mostraram que ainda existem lacunas na comunicação entre os serviços e o que o NASF não dispunha de atividades específicas para esse público, entretanto as ações desempenhadas pelas equipes possuíam potencialidades que poderiam ser exploradas para a promoção de um cuidado integral ao idoso.

No eixo de **saúde mental**, os trabalhos promoveram discussões com os profissionais sobre a gestão da saúde mental no município. Foram feitas reflexões sobre o papel das residências terapêuticas na reinserção social de egressos das instituições de internação psiquiátrica, sobre a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para a elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e abordadas questões sobre acolhimento e vínculo nos processos profissional-usuário e usuário-serviço e sobre a gestão dos CAPS.

Questões norteadoras do processo de tradução do conhecimento – Franco da Rocha 2018

Quem?	-Gestores municipais de saúde -Profissionais de saúde -Gerentes de UBS -Alunos do ESC 2019 -Pesquisadores do IS
Por quê? (meta)	-Informar e sensibilizar sobre relação municipal de medicamentos -Informar e sensibilizar sobre saúde das crianças, dos adolescentes, dos idosos e saúde mental -Promover implementação de Linha de Cuidado da saúde da mulher -Propor ações para implementação da política de saúde do adolescente
O que?	-Elaboração coletiva da REMUME -Linhas de cuidado sobre saúde da mulher, saúde das crianças, saúde dos idosos, saúde dos adolescentes e saúde mental
Como?	-Reuniões -Entrevistas -Elaboração da REMUME -Implementação de caderno de atenção à saúde reprodutiva, pré-natal, parto e puerpério -Elaboração de caderno de atenção à saúde das crianças -Elaboração de caderno de atenção à saúde mental -Elaboração de caderno de atenção à saúde dos idosos

2019 – Continuidade das ações

Em 2019, o trabalho seguiu conforme as demandas da gestão, dando sequência aos eixos que já vinham sendo trabalhados no município.

A **assistência farmacêutica** desenvolveu, por demanda da gestão municipal, o Guia de Prática Clínica para Cefaleia, voltado à atenção pri-

mária à saúde, com o intuito de auxiliar no desenvolvimento de protocolos de encaminhamento a especialistas na rede de atenção à saúde. Para tanto, trabalharam de forma sistemática e transparente na adaptação de guias de prática clínica, com elaboração de matrizes de recomendações para o diagnóstico da cefaleia crônica, recomendações para a sua prevenção e para o seu tratamento farmacológico em adultos e para o tratamento não farmacológico.

A temática da **saúde da mulher** seguiu com o processo de implementação do caderno e explorou também as principais barreiras e estratégias para a implementação do Plano de Parto no município, como a necessidade de maior articulação e organização da rede de assistência ao pré-natal, parto e puerpério local. Analisou também a mortalidade materna segundo raça e cor, com a discussão e reflexão acerca das questões da determinação social do processo saúde-doença, vulnerabilidades e iniquidades em saúde relativas às questões de gênero e raça/cor e sua repercussão na saúde reprodutiva e materna das mulheres, além do racismo institucional. Também foram analisadas as percepções de grávidas do município sobre grupos de educação pré-natal na APS e observou-se que as atividades educativas no pré-natal são priorizadas no município com o objetivo de promover a participação das gestantes, mas que é preciso maior envolvimento da família no acompanhamento da gravidez, bem como a necessidade de mais atividades para prevenção do desmame precoce.

A **saúde dos adolescentes** trabalhou com a implementação do Protocolo de Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes, elaborado em 2017. O trabalho no eixo contou também com a análise sobre o entendimento de adolescência, no contexto de oficinas ministradas pelo grupo sobre a saúde sexual e reprodutiva dos jovens. Nos encontros, foi possível analisar as perspectivas e as reflexões de profissionais participantes sobre o atendimento em saúde sexual e reprodutiva das(os) adolescentes nos serviços e discutir os obstáculos e as estratégias para superá-los.

No eixo da **saúde da criança**, a implementação do Caderno de Atenção à Saúde da Criança contou com oficinas que puderam levantar barreiras e facilitadores do processo de implementação das ações propostas. Por meio do referencial da pesquisa de implementação, conseguiu-se observar que esse processo seria facilitado com o reconhecimento da impor-

tância dos cuidados com a criança, da amamentação e da participação nos grupos, com ações intersetoriais e com o compromisso e engajamento da gestão municipal e dos profissionais, e que seria necessário superar obstáculos como as dificuldades de mobilidade e acesso ao serviço de saúde, as questões culturais, o contexto socioeconômico da população e a adesão da população às orientações e atividades da UBS.

A **saúde do idoso** atuou em duas frentes: na elaboração do Caderno de Saúde do Idoso e na implementação da Caderneta de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde. Por meio de oficinas, observou-se que os profissionais consideram que o conhecimento sobre a caderneta e sua utilização é essencial para o cuidado a essa população. Além disso, apresentou importantes reflexões sobre as residências terapêuticas do município, pontuando a relação entre moradores e comunidade e, especialmente, com a equipe de saúde de referência, que promove a articulação do serviço com a Rede de Atenção Psicossocial e desempenha um trabalho bastante dinâmico e desafiador. Também se debruçou ao estudo da questão da institucionalização de idosos em situação de violência, onde não se tem clareza do papel da instituição na rede intersetorial e se existe um acompanhamento do idoso, o que não assegura que esse indivíduo institucionalizado não continuará vulnerável às situações de violação de direitos.

No **eixo de saúde mental**, a partir das discussões feitas no ano anterior, foi dada continuidade ao processo de elaboração do **Caderno de Atenção à Saúde Mental** e os alunos puderam desenvolver estudos sobre a compreensão do matriciamento em saúde mental no município, no qual se observa a potência que existe na rede de FR, mas a necessidade de incentivo e da formalização do apoio matricial, visando uma maior articulação da rede e um atendimento integral e de qualidade. Além disso, apresentaram uma análise da experiência da gestão e dos profissionais para a construção do caderno, onde são relatadas necessidades de enfrentamento ao embate entre o modelo de atenção psicossocial e o modelo de atenção asilar. Os alunos também analisaram a percepção dos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) sobre a Linha de Cuidado produzida para a população atendida no serviço em questão, tendo sido observado que são necessárias ações para orientar o modelo assistencial almejado pela gestão da saúde no município.

Questões norteadoras do processo de tradução do conhecimento – Franco da Rocha 2019

Quem?	-Gestores municipais de saúde -Profissionais de saúde -Gerentes de UBS -Alunos do ESC 2020 -Pesquisadores do IS
Por quê? (meta)	-Informar e sensibilizar sobre guias de recomendação clínicas -Informar e sensibilizar sobre saúde dos adolescentes, dos idosos e saúde mental -Promover implementação de Linha de Cuidado da saúde da mulher, da criança e do protocolo de saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes
O que?	-Elaboração coletiva da REMUME -Linhas de cuidado sobre saúde da mulher, saúde das crianças, saúde dos idosos, saúde dos adolescentes e saúde mental
Como?	-Reuniões -Entrevistas -Elaboração de guia de prática clínica -Implementação de caderno de atenção à saúde reprodutiva, pré-natal, parto e puerpério -Implementação de caderno de atenção à saúde das crianças -Elaboração de caderno de atenção à saúde mental -Elaboração de caderno de atenção à saúde dos idosos

2020 – Enfrentamento à pandemia

Depois de 6 anos de parceria entre o IS e a SMS de FR, 2020 estava programado para ser o último ciclo de atividades no município. As equipes estavam se organizando para a análise das ações realizadas no território e sistematização desses achados no formato de um livro. Entretanto, com a

pandemia da Covid-19, tanto a gestão municipal quanto as pesquisadoras do IS entenderam que seria importante compreender a resposta do município no enfrentamento à pandemia, além de identificar os esforços feitos pelos trabalhadores, os aprendizados conquistados e as vulnerabilidades ainda existentes nos processos de cuidado desenvolvidos pelas equipes. Para isso, foi delineado um estudo de caso com base em entrevistas com atores-chave, análise das publicações oficiais e de dados secundários provenientes dos sistemas de informação em saúde, além de síntese das evidências científicas¹⁵. Além dos seis eixos trabalhados em 2018 e 2019: **assistência farmacêutica, saúde da mulher, saúde do adolescente, saúde da criança, saúde do idoso e saúde mental**, os trabalhos foram organizados em mais dois eixos: **Atenção Básica e informação em saúde**.

Na **assistência farmacêutica**, o objetivo foi identificar os desafios e as respostas da SMS no enfrentamento à pandemia no âmbito desse eixo. Com base nas entrevistas, o grupo constatou que as equipes têm se esforçado para garantir a dispensação dos medicamentos e que, na medida do possível, os farmacêuticos têm mantido diálogo com os prescritores, entretanto houve um grande volume de medicamentos fornecidos sem comprovação científica de sua eficácia e segurança para o tratamento da Covid-19. Dessa forma, o grupo elaborou uma resposta rápida para o município sobre os medicamentos que têm sido experimentados durante a pandemia, demonstrando não haver evidências suficientes que permitam o uso de antivirais, antibióticos, antimaláricos e antiparasitários no combate ao SARS-CoV-2.

Na **saúde da mulher**, os trabalhos estavam direcionados ao enfrentamento da violência contra a mulher na pandemia e ao planejamento das ações voltadas à oferta de métodos contraceptivos e de pré-natal. Os dados mostraram que houve redução no número de gestações no município e que os serviços se prepararam para promover o planejamento reprodutivo de forma individual, uma vez que os grupos foram cancelados para redução do risco de contágio. Por outro lado, percebeu-se o aumento nos casos de violência doméstica, apesar de as mulheres terem possivelmente mais dificuldade de relatar os casos devido ao cancelamento das consultas presenciais. Como fruto positivo dos esforços municipais para o combate à violência, foi criado um Núcleo de Violência, que está em processo de im-

plementação. O eixo de **saúde do adolescente** avaliou as contribuições do protocolo de atendimento aos adolescentes, trabalhado pelo IS nos anos anteriores. Os resultados mostraram que a procura por testes de gravidez e o número de gestações nesse período do ciclo de vida ainda são altos no município, o que denota a necessidade de continuar fortalecendo a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos e a formação permanente das equipes sobre o tema.

Para a **saúde da criança**, o objetivo foi analisar o acometimento de crianças de 0-9 anos pela Covid-19 por meio dos registros nos sistemas e-SUS VE e SIVEP Gripe, a qualidade desses registros e os efeitos indiretos da doença nos indicadores de atenção integral à saúde das crianças. Os dados revelam que as crianças foram menos acometidas pela infecção viral, entretanto a equipe do IS discutiu que a pandemia pode impactar negativamente as crianças devido aos efeitos indiretos da crise sanitária, como fechamento das escolas e redução da cobertura em saúde. Percebeu-se também a necessidade de melhorar a qualidade dos registros nos sistemas de informação e observou-se a redução nos atendimentos individuais e coletivos nos equipamentos em saúde, além da diminuição na cobertura vacinal. Por outro lado, as entrevistas revelaram que a gestão utilizou estratégias para promover o cuidado ao público infantil, como o uso de grupos de whatsapp para comunicação com os cuidadores, atendimento remoto e tendas para vacinação.

Na temática da **saúde do idoso**, o objetivo do trabalho foi avaliar como a pandemia impactou a saúde dos idosos e os esforços realizados pelo município para atender essa população. Os dados mostraram que a população com mais de 80 anos, a exemplo do que ocorreu em outros contextos no Brasil e no mundo, também foi a mais vulnerável em relação à mortalidade por SRAG em FR. Com relação à prevenção de quedas e da violência contra o idoso, observou-se no município ações para o enfrentamento dos casos, as quais ainda encontram-se nos estágios iniciais de implementação, denotando potencial de trabalho para a gestão, principalmente no fortalecimento das ações de educação em saúde e da articulação entre a AB e vigilância epidemiológica.

O eixo de **saúde mental** teve como objetivo olhar como a rede respondeu às demandas de sofrimento mental na pandemia. Para isso, a equi-

pe do IS analisou as estratégias presentes no apoio matricial, nas articulações intersetoriais e nas ações da AB e da atenção especializada. Os achados apontaram que o município se mobilizou para atender as demandas de saúde mental e continuou a operar com porta aberta para os casos de sofrimento mental, apesar das adaptações necessárias para garantir a saúde dos profissionais e usuários. Os resultados indicam ainda que a pandemia potencializou o olhar criativo e colaborativo das equipes e aumentou as ações em rede. Entretanto, alguns desafios continuam presentes, como a necessidade de estabelecer uma Linha de Cuidado em saúde mental, uma definição mais clara dos diferentes papéis de cada unidade da rede e a necessidade de ações mais estruturadas para o cuidado da saúde mental dos profissionais.

No eixo da **Atenção Básica**, os esforços da equipe foram despendidos para entender os desafios e as potencialidades dos ACS, tendo como base o olhar da gestão e dos próprios trabalhadores. As entrevistas mostraram como o trabalho dos ACS foi afetado pela pandemia, uma vez que no começo eles deixaram de fazer as visitas devido às medidas de isolamento, mas depois foram retomando as visitas a partir da criação de protocolos de distanciamento social. Nesse período, houve aumento no uso de ferramentas como o Whatsapp, tablets e telefone para a condução dos trabalhos, mas os ACS manifestaram preocupação com a quebra do vínculo entre eles e a população devido à falta de contato presencial. Os ACS também abordaram o medo da contaminação e disseram que tiveram suporte das equipes e da gestão para o enfrentamento desse medo, mas que as ações foram mais individuais. Os gerentes das unidades retrataram os ACS como trabalhadores essenciais no cuidado à população, entretanto não foi especificado como de fato o trabalho deles impactou a gestão da pandemia.

Em **informação em saúde**, os trabalhos tiveram como objetivo analisar as ações do governo federal, estadual e municipal em resposta à pandemia, tendo como base o comportamento dos índices de isolamento social e os desfechos epidemiológicos. Como resultado, o grupo encontrou a necessidade de a gestão pensar o planejamento das ações na pandemia com base nas vulnerabilidades identificadas. Por exemplo, percebeu-se que os homens são os mais acometidos pelas formas graves da doença e pelos

óbitos, apesar das mulheres serem as mais infectadas. Dentre as mulheres, percebeu-se uma concentração maior de óbitos na população negra, o que sugere a necessidade de ações mais focadas nesse grupo. Também foram recomendadas ações para o fortalecimento da AB, pensando em um melhor seguimento dos pacientes com doenças crônicas, prevenção das contaminações e da lotação dos serviços de urgência e emergência. O grupo também percebeu a necessidade de melhoria no preenchimento das fichas de notificação, principalmente nos dados sobre raça/cor, profissão, presença de comorbidade e evolução dos casos.

A pesquisa realizada apontou para a identificação de desafios que surgiram num momento muito ímpar da nossa história recente, mas principalmente para as estratégias e ações implementadas para o enfrentamento da pandemia, que podem apoiar o planejamento em saúde do município de FR em curto e médio prazo, com o objetivo de fortalecer o sistema de saúde e minimizar os impactos da Covid-19 na população.

Questões norteadoras do processo de tradução do conhecimento – Franco da Rocha 2020

Quem?	-Gestores municipais de saúde -Profissionais de saúde -Gerentes de UBS -Alunos do ESC 2020 -Pesquisadores do IS
Por quê? (meta)	-Informar e sensibilizar sobre ações da atenção primária à saúde no enfrentamento à Covid-19
O que?	-Ações de enfrentamento à Covid-19 pela atenção primária à saúde
Como?	-Reuniões -Entrevistas -Elaboração de revisão rápida -Elaboração de relatório -Seminário para apresentação de resultados

Síntese sobre o processo da tradução do conhecimento

A partir de uma reflexão sobre o processo de assessoria no município de Franco da Rocha, com base no referencial teórico da tradução do conhecimento e aplicando cada uma das questões acima citadas, é possível perceber que, embora não tenham sido traçados planos de tradução do conhecimento específicos e formais, sempre estiveram em pauta e foram considerados todos os elementos para que a tradução do conhecimento fosse efetiva, ou seja, para que fosse entregue à gestão municipal os resultados das pesquisas desenvolvidas ao longo dos anos e, quando necessário, as sínteses das melhores evidências disponíveis para a solução de problemas. Como dito anteriormente, o processo dialógico se instalou desde a definição de prioridades em conjunto com a gestão para que os resultados fossem significativos. Esses espaços foram sendo construídos, ampliados e fortalecidos por meio de reuniões com a gestão de saúde do município, reuniões com coordenadores e profissionais das áreas técnicas, profissionais dos serviços e muitas vezes pela participação nas reuniões de Câmara Técnica, que são reuniões semanais da gestão com as áreas técnicas para discutir e encaminhar questões relacionadas às demandas da Secretaria Municipal de Saúde. Dessa forma, se constituiu um grande rol de atores sociais que participaram de atividades da assessoria com engajamentos diferentes, conforme as necessidades e possibilidades de cada uma das etapas e estratégias desenvolvidas nos eixos de trabalho da assessoria.

No que diz respeito às metas de tradução do conhecimento, foram percorridos diferentes caminhos nos eixos trabalhados em cada ano, conforme a demanda da gestão municipal de saúde, entretanto, em todos eles foram aplicadas as duas grandes dimensões estabelecidas pela literatura científica como metas de tradução do conhecimento: as questões de disponibilização do acesso a informações, sensibilização e ampliação do conhecimento sobre temas específicos e estratégias mais voltadas para a implementação de ações.

As mensagens disseminadas ou implementadas nos serviços e na gestão de saúde de Franco da Rocha foram construídas também a partir das necessidades que eram elencadas a cada ano, para cada um dos eixos

que participavam da assessoria. As mensagens eram desenhadas para cada objetivo e para cada um dos atores sociais que participaram das atividades.

A cada ano, um novo grupo de alunos do PAP ou da Especializa  o em Saúde Coletiva se envolveu nos trabalhos, tendo a oportunidade de vivenciar os desafios de um sistema municipal de saúde e estabelecer conexões entre os conteúdos teóricos do Programa e a prática profissional e desenvolver estratégias personalizadas para cada eixo de trabalho, conforme os objetivos que eram definidos anualmente em conjunto com a gestão. As a  es desenvolvidas envolveram muitas atividades distintas, que permitiram aproxima  o com atores sociais com papéis também distintos. Foram realizados seminários, reuniões, oficinas, grupos focais, diálogos deliberativos, elabora  o de materiais, entre outros, que serão apresentados nos capítulos subsequentes com relatos detalhados dos trabalhos.

Considera  es finais

A parceria com o município de Franco da Rocha responde a dois grandes eixos da missão institucional do Instituto de Saúde, a assessoria    gestão do SUS e a forma  o de recursos humanos e todo o processo esteve intimamente ligado aos princípios da tradu  o do conhecimento, de promover a apropria  o do conhecimento científico para a melhoria das condi  es de vida e saúde da popula  o, estabelecendo rela  es com os atores sociais, promovendo seus engajamentos no processo, informando e implementando a  es por meio de mensagens específicas de cada grande eixo de atua  o da assessoria, com o uso de estratégias personalizadas para cada objetivo.

Por um lado, com forma  o multiprofissional, o Instituto de Saúde e seus alunos do aprimoramento e especializa  o puderam apoiar as a  es da gestão de saúde de Franco da Rocha. Por outro, todo esse processo se refletiu ao longo de todos esses anos numa oportunidade ímpar para esses alunos que puderam entrar em contato com a realidade do sistema de saúde. Foi possível acompanhar que essa realidade    dinâmica, se renova a cada ano e    dependente de decisões e a  es de anos anteriores. Esse senso de continuidade também proporcionou um campo fértil para o aprendizado, quando se tornou possível acompanhar o desenvolvimento

de eixos de cuidado e a criação de novas frentes para os trabalhos, desde a priorização das necessidades pela gestão municipal de saúde, até a troca dinâmica e constante de saberes entre gestores, alunos e pesquisadores.

Referências

1. Toma TS, Bortoli MC, Setti C, Luquine Jr. CD, Tesser TR. Instituto de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha: uma experiência de tradução do conhecimento (2014-2016). São Paulo: Instituto de Saúde; 2017.
2. Sudsawad P. Knowledge translation: Introduction to models, strategies, and measures. Austin: Southwest Educational Development Laboratory, National Center for the Dissemination of Disability Research; 2007.
3. Straus SE, Tretoe J, Graham I. Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice. 2.ed. Toronto: Bmj Publishing Group; 2013.
4. World Health Organization – WHO. Bridging the know-Do Gap. In: Meeting on Knowledge Translation in Global Health [internet]. 10-12 out 2005. Geneva. Geneva: WHO; 2006 [acesso em 10 mar 2021]. Disponível em: <https://www.measureevaluation.org/resources/training/capacity-building-resources/high-impact-research-training-curricula/bridging-the-know-do-gap.pdf>
5. MentalHealthCommisionOfCanada. Innovationtoimplementation (I2I): a Practical Guide to Knowledge Translation in Health Care [internet]. 2104 [acesso em 10 mar 2021]. Disponível em: https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-06/innovation_to_implementation_guide_eng_2016_0.pdf
6. Health Canada. Knowledge Translation Planner [internet]. 2017 [acesso em 10 mar 2021]. Disponível em: <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/reports-publications/grants-contributions/KT%20Planner-EN-2017-10-16.pdf>
7. Public Health Agency of Canada. Knowledge Translation (KT) PlanningPrimer [internet]. 2012 [acesso em 10 mar 2021]. Disponível em: https://publications.gc.ca/collections/collection_2013/aspc-phac/HP35-37-2012-eng.pdf

8. Silva AB, Castorino AF, Ricardo CZ, Lo CH, Santos EG, Ferreira EK, et al. Situação de Saúde do Município de Franco da Rocha (SP) [relatório]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2014. Trabalho de Conclusão de Curso da Turma de Aprimoramento em Saúde Coletiva.
9. São Paulo (Estado). Portaria IS-3, de 9-6-2015. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 10 Jun 2015; Seção I.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: controle da diabetes mellitus tipo 2 no município de Franco da Rocha. Brasília (DF); 2016
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: Reduzindo a mortalidade materna no Município de Franco da Rocha. Brasília (DF); 2019.
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: Estratégias para a redução de prescrições inadequadas de antidepressivos no município de Franco da Rocha. Brasília (DF); 2019.
13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretriz metodológica: síntese de evidências para políticas [internet]. 2020 [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_sintese_evidencias_politicas.pdf
14. Araújo BC, Melo RC, Bortoli MC, Toma TS. Instituto de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha: uma experiência de participação na agenda de saúde do município em 2017. São Paulo: Instituto de Saúde; 2018.
15. Lucena FS, coordenador. Relatório de atividades da especialização em Saúde Coletiva: desafios e respostas do Sistema Único de Saúde do município de Franco da Rocha no enfrentamento ao Covid-19. Instituto de Saúde, São Paulo, 2021.

Breve panorama do município de Franco da Rocha: características sociodemográficas, da rede assistencial e dos indicadores de saúde

Sonia Isoyama Venancio¹

Este capítulo tem por objetivo apresentar um breve panorama do município de Franco da Rocha em relação às suas características sociodemográficas, rede assistencial e alguns indicadores de saúde.

Vale lembrar que no primeiro ano da parceria firmada entre o Instituto de Saúde e o município, a principal demanda da gestão municipal foi a elaboração de um diagnóstico sobre as condições de vida e situação de saúde da população Francorrochense, a fim de apoiar a definição de prioridades de saúde e o planejamento de ações.

A turma de 2014 do Programa de Aprimoramento elaborou esse diagnóstico, sob a coordenação da pesquisadora e então docente do Programa, Marli de Fátima Prado. O trabalho incluiu reflexões sobre o processo saúde-doença, determinantes sociais de saúde e necessidades de saúde. Foram analisados dados de vários Sistemas de Informação em Saúde (Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, Sistemas de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS, Sistemas de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS, Sistema de Informação de Beneficiários – SIB/ANS/MS, Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB/SUS, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES e Censos demográficos do Instituto

¹ Sonia Isoyama Venancio (soniav@isaude.sp.gov.br) é pediatra, doutora em Saúde Pública, pesquisadora científica VI do Instituto de Saúde - SES/SP.

Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE e projeções populacionais da Fundação SEADE). A análise dos dados secundários foi complementada a partir de entrevistas com informantes-chave, selecionados de diferentes áreas de atuação da Secretaria Municipal de Saúde, com amplo conhecimento técnico. Foram incluídas ainda quatro áreas que apresentavam interface com as práticas de saúde: Ação Social, Segurança Pública, Departamento de Trânsito e Departamento responsável pelo Saneamento Básico. Essas entrevistas permitiram uma análise das informações na perspectiva de atores que vivenciavam os principais problemas de saúde do município.

Esse diagnóstico permitiu a definição das prioridades de pesquisa no ano seguinte e norteou o plano de trabalho do Instituto de Saúde no âmbito da parceria, com envolvimento dos alunos da turma de 2015.

Nos anos subsequentes, os alunos continuaram a atualizar as informações, de acordo com os eixos de trabalho definidos pela gestão, inclusive como parte das atividades da disciplina de Informação em Saúde, aliando conceitos teóricos às necessidades da prática profissional.

A seguir, apresentamos uma descrição de alguns indicadores, a título de contextualização do campo de práticas do Programa de Aprimoramento/Especialização, dando prioridade a algumas comparações no período de 2014 (ano do início da parceria) a 2019 (ano anterior à crise sanitária desencadeada pela pandemia de Covid-19). Cabe destacar que todos os dados apresentados foram levantados na ferramenta pública Tabnet, disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para consulta das bases dos Sistemas de Informação em Saúde¹.

Caracterização sociodemográfica

O município de Franco da Rocha localiza-se na Região Metropolitana da Grande São Paulo e compõe a Região de Saúde de Franco da Rocha junto com os municípios de Cajamar, Caieiras, Francisco Morato e Mairiporã (Figura 1). Com uma população de 150.151 habitan-

Fonte: Imagens Google.

Nas avaliações do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal em 2010, o município alcançou 0,731, considerado alto desenvolvimento. Esse índice é 16,4% maior que o alcançado pelo município em 2000, segundo informação do Atlas Brasil³, indicando a progressão da cidade nas áreas de economia, educação e saúde. Apesar dos avanços, as avaliações do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS)⁴ demonstram que Franco da Rocha é um município com diversas áreas classificadas nos grupos 4 a 7, que indicam situações de vulnerabilidade média a muito alta, como demonstra a Figura 2.

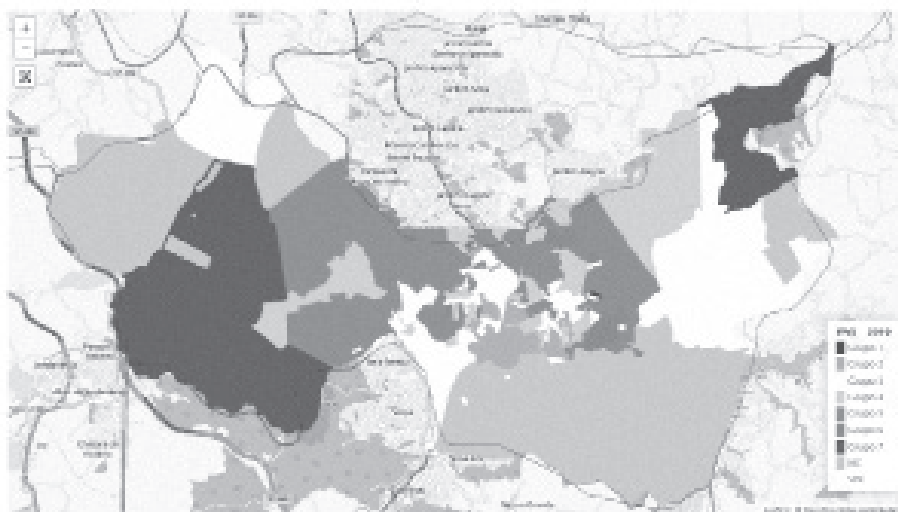


Figura 2. Avaliação do Município de Franco da Rocha no Índice Paulista de Vulnerabilidade Social em 2010.

Fonte: Fundação SEADE⁴, consultada em 10/06/2021.

A população de Franco da Rocha se distribui pelas faixas etárias, de modo que 14,41% (21.638) da população são crianças de 0 a 9 anos; 14,14% (21.234) são adolescentes de 10 a 19 anos; 60,61% (91.011) são adultos de 20 a 59 anos e 10,83% (16.268) são idosos acima de 60 anos, como demonstra a Tabela 1. Em 2019, a taxa bruta de natalidade foi de 14,89%, número que vem reduzindo ao longo dos últimos anos (Figura 3); enquanto o percentual de idosos apresentou um crescimento no período de 2014 a 2019 (Figura 4)¹.

**Tabela 1. Estimativa populacional de Franco da Rocha
por faixa etária e sexo no ano de 2019.**

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	5.645	5.370	11.015
5 a 9 anos	5.445	5.178	10.623
10 a 14 anos	5.064	4.810	9.874
15 a 19 anos	5.937	5.423	11.360
20 a 29 anos	15.945	13.047	28.992
30 a 39 anos	13.540	12.753	26.293
40 a 49 anos	10.198	10.540	20.738
50 a 59 anos	7.242	7.746	14.988
60 a 69 anos	4.910	5.565	10.475
70 a 79 anos	2.011	2.422	4.433
80a +	523	837	1.360
Total	76.460	73.691	150.151

Fonte: Estimativas - Fundação SEADE¹. Dados levantados em 10/06/2021.

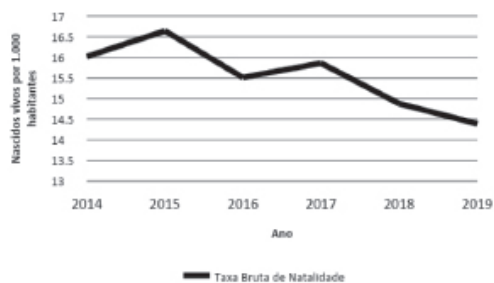


Figura 3. Taxa Bruta de Natalidade do Município de Franco da Rocha, 2014 a 2019.

Fonte: Nascidos Vivos: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC/CCD/SESSP; População: Estimativas - Fundação SEADE¹. Dados preliminares para 2018 e 2019. Dados levantados em 10/06/2021.

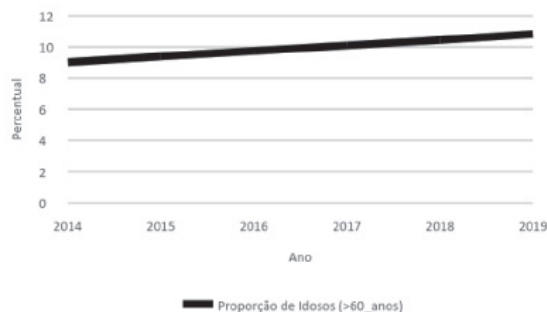


Figura 4. Proporção de Idosos do Município de Franco da Rocha, 2014 a 2019.

Fonte: Estimativas - Fundação SEADE¹. Dados levantados em 10/06/2021.

O município tem como principais áreas de emprego o comércio varejista, que corresponde a 21,4% dos postos de trabalho, a Administração Pública, Defesa e Seguridade Social com 21,1% e Atividade de Atenção à Saúde Humana com 9,4%. Em 2019, eram 17.889 pessoas com emprego formal com um rendimento médio de R\$ 3.034,00².

Dados do PNUD³ que analisam o Cadastro Único do Governo Federal, considerando os valores recebidos no Bolsa Família, apontam um crescimento entre os anos de 2014 e 2017 na proporção de: pessoas extremamente pobres (com renda familiar per capita mensal inferior a R\$ 70,00), que em 2017 correspondiam a 37,88% dos inscritos; pessoas pobres (com renda familiar per capita mensal inferior a R\$ 140,00), que correspondiam a 67,70% em 2017; e de pessoas vulneráveis à pobreza (com renda familiar per capita mensal inferior a R\$ 255,00), que representavam 82,77% dos inscritos no cadastro.

A maior parte da população do município de Franco da Rocha depende exclusivamente das ações de saúde do Sistema Único de Saúde. O percentual de população beneficiária de Planos de Saúde apresenta redução em todos os anos de 2014 a 2019 (Figura 5).

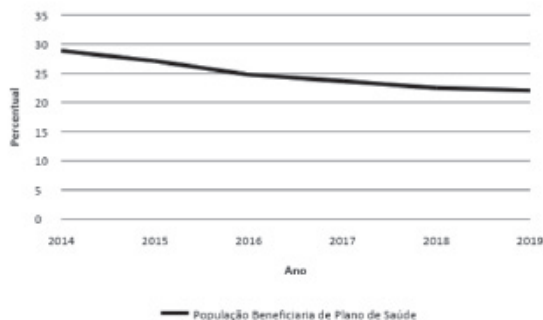


Figura 5. Percentual de população do município de Franco da Rocha com Cobertura de Saúde Suplementar, 2014 a 2019.

Fonte: Beneficiários: ANS - Agência Nacional de Saúde (dezembro de cada ano); Estimativas - Fundação SEADE¹. Dados levantados em 10/06/2021.

Agrega-se a esse contexto uma característica importante de regiões metropolitanas, o movimento pendular da população. É característico, nesse território, o deslocamento da população de Franco da Rocha para atividades de estudo, trabalho e lazer em outros municípios da Região Metropolitana da Grande São Paulo, principalmente na capital do estado. Aranha⁵ destaca que essa movimentação intensa modifica o volume populacional de forma provisória, podendo impactar a demanda por serviços e bens. Dados do Censo de 2010, realizados pelo IBGE, demonstram que o movimento pendular é negativo em Franco da Rocha, ou seja, mais pessoas saem do município para trabalho e estudo do que chegam para essas atividades.

A Rede de Atenção à Saúde

Para garantir assistência à saúde para a população, o município vem ampliando a sua rede de serviços. Dados do CNES⁶ demonstram que em janeiro de 2014 o município contava com 12 Unidades Básicas

de Saúde e 3 Hospitais Gerais, dentre outros serviços. Em 2020, o município contava com 1 Centro de Apoio à Saúde da Família, 3 Centros de Atenção Psicossocial, 1 Serviço de Atenção Domiciliar e 3 Hospitais Gerais e o site da gestão municipal aponta 13 Unidades Básicas de Saúde (Tabela 2).

Tabela 2. Número de estabelecimentos de saúde existentes, por tipo, no município de Franco da Rocha nos meses de janeiro de 2014 e dezembro de 2019.

Tipo de Estabelecimento	jan/14	dez/19
Central de Gestão em Saúde	1	1
Central de Regulação de Serviços de Saúde	1	0
Central de Regulação do Acesso	0	1
Centro de Apoio à Saúde da Família	0	1
Centro de Atenção Psicossocial	0	3
Centro de Saúde/Unidade Básica	12	13
Clínica/Centro de Especialidade	6	13
Consultório Isolado	34	41
Farmácia	2	3
Hospital Especializado	2	2
Hospital Geral	3	3
Policlínica	0	1
Polo Academia da Saúde	0	3
Pronto Atendimento	1	1
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	0	1
Unidade de Apoio Diagnose E Terapia (SADT Isolado)	5	9
Unidade de Vigilância em Saúde	5	2
Total	72	104

Dentre os novos pontos de atenção, é importante destacar a ampliação da Atenção Básica, que em janeiro de 2014 contava com 12 unidades e 5 equipes de Saúde da Família cadastradas no CNES e em dezembro de 2020, além da ampliação de uma unidade, aumentou para 24 o número de equipes. Dessa forma, o município amplia a cobertura de Saúde da Família de 12,5% para 54,32% nesse período. Outro ponto que merece destaque é a criação de 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um CAPS tipo II, um CAPS Álcool e Drogas IV e um CAPS Infanto-Juvenil. Esses CAPS foram implantados para atender toda a população do município, com o objetivo de reorganizar a assistência em saúde mental, que é marcada por um forte traço hospitalocêntrico em função da presença do Hospital do Juqueri (ver mais detalhes no capítulo 11).

Quando analisamos a estrutura de assistência hospitalar, segundo dados do CNES⁶, constam 5 hospitais no território, dentre os quais 3 são hospitais gerais e 2 são hospitais especializados em assistência psiquiátrica e estão sob a gestão estadual. Os hospitais gerais referem-se a um serviço privado que não presta assistência ao SUS e dois hospitais sob gestão estadual. A assistência hospitalar prestada nesses estabelecimentos sofreu mudanças ao longo dos anos. Em 2014, observa-se que a assistência obstétrica e pediátrica contava com 40 leitos de obstetrícia (27 leitos SUS), 20 leitos de pediatria (18 de assistência ao SUS), 5 leitos para Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e 5 para UTI Pediátrica, todos de assistência ao SUS. Em 2019, passaram a constar 13 leitos de obstetrícia e 31 de pediatria, todos de assistência no hospital privado e nenhum leito de UTI Neonatal e Pediátrica. Esse redesenho da rede assistencial regional contribui para que as principais referências de maternidade para o município de Franco da Rocha sejam os municípios de Caieiras e Francisco Morato, na própria Região de Saúde (Tabela 3).

Com relação à assistência de alta complexidade, Franco da Rocha tem habilitação no SUS apenas para a assistência em neurologia, visto que as demais especialidades – ortopedia, cardiologia e oncologia – são referenciadas para outros municípios, as duas últimas sendo 100% referenciadas para outras regiões de saúde por não contarem com nenhum hospital habilitado na região. Ainda na assistência de alta complexidade, em janeiro de 2014, o município contava com 26 leitos de UTI Adulta.

to, dentre os quais 18 eram habilitados para assistência ao SUS e em dezembro de 2019, o total de leitos de UTI Adulto correspondia a 21, sendo 11 para assistência ao SUS (Tabela 3).

Tabela 3. Número de leitos Obstétricos, Pediátricos e de Unidade de Terapia Intensiva existentes e para assistência ao SUS no município de Franco da Rocha nos meses de janeiro de 2014 e dezembro de 2019.

Grupo	Tipo de Leito	jan/14		dez/19	
		Existente	Assistência SUS	Existente	Assistência SUS
Obstétrico	Obstetrícia Cirúrgica	35	22	13	0
Obstétrico	Obstetrícia Clínica	5	5	0	0
Pediátrico	Pediatria Clínica	20	18	31	0
Complementar	UTI Adulto - Tipo I	15	7	10	0
Complementar	UTI Adulto - Tipo II	11	11	11	11
Complementar	UTI Pediátrica - Tipo II	5	5	0	0
Complementar	UTI Neonatal - Tipo II	5	5	0	0

Fonte: CNEs⁶, consultado em 10/06/2021.

Análise dos indicadores de saúde: nascer, adoecer e morrer em Franco da Rocha

Análises quanto ao nascer, adoecer e morrer são complexas e exigem esforços para além do olhar dos dados secundários. Contudo, as informações produzidas a partir dos Sistemas de Informação em Saúde são instrumentos de reflexão sobre o contexto e os desfechos relacionados a esses processos. É nes-

se sentido que dados como consultas de pré-natal, mães adolescentes, partos cesáreos e causas de internações e de mortes estão presentes neste capítulo, a fim de despertar reflexões e, principalmente, indagações quanto à organização e ao processo de cuidado que serão debatidos nos capítulos a seguir.

Nascer em Franco da Rocha

Para caracterizar o nascer dos munícipes de Franco da Rocha, foram selecionados os dados de nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal, nascidos vivos de mães adolescentes, proporção de partos cesáreos para o total de nascidos vivos e para aqueles que nasceram no SUS e proporção de nascidos vivos com baixo peso.

A qualidade do pré-natal está diretamente relacionada a melhores indicadores de saúde materno-infantil⁸. Diretrizes da Rede Cegonha recomendam o início precoce do pré-natal e a realização de no mínimo sete consultas⁹. A Tabela 4 mostra a evolução do percentual de nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal no município. De forma geral, verifica-se melhora nesse indicador, que passou de 64,78% para 75,73% no período de 2014 a 2018, com leve diminuição em 2019, representando 74,07%.

Tabela 4. Percentual de nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal no município de Franco da Rocha no período de 2014 a 2019.

Ano	Nº de Nascidos Vivos com sete ou mais consultas de pré-natal	Total de Nascidos Vivos	% de Nascidos Vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal
2014	1.453	2.243	64,78
2015	1.608	2.367	67,93
2016	1.550	2.236	69,32
2017	1.641	2.318	70,79
2018	1.669	2.204	75,73
2019	1.600	2.160	74,07

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC/CCD/SESSP¹.
Dados preliminares para 2018 e 2019. Dados levantados em 10/06/2021.

A gravidez na adolescência, juntamente com as mudanças fisiológicas e psicossociais naturais a esse ciclo de vida, traz consigo riscos de morbidade e mortalidade¹⁰. Analisando-se 2014 e 2019, verifica-se uma redução do percentual de nascidos vivos de mães adolescentes, de 15,25% para 12,27%, embora percebam-se oscilações do indicador no período analisado (Tabela 5).

Tabela 5. Percentual de gestantes menores de 20 anos no município de Franco da Rocha no período de 2014 a 2019.

Ano	Nascidos Vivos com Mães < 20 anos	Total de Nascidos Vivos	% de Nascidos Vivos com Mães < 20 anos
2014	342	2.243	15,25
2015	355	2.367	15,00
2016	372	2.236	16,64
2017	345	2.318	14,88
2018	317	2.204	14,38
2019	265	2.160	12,27

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC/CCD/SESSP¹.
Dados preliminares para 2018 e 2019. Dados levantados em 10/06/2021.

O Brasil apresenta um modelo de atenção ao parto e nascimento, caracterizado pelo uso excessivo de intervenções obstétricas e neonatais. Essas intervenções, quando usadas de forma rotineira ou não baseadas na melhor evidência científica, estão associadas a resultados maternos e perinatais desfavoráveis¹¹. É importante ressaltar que, desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea fique entre 10% e 15%¹². A Tabela 6 aponta maior percentual de partos cesáreos para o total de nascidos vivos no município quando comparado aos nascidos vivos no SUS. Com relação ao total de nascimentos, houve redução de 56,17%, em 2014, para 48,14% em 2018 e um ligeiro aumento no ano seguinte, chegando a 50,88%. Pequenas oscila-

ções são observadas em relação ao percentual de partos cesáreos realizados no SUS, com estabilização em torno de 37%. Vale destacar que o município não tem possibilidade de atuar diretamente na redução das taxas de cesárea no SUS, uma vez que suas duas maternidades de referência não estão em seu território sob gestão municipal.

Tabela 6. Percentual de partos cesáreos totais e realizados no SUS de residentes do município de Franco da Rocha no período de 2014 a 2019.

Ano	Nascidos Vivos Total			Nascidos Vivos no SUS		
	Nº de Nascidos Vivos por Parto Cesáreo	Total de Nascidos Vivos	% de Cesáreas	Nº de Partos Cesáreos	Total de Partos	% Partos Cesáreos
2014	1.260	2.243	56,17	504	1.333	37,81
2015	1.220	2.367	51,54	539	1.501	35,91
2016	1.121	2.236	50,13	581	1.552	37,44
2017	1.116	2.318	48,14	538	1.564	34,40
2018	1.061	2.204	48,14	511	1.485	34,41
2019	1.099	2.160	50,88	538	1.453	37,03

Fonte: Total - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC/CCD/SESSP; SUS - Sistema de Informação Hospitalar¹. Dados preliminares para 2018 e 2019. Dados levantados em 10/06/2021.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o baixo peso ao nascer (BPN), definido como todo nascido vivo com peso menor de 2.500 gramas no momento do nascimento, é fator determinante da mortalidade e morbidade fetal e neonatal, do déficit no desenvolvimento cognitivo e do aumento no risco de doenças crônicas não transmissíveis na vida adulta¹³. Quanto aos nascimentos no município, verificam-se pequenas oscilações em relação ao percentual de nascidos vivos com bai-

xo peso ao nascer, variando entre 9,3 e 9,9%. Porém, chama a atenção o aumento dos nascidos vivos com muito baixo peso ao nascer no período analisado, de 1,01 para 1,9% (Tabela 7).

Tabela 7. Percentual de nascidos vivos com baixo peso no município de Franco da Rocha no período de 2014 a 2019.

Ano	% de Nascidos Vivos com Baixo Peso ao nascer <1.5kg	% de Nascidos Vivos com Baixo Peso ao nascer <2.5kg
2014	1,01	9,29
2015	1,55	9,67
2016	1,39	9,60
2017	1,52	9,17
2018	1,21	8,99
2019	1,90	9,93

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC/CCD/SESSP¹.
Dados preliminares para 2018 e 2019. Dados levantados em 10/06/2021.

Adoecer em Franco da Rocha

A caracterização do adoecer considerou a internação da população Francorrochense por capítulos de causas da Classificação Internacional de Doenças (CID10) e as internações por causas sensíveis aos cuidados da atenção primária.

Conhecer o perfil de utilização de serviços hospitalares é fundamental para a estruturação e inserção de novas políticas voltadas para o aumento da equidade do sistema de saúde, redução do “desperdício” de recursos e maior eficiência no atendimento hospitalar da população¹⁴. A Tabela 8 apresenta as taxas de internação por 100.000 habitantes residentes no município. De forma geral, observa-se a tendência de queda das internações no período de 2014 a 2019. Vale notar a expressiva redução das internações psiquiátricas e o aumento das internações por doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas.

Tabela 8. Taxa de internação geral por 100.000 habitantes, por capítulo da Classificação Internacional de Doenças (CID10), de residentes no município de Franco da Rocha entre os anos de 2014 e 2019

Capítulos CID 10	2014	2015	2016	2017	2018	2019
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	138,59	113,21	136,65	146,45	164,72	206,46
II. Neoplasias (tumores)	222,17	237,67	233,77	238,83	282,19	315,68
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	24,29	14,06	31,22	29,43	27,68	31,97
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	72,87	47,82	45,09	47,90	68,86	47,29
V. Transtornos mentais e comportamentais	2.603,92	2.387,25	2.203,82	1.640,33	1.214,51	876,45
VI. Doenças do sistema nervoso	110,73	115,32	122,09	193,66	179,58	153,85
VII. Doenças do olho e anexos	105,73	92,11	54,11	62,27	95,86	114,55
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	5,72	12,66	7,63	4,79	4,05	8,66
IX. Doenças do aparelho circulatório	408,63	312,21	427,31	440,02	452,32	466,86
X. Doenças do aparelho respiratório	329,33	245,40	252,50	192,98	196,45	197,80

XI. Doenças do aparelho digestivo	500,78	463,39	502,22	483,82	595,44	604,06
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	74,30	67,50	88,10	69,12	85,06	82,58
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	45,72	59,07	61,74	78,01	72,91	109,22
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	184,31	194,07	248,34	248,41	201,86	302,36
XV. Gravidez, parto e puerpério	1.155,16	1.307,18	1.301,34	1.273,53	1.188,18	1.220,77
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	100,73	38,67	47,17	62,96	72,91	173,16
XVII. Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	47,15	47,82	47,17	60,22	40,51	60,61
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	139,30	60,47	63,82	67,06	67,51	55,94
XIX. Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	521,50	486,59	543,15	555,67	552,23	626,70

XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	0,70	-	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	112,16	153,29	117,23	171,08	186,33	106,56
Total	6.903,08	6.456,47	6.534,45	6.066,56	5.749,16	5.761,53

Fonte: SESSP/SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS¹. Dados levantados em 10/06/2021.

Ainda com relação às internações, merece destaque o indicador internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB). Existem vários indicadores para avaliar a efetividade e a implementação das políticas de atenção primária em um país, entre eles, o ICSAB, validado pelo Ministério da Saúde no final da década de 2000, com a proposta de uma lista brasileira com 20 grupos de condições de saúde que, se tratadas de forma adequada na atenção primária, evitariam internações¹⁵. No município de Franco da Rocha, quanto ao percentual de internações por causas sensíveis à Atenção Primária (Tabela 9), verifica-se tendência de queda, com percentuais de 9,75% em 2014 e 7,38% em 2019.

Tabela 9. Percentual de internações por causas sensíveis à atenção primária (ICSAB) de residentes de Franco da Rocha no período de 2014 a 2019.

Ano	Nº de ICSAB	Total de Internações	% ICSAB
2014	629	6449	9,75
2015	450	6233	7,22
2016	559	6766	8,26
2017	535	6821	7,84
2018	529	7063	7,49
2019	524	7101	7,38

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH-SUS/DATASUS/MS¹. Dados levantados em 10/06/2021.

Nota: 1. % ICSAB: % de internações por causas sensíveis à Atenção Básica no total de internações, considerando a Portaria MS/SAS 221, de 17/04/2008; 2. Não foram consideradas as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) de Longa Permanência.

Morrer em Franco da Rocha

Por fim, o morrer dos munícipes de Franco da Rocha será descrito para os menores de um ano (taxa de mortalidade infantil) e população adulta e idosa com as taxas de mortalidade por capítulo da Classificação Internacional de Doenças (CID10).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a taxa de mortalidade infantil permite analisar a disponibilidade, a utilização e a eficácia dos cuidados de saúde, em especial da atenção ao pré-natal, ao parto, ao recém-nascido e à criança no primeiro ano de vida, sendo frequentemente utilizada para definir políticas públicas direcionadas à saúde materno-infantil¹⁶. Na Tabela 10, verificamos a evolução dos indicadores da mortalidade infantil (em menores de um ano) e seus componentes no município de Franco da Rocha. A respeito do total de óbitos em menores de um ano, verifica-se uma oscilação, com tendência de aumento, se compararmos os 23 óbitos em 2014 a 25 óbitos em 2019. Houve aumento dos componentes neonatal tardio e pós-neonatal e discreta redução dos óbitos neonatais precoces.

Tabela 10. Número de óbitos em menores de um ano, taxa de mortalidade infantil e seus componentes no município de Franco da Rocha no período de 2014 a 2019.

Ano	Nº de óbitos < 1 ano (Tx Mortalidade)	Nº de óbitos neonatais precoces (Tx Mortalidade)	Nº de óbitos neonatais tardios (Tx Mortalidade)	Nº de óbitos neonatais (Tx Mortalidade)	Nº de óbitos pós-neonatal (Tx Mortalidade)
2014	23 (10,3)	16 (7,13)	3 (1,3)	19 (8,47)	4 (1,78)
2015	30 (12,7)	16 (6,76)	7 (3,0)	23 (9,72)	7 (2,96)
2016	23 (10,3)	14 (6,26)	5 (2,2)	19 (8,5)	4 (1,79)
2017	33 (14,2)	21 (9,06)	4 (1,7)	25 (10,79)	8 (3,45)
2018	25 (11,3)	9 (4,08)	5 (2,3)	14 (6,35)	11 (4,99)
2019	25 (11,6)	14 (6,48)	5 (2,3)	19 (8,8)	6 (2,78)

Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM¹.
Dados preliminares para 2018 e 2019. Dados levantados em 10/06/2021.

A taxa de mortalidade da população adulta, considerando 100.000 habitantes, apresenta oscilação no período, mas com tendência de queda, passando de 315,49 para 304,36 na comparação entre 2014 e 2019. As principais causas de óbito nessa população, em 2014 e 2019, foram: Doenças do Aparelho Circulatório – a principal causa em ambos os anos; Neoplasias – 2ª causa em 2019 e 3ª causa em 2014 e Causas Externas – 3ª causa em 2019 e 2ª causa em 2014. Verificou-se, acompanhando a tendência do Brasil, avanços importantes para alguns grupos de problemas, como as doenças infecciosas e parasitárias, mas, ao mesmo tempo, os dados mostram uma tendência inversa e preocupante para um conjunto de outros problemas¹⁷.

Tabela 11. Taxa de mortalidade na população adulta (20 a 59 anos) por 100.000 habitantes, por capítulo da Classificação Internacional de Doenças (CID10), no município de Franco da Rocha entre os anos de 2014 e 2019.

Capítulos CID 10	2014	2015	2016	2017	2018	2019
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	21,43	24,59	20,73	12,47	26,78	15,38
II. Neoplasias (tumores)	51,19	60,88	51,83	63,47	46,86	54,94
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	-	1,17	1,15	2,27	1,12	1,10
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	10,71	10,54	8,06	5,67	4,46	8,79
V. Transtornos mentais e comportamentais	1,19	1,17	-	2,27	-	1,10
VI. Doenças do sistema nervoso	2,38	3,51	3,46	6,80	4,46	3,30

IX. Doenças do aparelho circulatório	98,81	100,68	103,66	107,68	101,54	97,79
X. Doenças do aparelho respiratório	32,14	31,61	29,95	24,94	7,81	23,07
XI. Doenças do aparelho digestivo	16,67	37,46	27,64	15,87	20,08	32,96
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1,19	-	1,15	2,27	-	1,10
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	1,19	1,17	1,15	-	1,12	-
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2,38	3,51	5,76	4,53	5,58	7,69
XV. Gravidez, parto e puerpério	1,19	-	-	2,27	2,23	-
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1,19	-	2,30	1,13	1,12	-
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	2,38	7,02	2,30	4,53	1,12	6,59
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	71,43	69,07	65,65	46,47	51,33	50,54
Total	315,49	352,39	324,79	302,63	275,60	304,36

Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM¹.
 Dados preliminares para 2018 e 2019. Dados levantados em 10/06/2021.

Apesar das oscilações, a taxa de mortalidade na população idosa, para 100.000 habitantes, sofreu um decréscimo no período, passando de 3.778,82 para 3.534,55 na comparação entre 2014 e 2019. As principais causas de óbito nessa população, em 2014 e 2019, foram: Doenças do Aparelho Circulatório – a principal causa em ambos os anos; Neoplasias – 2ª causa em 2019 e 3ª causa em 2014 e Doenças do Aparelho Respiratório – 3ª causa em 2019 e 2ª causa em 2014. Esse perfil é semelhante àquele verificado para a população brasileira com 60 anos ou mais¹⁸.

Tabela 12. Taxa de mortalidade na população idosa (>60 anos) por 100.000 habitantes, por capítulo da Classificação Internacional de Doenças (CID10), no município de Franco da Rocha entre os anos de 2014 e 2019.

Capítulos CID 10	2014	2015	2016	2017	2018	2019
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	110,91	104,81	57,00	101,76	96,87	129,09
II. Neoplasias (tumores)	625,84	568,99	684,05	610,54	594,12	620,85
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	15,84	7,49	21,38	6,78	-	-
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	205,97	112,30	178,14	169,60	180,82	196,71
V. Transtornos mentais e comportamentais	15,84	14,97	7,13	-	-	6,15
VI. Doenças do sistema nervoso	55,45	74,87	42,75	54,27	71,04	79,91

VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	-	-	-	-	-	6,15
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.584,41	1.632,10	1.724,38	1.465,30	1.543,43	1.493,73
X. Doenças do aparelho respiratório	665,45	636,37	676,93	644,46	432,68	534,79
XI. Doenças do aparelho digestivo	213,90	232,09	192,39	176,38	206,65	184,41
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	14,97	21,38	6,78	19,37	6,15
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	15,84	7,49	7,13	13,57	6,46	24,59
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	134,67	134,76	171,01	115,32	148,53	116,79
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	23,77	37,43	14,25	61,05	32,29	36,88
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	110,91	104,81	85,51	122,11	103,33	98,35
Total	3.778,82	3.683,46	3.883,43	3.547,93	3.435,58	3.534,55

Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM¹.
 Dados preliminares para 2018 e 2019. Dados levantados em 10/06/2021.

Considerações finais

O contexto sociodemográfico do município de Franco da Rocha configura-se em um grande desafio para o gestor municipal que necessita, em um cenário de restrições financeiras, organizar sua rede assistencial para as demandas de uma população com alta vulnerabilidade e que está envelhecendo. As análises de indicadores que visam avaliar os índices de desenvolvimento do município apontam para uma melhora ao longo dos anos, porém, com grande desigualdade no território.

Os dados demonstram também o investimento do município na ampliação da rede assistencial de Atenção Básica e saúde mental, que está sob sua gestão e governabilidade. Com relação à assistência hospitalar, que está sob gestão estadual, o município depende das pactuações regionais na Comissão Intergestores Bipartite para organizar os fluxos de regulação assistenciais.

Os indicadores de saúde mostram melhora em alguns desfechos no período compreendido entre 2014 e 2019, em especial naqueles relacionados à atuação da Atenção Primária, como a cobertura do pré-natal e as internações por condições sensíveis à Atenção Básica. Porém, ainda restam grandes desafios, como a redução da mortalidade infantil e da mortalidade da população adulta por doenças cardiovasculares e neoplasias.

A exclusão do ano de 2020 desse panorama foi proposital, em função das repercussões expressivas da pandemia de Covid-19 na organização da rede assistencial do município. Isso será objeto de análise nos capítulos que abordam as ações desenvolvidas no âmbito da parceria do município com o Instituto de Saúde em diferentes linhas de cuidado.

A proposta do capítulo foi pavimentar a leitura para melhor compreensão do trabalho desenvolvido durante os sete anos de parceria, à luz do contexto sociodemográfico, da rede de atenção e dos indicadores de saúde do município.

Agradecimentos: À Nayara Begalli Scalco Vieira pelo levantamento das informações e à Mariana Tarricone Garcia pela revisão crítica do texto.

Referências

1. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SP). Informações de Saúde [internet]. São Paulo; 2021 [acesso em 11 jun 2021]. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/informacoes-de-saude/>
2. Fundação Seade. Perfil dos Municípios Paulistas [internet]. São Paulo; 2021 [acesso em 23 mai 2021]. Disponível em: <http://perfil.seade.gov.br/>
3. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [internet]. [s.l.]; 2021 [acesso em 23 mai 2021]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/perfil/municipio/351640#idhm-all>
4. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (SP). Índice Paulista de Vulnerabilidade Social [internet]. São Paulo; 2010 [acesso em 23 mai 2021]. Disponível em: <http://www.ipvs.seade.gov.br/view/index.php>
5. Aranha V. Mobilidade pendular na metrópole paulista. *Perspec.* 2005;19(4):96-109.
6. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES [internet]. Brasília; 2021 [acesso em 10 jun 2021]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>
7. Secretaria Municipal de Franco da Rocha (SP). Unidades de Saúde de Franco da Rocha [internet]. 2021 [acesso em 10 jun 2021]. Disponível em: <http://www.francoदारocha.sp.gov.br/franco/servico/saude>
8. Polgliane RBS, Leal MC, Amorim MHC, Zandonade E, Santos Neto ET. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Cien Saude Colet.* 2014;19(7): 1999-2010.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília (DF); 2011.
10. Rosaneli CF, Costa NB, Sutile VM. Proteção à vida e à saúde da gravidez na adolescência sob o olhar da Bioética. *Physis.* 2020;30(1):e300114.

11. Leal MC, Bittencourt AS, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad Saude Publica*. 2019;35(7):e00223018.
12. World Health Organization - WHO. Statement on caesarean section rates [internet]. Geneva; 2015 [acesso em 29 jul 2021]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1.
13. Belfort, GP, Santos MMAS, Pessoa LS, Dias JR, Heidelmann SP, Saunders C. Determinantes do baixo peso ao nascer em filhos de adolescentes: uma análise hierarquizada. *Cien Saude Colet*. 2018;23(8):2609-2620.
14. Castro GG, Leite MAFJ, Martins Junior G, Silva KR, Reis Junior AG. Perfil das internações hospitalares em município de Minas Gerais. *Rev Família Ciclos Vida Saúde Contexto Social*. 2018;6(1):45-52.
15. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB). *Cienc Saude Colet*. 2018;23(6):1903-1913.
16. Kropiwienc MV, Franco SC, Amaral, AR. Fatores associados à mortalidade infantil em município com índice de desenvolvimento humano elevado. *Rev Paul Pediatr*. 2017;35(04): 391-398.
17. Barreto ML, Carmo EH. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2007;12:1779-1790.
18. Virtuoso JF, Balbé GP, Mazo GZ, Pereira MGS, Santos FS. Morbidade e mortalidade da população idosa de Florianópolis: um estudo comparativo entre homens e mulheres. *Rev Brasil Geriatria Gerontologia*. 2010;13(2):215-223.

Atenção Básica de Franco da Rocha: estrutura, financiamento e organização do cuidado no período de 2014-2020

Lígia Schiavon Duarte^I, Fabiana Santos Lucena^{II},
Mônica Martins de Oliveira Viana^{III}

Introdução

A Atenção Básica (AB) representa ponto estratégico para o trabalho em Rede, favorecendo a confluência das diferentes linhas de cuidado com as necessidades do território. De acordo com Giovanella et al. (2019)^I, garantir uma Atenção Básica abrangente – ou seja, condizente com as diretrizes de territorialização, universalidade e integralidade – constitui premissa fundamental para a viabilidade de sistemas universais de saúde, tais como o Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, a análise de sistemas locais de saúde, ou do SUS de um município, deve incluir necessariamente a compreensão do funcionamento de sua Atenção Básica.

Apesar dos reconhecidos avanços na estruturação da AB desde a década de 1990, diferentes autores^{2, 6, 7} têm apresentado sérias preocupações referentes a um contexto de desmonte do SUS, em favor da lógica privatista. Nessa conjuntura, a análise indica que a Atenção Básica tem sido alvo de ataques paulatinos desde 2016, caracterizando o que denominam de pacote de contrarreformas. Incluem-se aí, em especial, a Política Nacional de Atenção Básica (AB) de 2017³, a criação

I Lígia Schiavon Duarte (ligiaduarte@isaude.sp.gov.br) é economista, doutora em Ciências, diretora técnica I do Instituto de Saúde - SES/SP

II Fabiana Santos Lucena (fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br) é enfermeira, mestre em Cuidados em Saúde pela EEUSP, pesquisadora científica I do Instituto de Saúde - SES/SP

III Mônica Martins de Oliveira Viana (monica.viana@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, doutora em saúde coletiva pela Unicamp e pesquisadora I do Instituto de Saúde - IS/SP

da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária (ADAPS)⁴ e o Programa Previne Brasil⁵.

Segundo Morosini et al.², apesar de tais documentos citarem seu compromisso com os princípios do SUS, mais especificamente com a integralidade, e com a chamada APS forte, a análise de seu conteúdo indica um encaminhamento no sentido contrário, qual seja, uma série de diretrizes de ordem procedimental para o incremento do modelo de atenção individualizante, com equipes reduzidas (de enfoque biomédico, com médicos e enfermeiros somente) e aprofundamento da privatização.

Conforme apontado por Morosini et al.², Melo et al.⁷ e Giovanella et al.⁶, passa a ser permitido que equipes sejam registradas com apenas um Agente Comunitário de Saúde (ACS), ou até mesmo com a ausência destes; a carga horária mínima a ser cumprida pelos médicos fica reduzida a dez horas semanais; o financiamento de equipes de Atenção Primária (eAP) torna-se equivalente ao das equipes de ESF (Estratégia Saúde da Família); retira-se o financiamento aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁸; torna o cadastramento condição para o repasse, em detrimento da territorialização e adscrição de clientela; prioriza como ação estratégica o Programa Saúde na Hora⁹, pautado na demanda espontânea; abre-se a possibilidade de contratação de plantonistas para a Atenção Básica; apresentam como lista para o pagamento por desempenho procedimentos de cunho biomédico e ações de vigilância com caráter reducionista; sedimenta-se o formato legal necessário para a participação maciça do setor privado na prestação de serviços da AB.

Mesmo o Programa Mais Médicos (PMM)¹⁰, que se consolidava como uma alternativa para lidar com um dos entraves estruturais da Atenção Básica desde longa data – a fixação de médicos em locais mais vulneráveis – e que vinha alcançando êxitos^{6, 11, 12, 13, 14} também foi alvo de importantes retrocessos. Na análise feita pelos autores, ainda que pesem as limitações do PMM quanto à provisoriedade da alocação de recursos e quanto ao avanço modesto nas dimensões formativas do programa, o programa demonstrou ser relevante na distribuição mais equitativa de profissionais médicos e contribuiu de modo significativo para a ampliação das coberturas de Atenção Básica, haja vista a necessidade de se ter um profissional médico disponível para se poder cadastrar novas equipes.

À medida que ocorre a descontinuidade do PMM, com a criação do programa Médicos pelo Brasil¹⁵, assiste-se a uma restrição no escopo da proposta, que se limita à alocação de médicos, sem investir em medidas no âmbito educacional, de longo prazo, para a formação de quadros médicos para a Atenção Básica. Ademais, ao empregar novos critérios para a adesão dos municípios, o Estado de São Paulo passou a ficar desassistido.

Portanto, de acordo com essas análises, o caráter multidisciplinar e longitudinal das equipes, bem como o estímulo aos cuidados no território, pontos centrais para o funcionamento da Atenção Básica nos moldes da Estratégia Saúde da Família, que era o que mais se aproximava de uma APS abrangente, sofre grandes retrocessos. Ainda que tenhamos que reconhecer que a ESF apresentava limitações na conformação de práticas voltadas para a comunidade, por vezes reproduzindo em outro cenário um viés médico centrado, sem crítica sobre seu agir social, ela permanecia reconhecida teoricamente como um horizonte para a mudança de modelo, e havia demonstrado a eficácia de se investir em um sistema de saúde centrado na Atenção Básica. Um exemplo disto é que a expansão de cobertura tem sido associada positivamente com melhores resultados nos indicadores de saúde^{6, 16, 17}.

Tal conjuntura desfavorável à Atenção Básica pode ter produzido impactos durante a pandemia de Covid-19, levando ao que os autores consideram uma resposta pouco abrangente, com baixo protagonismo deste nível de atenção, que poderia ter sido determinante para ações de busca ativa, vigilância e propagação das medidas de prevenção da doença. Outros países, a exemplo de Cuba, que exploraram o potencial da Atenção Básica no enfrentamento da doença, demonstraram sua ampla relevância neste contexto^{18, 19, 20}.

Ao longo da história da parceria entre o Instituto de Saúde e o município de Franco da Rocha, importantes aspectos do cuidado à saúde foram debatidos e receberam investimentos para a ampliação de sua capacidade de promover a integralidade nos três sentidos identificados por Mattos²¹, quais sejam: como traço da boa medicina/boa clínica; como modo de organizar as práticas mediante interdisciplinaridade e trabalho em rede, e como políticas intersetoriais, que conectam a saúde com outras áreas das políticas públicas. Contudo, é preciso salientar que todos esses investimentos tomaram, acertadamente, a Atenção Básica como ponto de articulação

e de disseminação das propostas, o que torna especialmente importante a discussão sobre este nível de atenção em Franco da Rocha.

Considerando o exposto, o presente capítulo tem como objetivo analisar a organização da Atenção Básica do município de Franco da Rocha durante o período de 2014 a 2020, possibilitando caracterizar o contexto que se apresentava durante as intervenções conduzidas ao longo da parceria entre Franco da Rocha e o Instituto de Saúde, bem como compreender a estrutura já estabelecida neste nível de atenção e que contribuiu na modelagem da resposta do município à pandemia por SARS-CoV-2, em 2020.

Para isso, buscamos reunir elementos de caracterização e análise da Atenção Básica de Franco da Rocha a partir das categorias: estrutura (capacidade instalada); investimentos recentes; resultados na saúde da população e na organização das práticas de cuidado. Além disso, acrescentamos alguns aspectos sobre o enfrentamento da pandemia. O material compilado deriva de dados secundários e de entrevistas semiestruturadas realizadas com a gestão municipal (secretaria municipal de saúde) e gestão local (coordenadores de duas UBS) dentro do escopo da pesquisa: “Desafios e Respostas do Sistema Único de Saúde do município de Franco da Rocha no enfrentamento à Covid-19” aprovada pelo comitê de ética do Instituto de Saúde sob parecer consubstanciado número 4.231.566.

Cabe esclarecer que a pesquisa supracitada, realizada em 2020, teve como objeto o trabalho dos Agentes Comunitários da Saúde de Franco da Rocha durante a pandemia. Como essa temática foge do objetivo do presente capítulo, buscou-se, para compor o material aqui analisado, centrar-se nas entrevistas dos gestores e considerar somente as questões referentes à estrutura e organização da Atenção Básica.

Ademais, a análise do material aqui apresentado manteve-se majoritariamente circunscrita a uma abordagem descritiva, acompanhada de argumentações explicativas integradoras entre os componentes considerados, ou seja, estrutura, investimentos e organização da resposta à pandemia.

Estrutura da Atenção Básica em Franco da Rocha

É possível observar que ao longo do período da parceria entre o IS e o município de Franco da Rocha, a gestão municipal de saúde envidou

esforços na melhoria da Atenção Básica. Esses esforços, que resultaram na ampliação da infraestrutura de atenção à população tanto no que se refere aos espaços de atendimento, como aos recursos humanos, ocorreram *pari passu* com a implementação do Programa Mais Médicos (PMM), conforme afirmado pela gestão.

Em 2014, o município de Franco da Rocha contava com dez Unidades Básicas de Saúde (UBS) e destas apenas cinco tinham Equipes de Estratégia Saúde da Família, sendo elas: UBS do Monte Verde, UBS Lago Azul, UBS Jardim Bandeirantes, UBS Mato Dentro e UBS Jardim Luciana. Essas UBS contavam com um total de 30 agentes comunitários de saúde (ACS). Em 2015 houve concurso para contratação de ACS, com abertura de 96 vagas, dando início a uma ampliação da ESF para as 10 UBS do município. Além da ampliação da ESF, houve esforços também para a construção de novos prédios para UBS já existentes, bem como para a ampliação de novas unidades.

Atualmente, o município possui 13 UBS, 26 equipes ESF e 115 ACS. O Plano Municipal de Saúde 2018-2021, além de prever mais duas UBS, ou seja, terminar o ano de 2021 com 15 UBSs, também considerou a expansão para 32 equipes de ESF e 160 ACSs. Mesmo considerando que a pandemia por SARS-CoV-2 tenha levado à alteração do planejamento da política de saúde municipal previsto no Plano Municipal de Saúde 2018-2021, é possível afirmar que foram muitos os investimentos na Atenção Básica de Franco da Rocha no período mais recente.

Tabela 1 – Quantidade de Unidades Básicas de Saúde, Equipes de Estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde – Município de Franco da Rocha

	2014	2018*	2021**	Segundo semestre de 2020***
UBS	10	12	15	13
ESF	5	26	32	26
ACS	30	115	160	118

Fonte: Município de Franco da Rocha

* Segundo Plano Municipal de Saúde 2018-2021

** Segundo meta explicitada no Plano Municipal de Saúde 2018-2021

*** Informação disponibilizada nas transcrições das entrevistas

Apesar da ampliação dos serviços por meio da melhoria da infraestrutura e contratação de trabalhadores de saúde, os relatos das entrevistas possibilitam afirmar que os anos imediatamente anteriores à pandemia apresentam dois principais desafios à gestão da Atenção Básica municipal. O primeiro deles, a dificuldade na fixação de médicos a partir da desestruturação do PMM. Esse contexto levou a gestão municipal a buscar alternativas que viabilizassem a contratação de médicos e de outros profissionais para a continuidade do fortalecimento deste nível de atenção, estando entre elas a instituição da Fundação Estatal Regional de Saúde e Desenvolvimento Social dos Municípios da Bacia do Juqueri (Fundação Juquery²³), que possibilitou a formulação de projeto de apoio à Atenção Básica para contratação de profissionais. Outra alternativa referida foi a parceria com a Fundação e Associação PROAR, visando a implementação de programa de matriciamento voltado para doenças respiratórias na rede da Atenção Básica (Detalhes ver: http://francodarocha.sp.gov.br/arquivos/texto/anexo_5db1b0d80aa38.pdf).

O segundo principal desafio se refere ao novo modelo de financiamento instituído no final de 2019 pelo Ministério da Saúde, o Previnê Brasil⁵. A mudança de parte do financiamento da Atenção Básica para a modalidade capitação ponderada fez com que a gestão de saúde municipal apresentasse como meta, no início de 2020, o cadastramento de 100% da população. Nesse sentido, nos meses imediatamente anteriores ao início da pandemia, houve uma forte motivação do cadastramento das famílias pelos ACS, incluindo o estabelecimento de metas nas UBS e mutirão de cadastramento. A disponibilização de tablets para uso dos ACS, já previsto no Plano Municipal de Saúde 2018-2021 de Franco da Rocha²², veio ao encontro desse objetivo e reforçou a tendência de informatização da AB, junto com a implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) em três UBS e o cadastramento da nova modalidade de equipe de saúde, a Equipe de Atenção Primária (Eap) no sistema. Segundo os relatos de entrevista, no período que antecede o momento pandêmico, 50% da população já estava cadastrada.

Ainda que se tenha observado os esforços da gestão municipal em se adequar às novas orientações ministeriais, as entrevistas reiteram a preocupação com a qualificação da assistência prestada à população e sua

intenção em buscar uma Atenção Básica mais resolutiva para diminuir os encaminhamentos para a rede especializada. No entanto, além da manutenção das equipes com a quantidade adequada de profissionais, foram considerados desafios para essa qualificação das especificidades municipais. O movimento pendular da população, que se desloca diariamente por motivo de trabalho e estudo para outros municípios do entorno; e sua topografia acidentada, que dificulta o acesso tanto dos usuários à UBS, como dos profissionais das equipes de AB em suas ações no território.

Vale ressaltar ainda que uma das peculiaridades do município é a presença de unidades prisionais em seu território. Para garantir atenção à saúde dessa população, o município conta com dez equipes que atendem essas unidades. Essas equipes são contratadas pela Fundação Juquery, as quais realizam a gestão da Atenção Básica da População Privada de Liberdade (PPL) e compartilham com a prefeitura a responsabilidade de prevenção, promoção e cuidado em saúde dessa população do território municipal.

A continuidade do fortalecimento da Atenção Básica depende em grande parte dos recursos financeiros disponíveis. Dessa forma, compreender como esse processo ocorreu tendo em vista os recursos financeiros despendidos pode ajudar a jogar luz sobre sua continuidade. Uma breve exposição da alocação dos recursos financeiros de forma geral, e na Atenção Básica em especial, será apresentada na próxima seção.

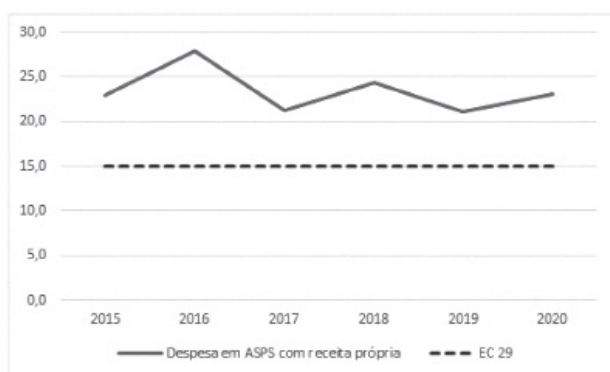
Os recursos financeiros para a política de AB municipal

A valorização da mudança no modelo de atenção no município exige, além da mobilização dos trabalhadores e gestores do SUS, o direcionamento de recursos financeiros para a política de saúde municipal. De forma geral, os municípios brasileiros já vêm comprometendo grande parte dos seus recursos próprios na implantação e desenvolvimento do SUS²⁴ e o município de Franco da Rocha não se difere dessa tendência.

Apesar da Emenda Constitucional 29²⁵(EC 29), de 2000, tornar obrigatória a vinculação de, no mínimo, 15% das receitas próprias dos municípios em ASPS (Ações e Serviços Públicos de Saúde), observa-se que no

período de 2015 a 2020, Franco da Rocha não comprometeu menos do que 21% das suas receitas em saúde (Gráfico 1). Conforme informações retiradas do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), é possível observar ainda que, em 2016, o município despendeu 27,9% das suas receitas próprias em ações e serviços de saúde.

Gráfico 1. Participação das despesas em saúde na receita própria municipal – Município de Franco da Rocha – 2015-2020



Fonte: SIOPS. Elaboração própria.

Além dos recursos próprios do município, os gastos em saúde no âmbito da execução orçamentária municipal também contam com recursos provenientes dos tesouros dos demais entes federados, sobretudo dos recursos da União, que são transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS). O gasto total em saúde, por nível de atenção, pode ser identificado a partir das informações declaradas pelos municípios para o Tesouro Nacional por meio do Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (Siconfi). As informações sobre a despesa liquidada por função, retiradas do Siconfi e deflacionadas a valores de dezembro de 2020 pelo Índice Geral de Preços calculado pela Fundação Getúlio Vargas (IGP-DI/FGV), permitem observar que o município de Franco da Rocha alocou R\$ 538,02 milhões em saúde no período 2015 a 2020.

Para compreender quais níveis de atenção foram contemplados com os recursos executados, é possível observar a alocação pelos dife-

rentes níveis de atenção – Atenção Básica (AB); Assistência hospitalar e ambulatorial – média e alta complexidade (MAC); Suporte profilático; Vigilância e outros. Para a identificação das prioridades da saúde quanto ao direcionamento dos recursos financeiros, optou-se por agregar as informações de Suporte profilático, Vigilância e outros em um segmento chamado Demais. O resultado pode ser observado na tabela 1.

A Assistência hospitalar e ambulatorial (MAC) foi o nível de atenção com maior participação nas despesas em saúde do município de Franco da Rocha durante todo o período analisado. A Atenção Básica vem em seguida, com cerca de 29,3% dos recursos.

Cabe ressaltar que a AB chegou a participar com 34,0% da despesa anual em Saúde em 2017, refletindo o esforço de valorização da AB na gestão da saúde municipal. Verifica-se que, após 2017, a AB perde participação no gasto total em saúde, chegando em 2020 ao mesmo patamar que 2015, ou seja, cerca de 27,0% do total do gasto anual.

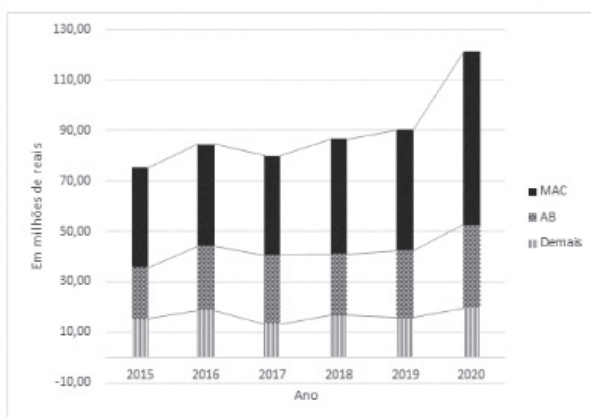
**Tabela 1. Despesa em saúde por nível de atenção
– município de Franco da Rocha – 2015-2020**

Em milhões de reais							
Ano	AB		MAC		Demais		Total
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	
2015	20,26	27,0	39,64	52,7	15,26	20,3	75,16
2016	25,69	30,4	40,22	47,6	18,58	22,0	84,48
2017	27,27	34,0	39,68	49,5	13,17	16,4	80,12
2018	24,39	28,1	45,75	52,8	16,56	19,1	86,69
2019	26,80	29,7	47,73	52,9	15,67	17,4	90,20
2020	33,13	27,3	68,64	56,6	19,59	16,1	121,35
Total	157,54	29,3	281,66	52,4	98,83	18,4	538,02

Fonte: Finbra/Siconfi. Elaboração própria.
Valores corrigidos pelo IGP-DI/FGV de dezembro de 2020.

As mesmas informações sobre a despesa liquidada por função organizadas no gráfico 2 permite observar o crescimento das despesas em saúde ao longo do período analisado, em especial no ano de 2020. Chama a atenção a ampliação das despesas na Assistência hospitalar e ambulatorial (MAC) no primeiro ano pandêmico, ainda que um volume de recursos consideravelmente maior também tenha sido alocado na Atenção Básica nesse período. Tal tendência condiz com o relatado por Souza et al.¹⁹ de que o Brasil, num momento inicial da pandemia, demonstrou maior preocupação com a Atenção Hospitalar, o que se reflete, segundo os autores, com a limitada produção de diretrizes para a atuação da Atenção Básica na pandemia.

Gráfico 2. Participação das despesas em saúde por nível de atenção à saúde – Município de Franco da Rocha – 2015-2020



Fonte: Finbra/Siconfi. Elaboração própria.

Valores corrigidos pelo IGP-DI/FGV de dezembro de 2020.

Importante considerar, além disso, que a política de Atenção Básica municipal tende a ser fortemente influenciada pelas transferências financeiras do FNS. Isso ocorre porque parte dessas transferências estão vinculadas à adesão da gestão municipal na implementação de políticas específicas, com destaque, até 2017, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Desde meados da década de 1990, as transferências federais para a Atenção Básica ganham relevância sobretudo devido aos esforços do Minis-

tério da Saúde (MS) em promover políticas consideradas prioritárias, como o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde²⁶. Assim, além de recursos repassados para o Piso da Atenção Básica de forma global, sem condicionamento no seu uso, chamado de PAB fixo, a modalidade PAB variável estava conformada em recursos vinculados a ações estratégicas na perspectiva do MS, com destaque para a ESF e os ACS. A criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁸ e a formulação da PNAB 2011²⁷ indicam que, de alguma maneira, tais esforços se perduraram até período recente, quando se deu a promulgação da PNAB 2017^{2, 28, 29} e do novo financiamento da Atenção Primária à Saúde com o programa Previnde Brasil⁵.

Conforme exposto anteriormente neste capítulo, a aprovação da PNAB 2017²⁸ estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, antecedendo uma série de mudanças nos repasses do FNS para os municípios no âmbito da Atenção Básica. Em um primeiro momento, a mudança na forma de transferência de recursos de seis blocos de financiamento para dois, de custeio e de investimentos, estipulada pela portaria 3.992, em dezembro de 2017³⁰, não altera de forma relevante os incentivos. É o Previnde Brasil que imprime maior radicalidade na mudança do modelo de atenção proposto pela indução do MS na política de AB municipal. O novo modelo prevê o financiamento em três componentes: (i) capitação ponderada; (ii) pagamento por desempenho; e (iii) incentivos às estratégias e programas. O PAB fixo e os incentivos para a ESF e o NASF são substituídos pela chamada Capitação Ponderada, que por sua vez depende fortemente dos esforços das equipes em realizar o cadastramento da população. É a capitação ponderada que induz os esforços envidados pela gestão para o cadastramento da população de Franco da Rocha, conforme verificado na seção anterior.

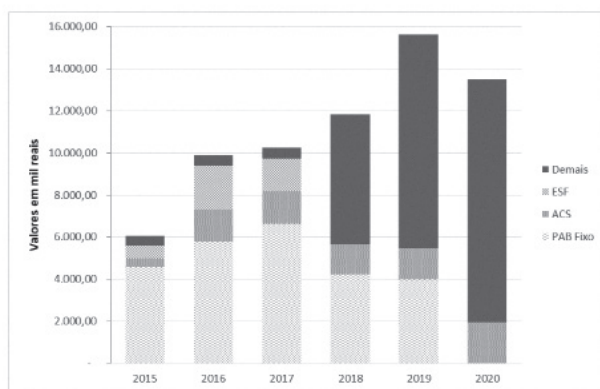
As informações sobre as transferências de recursos financeiros realizadas pelo FNS para o FMS de Franco da Rocha no âmbito da Atenção Básica, corrigidos a preços de 2020, permitem observar que houve um aumento no período de 2015 a 2019, apresentando queda no ano de 2020 (Gráfico 3). Para entender os efeitos que as mudanças de regras promoveram nos repasses de recurso no âmbito da Atenção Básica franco-rochense, os componentes que orientam as transferências foram agregados em: (i) PAB fixo, (ii) Estratégia Saúde da Família, incluindo os recursos direcionados para o NASF, (iii) Agentes Comuni-

tários de Saúde (ACS) e (iv) Demais, que agrega todos os componentes que não se enquadram nas categorias anteriores.

O gráfico 3 permite observar as mudanças ocorridas nas transferências do FNS para o FMS de Franco da Rocha no período 2015-2019. A primeira constatação é que a passagem do ano de 2017 para 2018, quando começa o processo de transição na lógica do financiamento federal, não significou perda no volume de recursos repassados para a AB municipal. Ao contrário, o triênio seguinte (2018-2020) foi contemplado com recursos em patamares mais elevados do que no triênio anterior (2015-2017). Há que se considerar, entretanto, que a implementação do Previnha Brasil previa uma implementação progressiva justamente para evitar perdas significativas de recursos de modo abrupto durante o período de transição.

Os incentivos para a política de Agentes Comunitários de Saúde se mantêm ao longo do tempo, ganhando relevância no ano de 2020, reflexo da portaria Nº 3.270, de dezembro de 2019³¹, da correção do valor do incentivo de custeio referente à implantação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Já os incentivos para a ESF, conforme o esperado, cessam a partir de 2018, enquanto os recursos sem vinculação, baseados por critério referente a população municipal, caracterizado pelo PAB fixo, perdem participação no total de recursos no ano de 2018 e 2019, se extinguindo em 2020.

Gráfico 3 – Transferências federais para o FMS no âmbito da Atenção Básica – Município de Franco da Rocha – 2015-2020



Fonte: Fundo Nacional de Saúde. Elaboração própria.
Valores corrigidos pelo IGP-DI/FGV de dezembro de 2020.

A breve exposição dos recursos financeiros disponíveis e alocados no SUS de Franco da Rocha, no período 2015 a 2020, permite observar que a Atenção Básica, apesar de não ser o nível assistencial prioritário na execução orçamentária municipal, recebe valores crescentes de recursos em termos absolutos, ainda que nem sempre em termos relativos à Assistência hospitalar e ambulatorial.

Os esforços de estruturação da AB por meio da infraestrutura de atendimento, da estruturação de equipes de saúde e da alocação de maior quantidade de recursos financeiros, sobretudo a partir de 2016, refletem nos indicadores de cobertura da população e no percentual de internações por causas sensíveis à Atenção Básica no total de internações hospitalares (ICSAB) conforme será descrito na próxima seção.

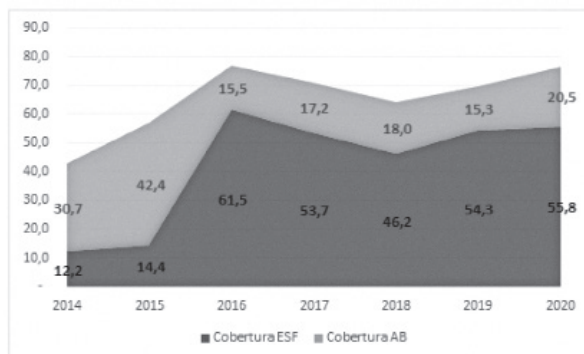
A Cobertura AB, ESF e o ICSAB no período em análise

Os dados de cobertura da população pela ESF possibilitam afirmar que, apesar da descontinuidade dos incentivos para a ESF e NASF a partir de 2018, não se verificou a desmobilização, pelo menos imediata, das equipes vinculadas a esse modelo no município de Franco da Rocha.

Os esforços recentes na melhoria da Atenção Básica sobretudo a partir da ampliação das equipes de ESF e dos ACS possibilitou a ampliação da população coberta pela AB no período de 2014 a 2020. O município partiu de um patamar de 42,8% da população coberta pela AB em 2014, para 76,4% em 2020 (Gráfico 4). O ano de 2016 ganha destaque, não apenas pelo aumento da cobertura AB, que atinge o maior patamar do período (77,0%), mas sobretudo por ser o ano em que essa cobertura está mais fortemente alicerçada na Estratégia Saúde da Família. A cobertura ESF que era de 14,4% da população franco-rochense em 2015, vai para 61,5% em 2016.

Apesar da interrupção dos incentivos específicos para a ESF e o NASF a partir de 2018, é possível notar que a gestão municipal manteve presente essa modalidade de equipe, ainda que em menores patamares do que o alcançado em 2016. A cobertura em 2018, de 46,2%, é a menor de todo o período pós 2016, elevando-se consideravelmente nos anos seguintes. Apesar da recuperação nos anos posteriores, a ESF não voltou ao patamar de 2016.

**Gráfico 4 – Cobertura AB e cobertura ESF
– Município de Franco da Rocha – 2014-2020**

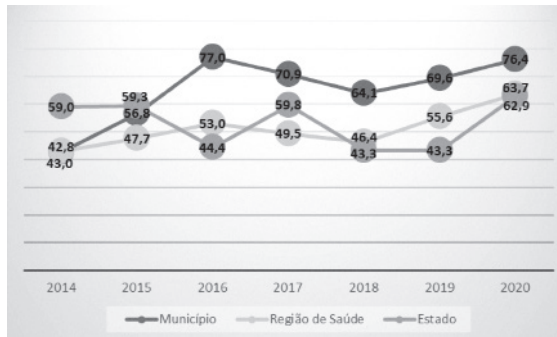


Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS/Ministério da Saúde. Elaboração própria.

Com o intuito de ilustrar os efeitos da estruturação da AB no município de Franco da Rocha, foram comparadas as coberturas de AB, de ESF e as internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) municipais com o conjunto dos municípios que formam a Região de Saúde de Franco da Rocha – Caieiras, Cajamar, Franco da Rocha, Francisco Morato e Mairiporã – e com o conjunto de municípios do estado de São Paulo.

Observa-se que a cobertura de AB de 43,0% em 2014, conforme visto anteriormente, era praticamente igual à média regional e inferior à média do estado. É a ampliação da cobertura em Franco da Rocha que puxa a média regional para cima no ano seguinte, e aproxima o município da média estadual. A partir de 2016 o município ganha destaque na cobertura de AB, tanto quando comparado à Região de Franco da Rocha, quanto com o estado de São Paulo. Mesmo com a queda de cobertura municipal no período seguinte, Franco da Rocha se mantém acima da média estadual e regional (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Percentual da população coberta pela Atenção Básica – Município de Franco da Rocha, Região de Saúde de Franco da Rocha e Estado de São Paulo – 2014-2020



Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS/Ministério da Saúde. Elaboração própria.

O mesmo comportamento identificado com a cobertura AB pode ser observado em relação à cobertura ESF (Gráfico 6). Conforme o esperado, os investimentos em equipes de ESF no município de Franco da Rocha influenciam a média da Região de Saúde, mas o coloca bem acima tanto da cobertura regional quanto estadual.

Gráfico 6 – Percentual da população coberta pela Estratégia Saúde da Família – Município de Franco da Rocha, Região de Saúde de Franco da Rocha e Estado de São Paulo – 2014-2020



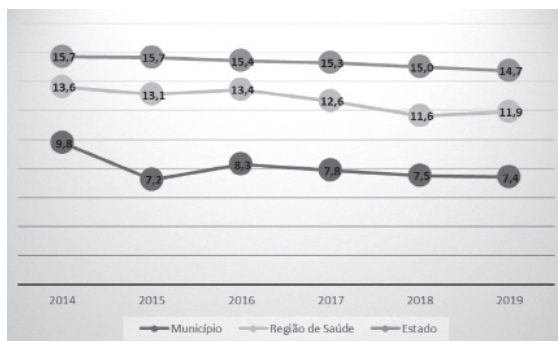
Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS/Ministério da Saúde. Elaboração própria.

Um importante recurso para avaliar a efetividade da AB é o indicador internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB). No Brasil, ainda que não seja possível isolar os efeitos da organização da Atenção Básica e o comportamento do ICSAB, diversos estudos apontam possíveis contribuições da ESF na diminuição das internações³². Assim, a análise do comportamento do ICSAB no município de Franco da Rocha, na Região de Saúde de Franco da Rocha e no estado de São Paulo, comparativamente e ao longo do período em análise, ajuda a entender se os esforços envidados pela gestão municipal lograram a melhora do indicador.

O gráfico 7 permite constatar que o percentual de internações por causas sensíveis à Atenção Básica no total de internações (ICSAB) do município de Franco da Rocha é inferior ao do conjunto de municípios da região de saúde e do estado de São Paulo ao longo do período de 2014 a 2019, último ano disponível. Nota-se também a queda do percentual de internações em todos os recortes territoriais ao longo do período. No entanto, é possível observar que o município de Franco da Rocha apresentou a maior queda quando comparado aos demais, saindo de um percentual de 9,8%, em 2014, para 7,4%, em 2019. Já o estado de São Paulo sai de um patamar de 15,7%, em 2014, para 14,7%, em 2019.

Mesmo considerando que o município apresentou uma forte queda no ICSAB de 2014 para 2015, aumentando ligeiramente em 2016, é possível afirmar que o indicador apontou uma tendência positiva ao longo do período analisado.

Gráfico 7 – Percentual de internação por condições sensíveis à Atenção Básica no total de internações – Município de Franco da Rocha, Região de Saúde de Franco da Rocha e Estado de São Paulo – 2014-2020



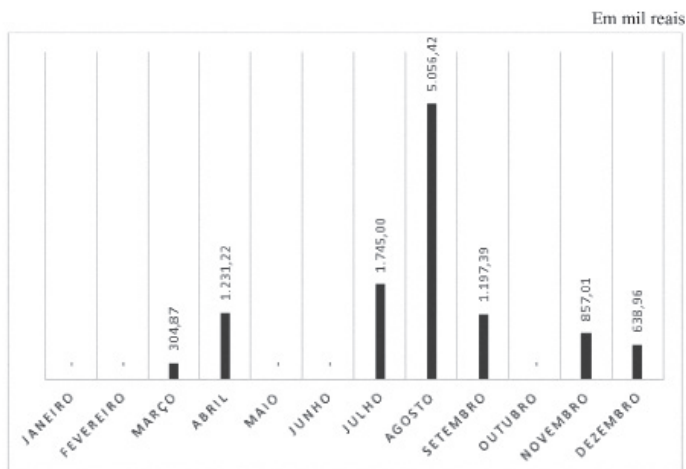
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH-SUS/DATASUS/MS. Elaboração própria.

De um modo geral, pode-se inferir que os esforços municipais de investimento na Atenção Básica desempenharam papel importante para a conformação desses resultados em termos de ampliação de cobertura, tanto de ESF como de ABS, e que permitiu ao município esta posição superior na comparação com a região e com o estado. Nesse mesmo sentido, é possível que os resultados positivos em relação ao ICASB estejam relacionados justamente à ampliação de cobertura que foi observada em 2016, haja vista que o ICASB trata de um indicador de médio e longo prazo. Autores como Miclos et al. e Malta et al.^{16, 17} associam a elevação da cobertura de Atenção Básica à ampliação de acesso, e ao cuidado de condições sensíveis como doenças crônicas, pré-natal e puericultura. Vale a ressalva, contudo, de que permanece como incógnita, de acordo com Fertoni et al.³³, sobre a influência dessa ampliação de cobertura de AB na mudança de modelo de atenção no sentido da superação do modelo biomédico hegemônico.

Organização do cuidado e o enfrentamento da pandemia

O advento da pandemia do novo coronavírus, que atingiu o país a partir do final de fevereiro de 2020, levou as gestões municipais de saúde a reorganizarem seus diferentes níveis de atenção à saúde, entre eles o da Atenção Básica. Além dos recursos financeiros do próprio município, Franco da Rocha contou com os recursos extraordinários de Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus repassados pelo FNS para o FMS. No ano de 2020, o município recebeu cerca dos R\$ 11 milhões para o enfrentamento da pandemia, sendo que grande parte dele (cerca de 86%) foi disponibilizado apenas a partir do mês de julho (Gráfico 8).

Gráfico 8 – Valor repassado pelo FNS no programa Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus segundo mês de repasse – Município de Franco da Rocha – 2020



Fonte: Fundo Nacional de Saúde. Elaboração própria.

Parte dos recursos extraordinários do Ministério da Saúde para o município foram repassados no âmbito da Portaria 1.445, de maio de 2020³⁴, que institui os Centros de Atendimento para Enfrentamento à Covid-19. Estava previsto que tais centros funcionassem de forma complementar às equipes que atuam na AB municipal, podendo ou não estar instalado dentro do espaço físico das UBS. Dessa forma, pode-se esperar que parte dos valores transferidos tenha sido incorporado em alguma medida nas ações e estratégias da política de Atenção Básica municipal.

Os relatos dos entrevistados permitem apreender que esse nível de atenção passou por um grande impacto nos primeiros meses subsequentes ao início da pandemia. O desconhecimento inicial de como se dava o processo de contágio gerou muitas dúvidas sobre qual seria a melhor forma de organizar o SUS, em especial no nível da Atenção Básica. A exposição dos trabalhadores da saúde ao contágio, a oferta de Equipamento de Proteção Individual (EPI), os fluxos necessários para o cuidado dos pacientes, eram questionamentos que só puderam ser parcialmente respondidos após um esforço inicial de reorganização da gestão local. A Se-

cretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha, a partir da mobilização de suas diretorias, aos poucos foi elaborando diretrizes para os trabalhadores e orientações para a população. Os relatos trazem destaque para a importância da Diretoria de Vigilância em Saúde nesse processo.

Cabe destacar que, além do esperado desconhecimento inicial de como a Atenção Básica poderia contribuir para enfrentar a situação pandêmica, um problema bastante relatado pelos entrevistados diz respeito ao afastamento inicial de muitos funcionários, que levou à redução das equipes de saúde. Devido a determinação da gestão, ou por iniciativa dos próprios funcionários, muitos trabalhadores da Atenção Básica com mais de 60 anos, com comorbidades, gestantes, entre outros motivos, ficaram afastados de suas funções.

No mês de março de 2020 foi constituído um comitê de enfrentamento à covid e até meados de abril a preocupação da gestão ficou mais voltada para a urgência e emergência. Na Atenção Básica, com o objetivo de promover a diminuição da circulação de pessoas, as unidades foram orientadas a atender apenas a demanda espontânea e as atividades no território foram suspensas. No período subsequente foram formuladas ações mais específicas, implicando esse nível de atenção no atendimento dos sintomáticos respiratórios e na realização de testes rápidos para detecção de casos. Para melhorar o fluxo de atendimentos de sintomáticos respiratórios, o município realizou adaptações estruturais e de fluxo nas unidades da Atenção Básica e garantiu transporte de pacientes graves que estivessem sendo atendidos pelas UBSs. O horário de atendimento das unidades foi ampliado, passando a funcionar das 7h às 22h e a abrir também aos sábados até às 17h.

A estratégia de atendimento apenas da demanda espontânea na UBS fez com que a procura da população por atendimento sem agendamento aumentasse ao longo do tempo, sobrecarregando as equipes de saúde nas unidades. As unidades passaram então a priorizar os atendimentos de gestantes, crianças, menores de 1 ano e pessoas com problemas crônicos de saúde. A equipe também se organizou para realizar busca ativa e visitas domiciliares para essa população dos grupos prioritários. As equipes foram até os domicílios para realizar as vacinações de H1N1 evitando dessa forma deslocamentos e aglomerações.

Tendo em vista a reformulação das atividades na Atenção Básica e a ampliação do horário de atendimento nas UBS, e diante da necessidade do afastamento de muitos profissionais, a gestão teve de realizar novas contratações de profissionais. Nesse sentido, é possível afirmar, a partir das entrevistas, que algumas ações que vinham sendo construídas para enfrentar o “desmonte” do PMM foram importantes no enfrentamento da pandemia no território municipal.

O projeto de apoio à Atenção Básica para contratação de profissionais que vinha sendo desenvolvido com a Fundação Juquery foi transformado em contrato emergencial de apoio à rede básica e especializada. O contrato possibilitou a contratação de alguns profissionais médicos, enfermeiros e apoiadores para a Atenção Básica no momento pandêmico. Quando questionados, os entrevistados explicaram que os ACS não puderam ser repostos por esse mesmo dispositivo devido à necessidade de realização de concurso público específico para a contratação desses profissionais.

A parceria com a Fundação e Associação PROAR, que tinha como objeto a implementação de programa de Apoio Matricial voltado para doenças respiratórias, viabilizou a incorporação de um pneumologista que, segundo relato, o município não conseguia contratar e é um profissional extremamente importante no enfrentamento da pandemia. Por meio da capacitação dos profissionais de saúde, o pneumologista orientou as equipes sobre a classificação dos casos de covid (leves, moderados, graves) e auxiliou nos encaminhamentos dos pacientes.

Os relatos também destacam a atuação do infectologista, que já compunha os quadros funcionais da secretaria, como estratégico no enfrentamento da pandemia no âmbito da Atenção Básica. Foram referidas a esse profissional diferentes ações no apoio à gestão. Foram citadas a orientação sobre os cuidados necessários para a proteção dos profissionais da saúde, apoio na análise dos boletins epidemiológicos estadual e nacional, avaliação estratégica das recomendações desconstruídas do Ministério da Saúde e a capacitação dos ACS.

Vale ressaltar a referência às plataformas de comunicação por videoconferência para os encontros de equipes nas capacitações. Esse dispositivo aparece como um importante facilitador da presença dos profissio-

nais nessas atividades, seja pela praticidade do acesso, seja por reduzir o tempo dos trabalhadores fora dos seus locais de trabalho.

Ainda na perspectiva da introdução de Tecnologias de Informação (TI) no processo de organização do enfrentamento da Covid-19 no município, pode-se afirmar, baseado nos relatos, que a implantação dos tablets ao longo de 2019 possibilitou que, na retomada das ações no território, os ACS dispusessem de um recurso com potencial de evitar o contato direto entre profissional e usuário. Foi relatado, por exemplo, que o equipamento possibilitava o registro da imagem do usuário em substituição à assinatura, evitando assim o contato maior entre os indivíduos. Também houve referência à possibilidade dos ACS georreferenciarem a localização dos usuários.

Contudo, se para os profissionais da saúde a introdução de TI, que incluía também o uso de aplicativo de mensagens para telefones celulares, apresentou uma utilidade mais imediata, possibilitando o monitoramento e acompanhamento pela vigilância epidemiológica de casos positivos de coronavírus na população, o mesmo não se deu para os usuários do SUS. A tentativa de introdução de um aplicativo referido como “Monitora covid”, que tinha como objetivo permitir o contato direto do usuário com os profissionais da Atenção Básica, não apresentou boa aceitação por parte da população, segundo os entrevistados, ainda que os ACS tenham realizado esforços no sentido de facilitar a compreensão do seu uso para a população.

Por último, porém não menos importante, destacamos o relato dos esforços empreendidos pelas equipes da Atenção Básica na busca de dirimir os possíveis contágios na população em locais de grande circulação. O principal evento relatado foi o do pagamento do auxílio emergencial, que gerava filas e aglomerações em bancos, casas lotéricas, pontos de ônibus e rodoviárias. Nesses momentos os profissionais de saúde levavam álcool em gel, máscara e orientações para a população. Houve relato de ações dessa natureza também nas feiras livres durante os finais de semana. Embora as equipes tenham sido hostilizadas pela população em alguns momentos, o relato assinala a convicção da importância dessa iniciativa no cuidado em saúde, tal como sinalizado por Souza et al. e Sarti et al.^{19,20}.

Conclusão

O período de 2014 a 2020, no qual se deu a parceria entre o município de Franco da Rocha e o Instituto de Saúde, é marcado pelo desmonte do PMM e a institucionalização da PNAB 2017 e do Programa Previne Brasil, que são fatos apontados como capazes de desestruturar um modelo de atenção mais integral, conforme o idealizado na formulação original do SUS. De fato, observou-se importantes mudanças na gestão da Atenção Básica do município ao longo do período.

Apesar do contexto desfavorável, verificou-se que o município buscou consolidar a sua política de saúde ampliando a alocação de recursos financeiros e sua estrutura de atenção. O recurso destinado ao SUS foi crescente ao longo desses anos, sendo a Assistência Hospitalar e Ambulatorial o nível de atenção com maior participação nas despesas em saúde, demonstrando o destaque da atenção especializada na execução orçamentária municipal.

Embora os gastos na atenção especializada tenham destaque, foi possível observar um grande esforço da gestão municipal também na Atenção Básica. A ampliação das UBS, das ESF e dos ACS, levaram ao aumento da cobertura da AB e da ESF. O município teve destaque inclusive quando comparado às médias de cobertura da região e do estado de São Paulo. Observa-se também uma melhora no indicador de ICSAB municipal no período.

A pandemia iniciada em 2020 trouxe desafios importantes para a gestão local do SUS. A Atenção Básica sofreu grande impacto em suas atividades, tendo alterado de forma substancial seu funcionamento, com a suspensão de grande parte das consultas de rotina e do trabalho realizado no território. Inicialmente houve dificuldade em compreender a contribuição da Atenção Básica no enfrentamento à pandemia, mas com o passar dos meses o município conseguiu direcionar o trabalho das equipes quanto ao cuidado de sintomáticos respiratórios e dos grupos prioritários. Contudo, permanece o desafio da continuidade do cuidado longitudinal e de atenção às condições crônicas.

Espera-se que as contribuições teóricas e empíricas sobre a relevância da AB no cuidado à população aqui apresentadas possam subsidiar o planejamento de ações de enfrentamento da Covid-19, tendo em vista a pers-

pectiva da continuidade da pandemia e das incertezas que dela derivam. Nesse sentido, permanecem como pautas desafiantes para os municípios: o cuidado de pessoas com sequelas decorrentes da infecção, a manutenção da imunização periódica e a preservação das medidas previstas nos protocolos de contenção do coronavírus, nas quais o saber já acumulado poderá ser útil.

Referências

1. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvao LAC, Santos RF, et al. De Alma Ata a Astana. Atenção Primária à Saúde e sistemas universais de saúde: um compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad Saude Publica*. 2019; 35(3): e00012219.
2. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previnde Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da Atenção Básica? *Cad Saude Publica*. 2020; 36(9): e00040220.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 22 set 2017; Seção 1:68.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 10.283, de 20 de março de 2020. Institui o Serviço Social Autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde - Adaps. *Diário Oficial da União*. 20 mar 2020; Seção 1:2.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previnde Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*. 13 nov 2019; Seção 1:97.
6. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Cien Saude Colet*. 2020; 25 (4): 1475-1482.

7. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde Debate*. 2018; 42(1): 38-51.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2018. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Diário Oficial da União*. 4 mar 2008; Seção 1:38.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019. Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria nº 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências.
10. Ministério da saúde (BR). Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto mais médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União*. 9 jul 2013; Seção I:49-52.
11. Campos GWS, Pereira Junior N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Cien Saude Colet*. 2016; 21(9): 2655-2663.
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília (DF); 2015.
13. Santos W, Comes Y, Pereira, Costa AM, Merchan-Hamann E, Santos LMP. Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. *Saúde Debate*. 2019; 43(120): 256-268.
14. Molina J, Tasca R, Suárez J. Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9): 2925-2933.
15. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). *Diário Oficial da União*. 19 dez 2019; Seção 1:1.
16. Miclos PV, Calvo MCM, Colussi CF. Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da Atenção Básica. *Rev Saude Publica*. 2017; 51:86.

17. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC, et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(2): 327-338.
18. Aguilar-Guerra TL, Reed G. Mobilizing Primary Health Care: Cuba's Powerful Weapon against Covid-19. *MEDICC Review*. 2020; 22 (2): 53-57.
19. Souza CDF, Gois-Santos VT, Correia DS, Martins Filho PR, Santos VS, et al. The need to strengthen Primary Health Care in Brazil in the context of the Covid-19 pandemic. *Brazilian Oral Research* [internet]. 2020 [acesso em 20 jul 2020];34:e047. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/bor/v34/1807-3107-bor-34-e047.pdf>.
20. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC, et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela Covid-19? *Epidemiol Serv Saude*. 2020; 29(2): e2020166.
21. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Os sentidos da Integralidade na atenção à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; 2009. p. 43-68.
22. Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha (SP). Plano Municipal de Saúde 2018-2021 [interne]. [acesso em 06 jul 2021]. Disponível em : http://francodarocha.sp.gov.br/arquivos/texto/anexo_5cb7458b7d6d8.pdf
23. São Paulo (Franco da Rocha). Lei complementar nº 288, de 26 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre: Autoriza o Poder Executivo a instituir, individualmente ou em conjunto com outros municípios autorizados legalmente, Fundação Estatal Regional de Saúde e Desenvolvimento Social dos Municípios da Bacia do Juqueri e dá outras providências. *Diário Oficial do Município*.
24. Funcia FR. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Cien Saude Colet*. 2019; 24 (12): 4405-15.
25. Brasil, Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

26. Mendes Á, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*. 2014; 38 (103): 900-916.
27. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. 24 out 2011; Seção 1:1.
28. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS). *Diário Oficial da União*. 22 set 2017; Seção 1:68.
29. Mendes Carnut L, Guerra LDS. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018; 42(1):224-243.
30. Ministério da Saúde (BR). Portaria 3.992, de 14 de dezembro de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 21 dez 2018; Seção 1:810.
31. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.270, de dezembro de 2019. Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). *Diário Oficial da União*. 12 dez 2019. Seção 1:204.
32. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB). *Cien Saude Colet*. 2018; 23(6): 1903-1913.
33. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a Atenção Básica brasileira. *Cien Saude Colet*. 2015; 20(6): 1869-1878.
34. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.445, de 29 maio de 2020. Institui os Centros de Atendimento para Enfrentamento à Covid-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). *Diário Oficial da União*. 01 jun 2020; Seção 1:46.

Assistência Farmacêutica em Franco da Rocha: trajeto e considerações sobre a repercussão da pandemia

Bruna Carolina de Araújo^I, Roberta Crevelário de Melo^{II},
Fernando Meirinho Domene^{III}, Jessica de Lucca da Silva^{IV},
José Ruben de Alcântara Bonfim^V, Tereza Setsuko Toma^{VI}

A Assistência Farmacêutica (AF) foi definida como um dos temas prioritários por gestores da Secretaria Municipal de Franco da Rocha (SMS-FR), ao se considerar o fenômeno da judicialização da saúde, especialmente com relação a medicamentos. Em continuidade aos trabalhos em parceria com a SMS-FR, iniciados em 2014, uma equipe de pesquisadores e alunos do Programa de Aprimoramento Profissional e do Curso de Especialização em Saúde Coletiva prestou assessoria nessa área nos anos de 2017 a 2020.

Neste capítulo, serão analisados, de modo breve, os pressupostos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a importância de uma Comissão Farmacoterapêutica e do cuidado farmacêutico e a narração da experiência em Franco da Rocha.

I Bruna Carolina de Araújo (brucarujo@gmail.com) é fisioterapeuta, especialista em Saúde Coletiva.

II Roberta Crevelário de Melo (rcrevelario11@gmail.com) é gerontóloga, especialista em Saúde Coletiva.

III Fernando Meirinho Domene (fernando.domene@alumni.usp.br) é psicólogo, especialista em Saúde Coletiva.

IV Jessica de Lucca da Silva (jessicalucca27@gmail.com) é psicóloga, especialista em Saúde Coletiva.

V José Ruben de Alcântara Bonfim ((jrabonfim@isaude.sp.gov.br) é médico sanitário do Instituto de Saúde - SES/SP.

VI Tereza Setsuko Toma (ttoma.ats@gmail.com) é médica, pesquisadora científica VI do Instituto de Saúde - SES/SP.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica

O estabelecimento de uma política pública para garantir a disponibilidade e o acesso a medicamentos, considerados opções relevantes no cuidado à saúde, teve início em 1971, com a instituição da Central de Medicamentos (CEME) voltada para a entrega de medicamentos à população com vulnerabilidade econômica¹. Em 1998, aprovou-se a diretriz de Política Nacional de Medicamentos (PNM)², com o propósito de renovar a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a reorientação da assistência farmacêutica, o estímulo à produção de medicamentos e a sua regulação sanitária.

Com base nesses precedentes e considerando a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988 (artigos 198 a 200) e, subsequentemente, com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a Lei nº 8.142, de 12 de dezembro de 1990, foi lançada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) por meio da Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004³. Essa política de saúde é fundamentada nos princípios do SUS e caracterizada como um conjunto de ações relativas ao cuidado em saúde, no âmbito individual e coletivo, que permeiam as ações estratégicas de regulação, prescrição, dispensa e consumo de insumos e medicamentos, bem como produção e desenvolvimento científico e tecnológico e de qualificação de recursos humanos⁴.

Diante desse contexto, cabe à AF nortear o desenvolvimento da PNAF nos serviços da rede de saúde do país, inclusive realizar o acompanhamento e avaliação dessas ações¹. O setor de assistência farmacêutica, contudo, passou a receber financiamento exclusivo somente em 2006, com o Pacto pela Vida, permitindo que os entes federativos pudessem cumprir as diretrizes e melhorar o fluxo das ações a serem realizadas⁵.

A Comissão Farmacoterapêutica

Uma das estratégias para organizar as ações para aprimoramento do uso de fármacos nos serviços de saúde é a criação de Comissão Far-

macoterapêutica⁶ (CFT), considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como intervenção necessária para promover o uso racional de medicamentos⁷. A PNAF define que estados e municípios devem elaborar suas próprias listas de medicamentos essenciais e, nesse sentido, é decisiva a instituição de CFT.

A CFT, de caráter multidisciplinar, pode desempenhar função indispensável quanto à seleção racional de medicamentos nos municípios, com embasamento clínico-epidemiológico e utilização sistemática de provas científicas na elaboração de formulários terapêuticos⁸⁻¹¹. Além disso, é função da CFT assessorar o setor de farmácia no desenvolvimento do serviço de distribuição de medicamentos, estabelecer programas de educação continuada sobre o uso de fármacos para os profissionais da instituição e participar da avaliação da qualidade relacionada à distribuição, à administração e ao uso de medicamentos^{6,11}.

Não há levantamentos recentes sobre a atuação de CFT no país. Em 2006, um estudo apontou que havia poucas CFT nos municípios e que apresentavam elevado percentual de adoção de lista padrão de medicamentos, como por exemplo, a RENAME¹².

O Cuidado Farmacêutico

O farmacêutico pode ter desempenho relevante não só nas CFT, como também promovendo o cuidado farmacêutico, que se refere a uma ação integrada desse profissional em equipes de saúde. Desse modo, é possível efetivar o cuidado centrado no paciente com estratégias de promoção e uso prudente de medicamentos, para garantir máximo benefício e reduzir riscos à saúde^{13,14}.

As intervenções do farmacêutico podem ser feitas na dimensão clínica e de assistência diretamente com o usuário, e técnico-pedagógica vinculada a atividades com o âmbito coletivo e com a gestão do conhecimento¹⁵.

Considerando a alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis na população brasileira, a participação do farmacêutico nas equipes de saúde multiprofissionais mostra-se estratégica para a melhoria dos resultados em saúde e para o cuidado integral à saúde¹⁶.

A experiência de execução de ações de assistência farmacêutica em Franco da Rocha

As atividades desenvolvidas no processo de assessoria e formação propiciaram aproximação com o cotidiano de trabalho das pessoas envolvidas no setor de AF, de modo que os pesquisadores, aprimorandos e especializando puderam contribuir para as discussões em diversas frentes: elaboração do Guia de Dispensa Farmacêutica e Judicialização em Saúde (2017), proposta de aperfeiçoamento da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME-FR (2018), elaboração de síntese de recomendações sobre o diagnóstico, profilaxia e tratamento da cefaleia crônica (2019) e levantamento dos obstáculos do setor de AF agravados pela pandemia da Covid-19 (2020). A seguir, são apresentadas essas atividades.

Elaboração do Guia de Dispensa Farmacêutica e Judicialização em Saúde

Em reuniões da Câmara Técnica da SMS-FR, específicas para AF, ocorridas em 2017, nas quais participaram membros das equipes do IS e da SMS-FR, foi priorizada a elaboração do Guia de Dispensa Farmacêutica e Judicialização em Saúde, um instrumento voltado aos profissionais de saúde e afins e que estabelece as principais diretrizes e os acordos técnicos sobre a produção do cuidado¹⁷.

O processo de elaboração do Guia trouxe novas preocupações e a necessidade de explorar aspectos como (1) a dispensa de medicamentos, (2) a qualidade da prescrição farmacológica, (3) o rastreamento e acompanhamento de adesão ao tratamento farmacológico. Assim, a equipe do Instituto de Saúde (IS) foi em busca de informações sobre a AF do município e apresentou propostas para lidar com os problemas identificados, conforme os trabalhos de conclusão do curso (TCC) das aprimorandas¹⁸ e descrição a seguir.

A dispensa de medicamentos

Com o propósito de identificar os problemas de dispensa de medicamentos no município, duas aprimorandas realizaram observação do processo de dispensa de medicamentos durante três dias de setembro de 2017, nos lugares considerados mais relevantes para o levantamento de informações.

Os equipamentos de saúde escolhidos com base na quantidade de dispensa de medicamentos incluíram a Farmácia Central, a Unidade Básica de Saúde (UBS) Doutor Leopoldino José dos Passos (conhecida como Parque Vitória) e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Na visita à Farmácia Central, identificou-se que ela era a única responsável pela dispensa de psicofármacos e de insumos sob ações judiciais, além de ser referência direta para o atendimento de usuários da UBS Dr. Franco da Rocha. Nessa farmácia, o protocolo de dispensa era seguido de modos diversos, dependendo do profissional responsável no período, dificultando o entendimento do usuário quanto ao modo de funcionamento do serviço. A ausência de fluxograma que pudesse ser seguido por todos os profissionais desse serviço era motivo de frustração, receio e insegurança para a realização do trabalho. Outro aspecto identificado foi a necessidade de contar com profissionais tecnicamente competentes ou, ao menos, com aumento de capacidade prévia para exercer a atividade.

Na UPA, verificou-se a existência de um protocolo padrão de dispensa, estabelecido pela farmacêutica responsável e aprovado pela gerente técnica a cada ano. Por ser considerado um serviço de urgência/emergência, a dispensa de medicamentos era restrita às alas de observação e de aplicação de tratamentos por injeções. As prescrições por meio de receitas dos médicos da unidade eram entregues aos pacientes para serem dispensadas em uma UBS ou na Farmácia Central. A dispensa farmacêutica na UPA só ocorria por aval do setor farmacêutico, o que contribuiu para diminuir os erros de prática profissional. Verificou-se, porém, que correções nas prescrições muitas vezes eram feitas de forma verbal, não havendo alterações nos registros de prontuários. As

próprias receitas com falhas de escrita ilegível não eram substituídas pelos prescritores, que somente elucidavam o tratamento proposto para os profissionais da enfermagem no momento de sua aplicação.

Na UBS do Parque Vitória não foi observado um fluxo definido. Muitas vezes, a dispensa era feita por algum profissional da unidade sem treinamento ou orientação prévia. Além disso, voluntários em formação ou com formação na área da saúde auxiliavam na dispensa em alguns dias determinados. A partir da observação da dispensa farmacêutica da Farmácia Central e da UPA, foram elaborados dois fluxogramas que foram apresentados à Câmara Técnica (Figuras 1 e 2).

Em todas as visitas verificou-se que a dispensa de medicamentos era feita somente por apresentação do Cartão do Posto de Saúde Municipal. No caso de receitas de medicamentos controlados, era exigido um documento de identificação da pessoa que fosse retirar o item. Além disso, era conferida a validade da receita, que deveria obedecer aos prazos estabelecidos pela SMS-FR. Quanto ao processo de dispensa de medicamentos e insumos, notou-se que cada equipamento de saúde tinha seu próprio protocolo de dispensa, o que gerava confusão nos usuários.

Como resultado dessas observações, algumas recomendações foram propostas para melhoria do processo de trabalho: elaboração de um protocolo de dispensa padrão, controle de medicamentos e insumos dispensados, treinamento da equipe. Além disso, enfatizou-se a importância de se estabelecer o processo de dispensa em concomitância à renovação da REMUME-FR, considerando as necessidades da população.

Essa experiência propiciou às aprimorandas e pesquisadores a oportunidade de conhecer de modo completo o processo de dispensa de medicamentos do município, além de construir pilares para o desenvolvimento de trabalhos posteriores em parceria com o município.

Figura 1. Fluxograma da Farmácia Central e UBS.

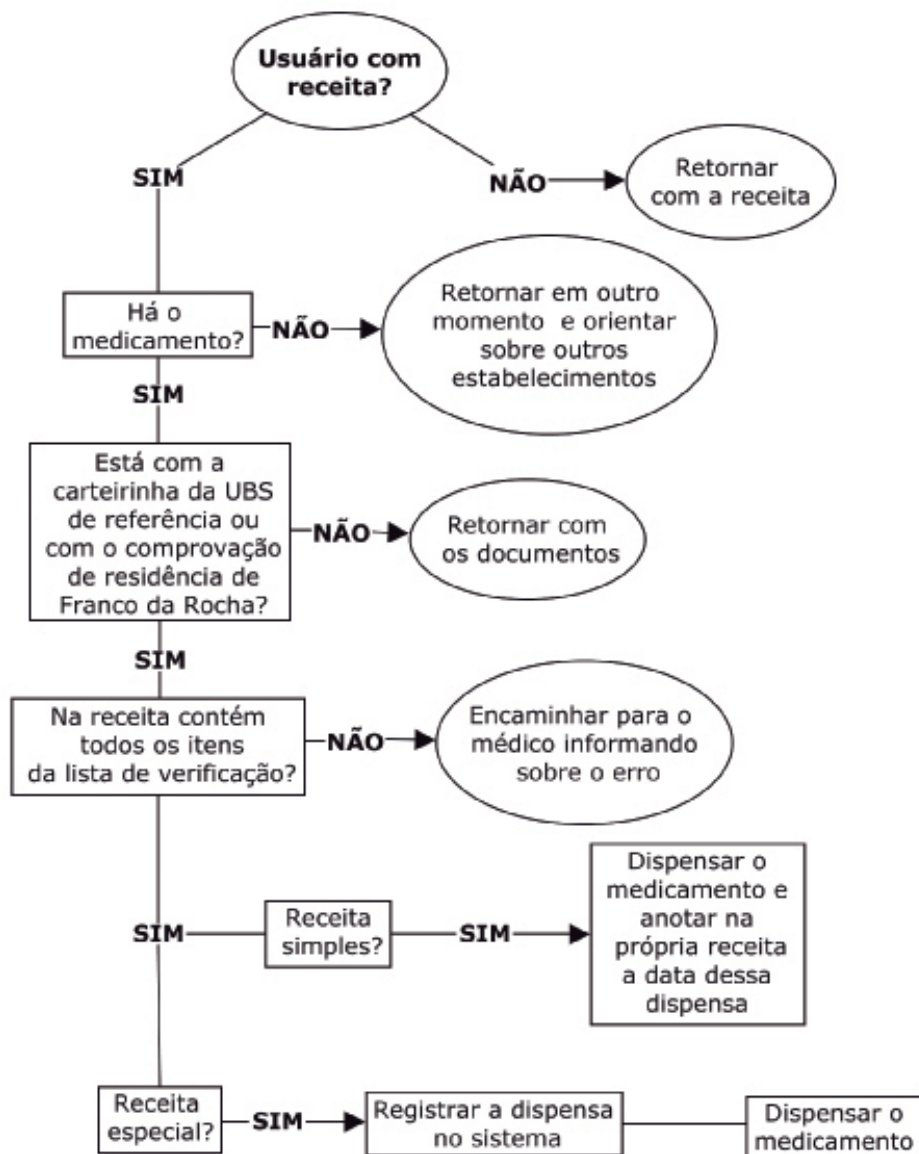
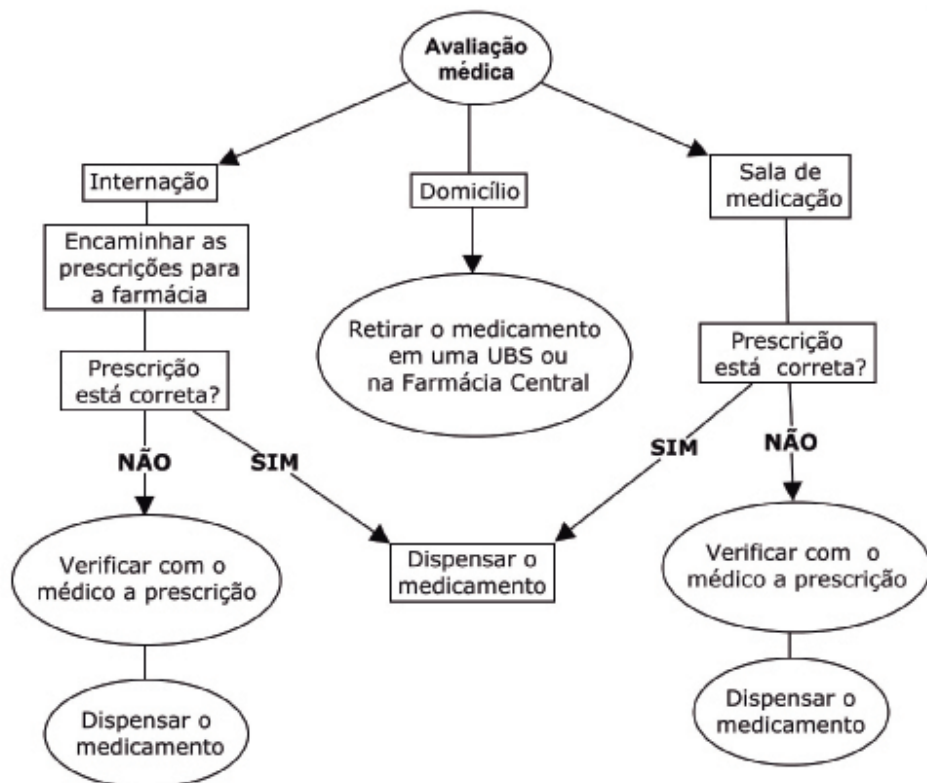
Fonte: Adaptado de Araújo e Melo (2018)¹⁸.

Figura 2. Fluxograma da UPA

Fonte: Adaptado de Araújo e Melo (2018)¹⁸.

Os erros de prescrição médica

Para verificar a qualidade das receitas dispensadas nas farmácias públicas, foram analisadas 254 receitas selecionadas em setembro de 2017, um dia em cada uma das seguintes unidades: Farmácia Central, UBS do Parque Vitória e UPA. Além disso, foram analisadas 171 receitas coletadas no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD) e Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS II).

A maioria das receitas (90,1%) era proveniente de serviços públicos, com destaque para a UBS do Parque Vitória (34,5%), a UPA (22,3%) e o Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental – CAISM (21,8%), órgão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. A análise das receitas revelou que elas estavam em desacordo com a legislação sanitária e com as orientações dos conselhos profissionais de Medicina e Farmácia, contendo múltiplos problemas, como erros na receita, erros de prescrição e erros de dispensa, assim estabelecidos por Lavan e colaboradores (Quadro 1)¹⁹.

Quadro 1. Definições de erros de prescrição.

Erro de omissão	Supressão de um fármaco previamente usado.
Erro de execução	Adição de um fármaco não previamente usado.
Erro de dose	Dose incorreta.
Erro de frequência	Frequência de dose incorreta.
Erro de forma farmacêutica	Forma farmacêutica incorreta.
Erro de substituição	Um fármaco de uma classe é substituído por outro fármaco da mesma classe não previamente usado.
Erro de duplicação	Dois fármacos da mesma classe são prescritos.

Fonte: Adaptado de Lavan et al. (2016)¹⁹.

Dos medicamentos prescritos nas receitas, 65% eram do Componente Básico e 35% do Componente Especializado, de acordo com a RENAME de 2017. Destaca-se que 44,5% desses medicamentos não faziam parte da REMUME-FR e 42,2% não faziam parte da RENAME.

As recomendações feitas à SMS-FR para a melhoria da qualidade da prescrição incluíram o aumento da capacidade de médicos do município, a efetivação da REMUME e a instituição de prescrições e prontuários eletrônicos para reduzir os tipos de erros assinalados.

Essa experiência instigou as aprimorandas e pesquisadores a buscarem na literatura internacional possíveis estratégias para lidar com o

problema de erros de prescrição, que pudessem ser sugeridas aos gestores e profissionais. Com os resultados dessa busca, foi elaborada uma síntese de evidências para informar a tomada de decisão. Quatro opções foram propostas a partir de revisões sistemáticas: (1) Promover ações educativas sobre prescrição prudente aos prescritores; (2) Incorporar sistemas processados por computador para alertas na prática clínica; (3) Implementar o uso de instrumentos para orientar a prescrição farmacológica; (4) Incentivar o cuidado do paciente por equipe multidisciplinar, com a participação de farmacêutico²⁰.

A adesão de usuários ao tratamento farmacológico

Além da receita prescrita de forma correta, é necessária a adesão de pacientes ao tratamento farmacológico recomendado para que se alcance o benefício desejado.

Com o propósito de identificar a situação de adesão ao tratamento farmacológico entre os usuários das UBS de Franco da Rocha, foram propostos dois instrumentos: BMQ (*Beliefs about Medications Questionnaire*), que avalia a percepção sobre a necessidade de uso e a preocupação quanto ao fármaco de uso contínuo; BMQ-2 (*Brief Medication Questionnaire*), sobre a utilização do medicamento pelo usuário²¹.

A UBS do Parque Vitória foi escolhida para aplicação desses instrumentos, pois atende grande contingente de munícipes, entre os quais uma proporção expressiva de idosos. Em setembro de 2017, foi realizada a instrução de 11 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e um gerente da UBS, que aplicaram os dois instrumentos nas visitas domiciliares de rotina.

Os instrumentos foram aplicados em 84 pacientes, com duração média de 12 minutos. A amostra foi composta majoritariamente por mulheres (70%). Três em cada quatro dos entrevistados (88,1%) informaram não precisar de ajuda para utilizar os medicamentos. De oito pessoas que informaram necessitar de ajuda, a maioria (87,5%) recebia ajuda de alguém da família. No BMQ, obteve-se média geral de 23,5 pontos (a variedade estabelecida pelo instrumento era de 11-33 pontos), indicando que há certa preocupação com o uso dos medicamentos prescritos. O BMQ-2

contou com 76 respostas, mostrando que 55,3% dos usuários apresentavam possibilidade para baixa adesão ao tratamento farmacológico.

Os resultados foram apresentados aos ACS e a um gerente da unidade, que avaliaram como possível a inclusão dos instrumentos em sua rotina, porém com ajustes para simplificar o questionário e manutenção apenas das questões abertas. Os ACS perceberam que o uso dos instrumentos os ajudou a refletir sobre a disponibilidade e uso de medicamentos na população francorochense e solicitaram mais esclarecimentos acerca das questões relativas à assistência farmacêutica do município. O gerente da UBS enfatizou a potência do instrumento no processo de trabalho para analisar a qualidade da assistência prestada e para propor estratégias mais efetivas para o cuidado da sua população.

Diante disso, foi feita nova versão do instrumento, com exclusão das questões do BMQ, mantendo-se os domínios do BMQ-2 de modo simplificado, mas com os critérios de análise recomendados.

O instrumento foi novamente aplicado pelos ACS em novembro de 2017, com a coleta de informações de 18 usuários, dos quais 80,0% eram mulheres. Cerca de 80,0% dos entrevistados referiram não precisar de ajuda para utilizar os medicamentos. Do total dos domínios avaliados, 85,0% dos usuários apresentaram provável baixa adesão ao tratamento farmacológico.

Na apresentação de resultados aos profissionais da UBS, os ACS aprovaram a nova versão, considerada de aplicação mais fácil e com menos consumo de tempo, mas argumentaram que o instrumento só deveria ser incorporado na rotina de trabalho se os resultados pudessem ser utilizados para desenvolver estratégias de melhoria do cuidado à população.

Depois desse processo, discutiu-se na Câmara Técnica específica para AF a necessidade de se desenvolver modelos de estratégias para adesão farmacológica, espaços de troca de saberes entre os profissionais de saúde do município a respeito de tratamentos e de estratégias de adesão feitas no território, reuniões periódicas com todos os profissionais dos serviços de saúde para informar e discutir a situação de saúde da sua população e expansão do aperfeiçoamento profissional para uso do instrumento em todas as UBS do município.

Judicialização em saúde

O tema da judicialização em saúde foi elencado como prioridade pela gestão da SMS-FR. Realizou-se o cálculo do Índice Paulista de Judicialização da Saúde (IPJS), indicador que permite verificar a razão do número de ações judiciais por 10.000 habitantes²² para o município, bem como a análise de medicamentos requeridos por via de ações judiciais. Em 2017, o IPJS de Franco da Rocha foi considerado mais elevado do que todos os municípios da região.

Quadro 2. Índice Paulista de Judicialização da Saúde (IPJS).

Município	População	Nº de ações	IPJS
Caieiras	98.223	3	0,31
Cajamar	73.291	5	0,68
Francisco Morato	171.602	7	0,41
Franco da Rocha	149.502	11	0,74
Mairiporã	95.601	2	0,21
São Paulo	12.106.920	1.089	0,90
Estado de São Paulo	44.749.699	17.707	3,96

Fonte: Gabinete do Secretário/CODES – SES/SP (2017).

Dos 60 medicamentos requeridos em ações judiciais, cerca de 40,0% constavam na RENAME 2017 e 35,0% na REMUME-FR. Da análise dos medicamentos requeridos por via de judicialização, salienta-se que não foi possível comentar a natureza das prescrições, pois não se obteve do setor correspondente da SMS-FR os dados indispensáveis que devem constar das receitas (por exemplo, concentração e forma farmacêutica dos fármacos) e dados clínicos que devem estar registrados, justificando as razões da dispensa requerida. Além disso, não se verificou nenhum tipo de análise com conteúdo técnico quanto às determinações por ordem judicial e atendidas pelo município.

Diante desse contexto, sugeriu-se a formação de comissão técnica para avaliar todos os casos de ações judiciais, a fim de apresentar pareceres fundamentados a respeito das determinações judiciais e sobre opções de tratamento, mais efetivas para os pacientes, disponíveis ou não no SUS²³. Sugeriu-se ainda que a Diretoria da SMS-FR estabelecesse um fluxo para as ações judiciais como estratégia para administrar essa demanda.

Efetivação da REMUME-FR

Em 2018, a Câmara Técnica definiu como prioridade a efetivação da REMUME para atender as necessidades de usuários das UBS e da UPA. Treze reuniões foram realizadas pelo grupo de trabalho, que contou com a participação de três alunas do Programa de Especialização, dois pesquisadores do IS e 11 profissionais indicados pela SMS-FR, incluindo farmacêuticos, médicos, enfermeiros de UBS e UPA, além de participações pontuais de profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A participação das especializadas nessa atividade resultou em três TCC.

Em Franco da Rocha, assim como na maioria dos municípios brasileiros, não havia uma Comissão de Farmacoterapêutica que pudesse orientar o processo de incorporação e exclusão de medicamentos às listas de medicamentos estabelecidas, de modo a cotejá-las com as prescrições médicas geradas nos municípios, tanto em serviços próprios ou contratados quanto feitas em serviços particulares que induzem demanda às secretarias municipais de saúde.

O IS, na condição de assessor, recomendou a construção da REMUME-FR para que provas científicas fossem levadas em consideração e propôs, como ponto de partida, a Lista de Medicamentos Essenciais da OMS de 2017²⁴, renovada a cada dois anos, bem como a REMUME do município de São Paulo, organizada pela Comissão Farmacoterapêutica²⁵, renovada eletronicamente.

A equipe do IS elaborou recomendações sobre medicamentos constantes da REMUME-FR, que foram discutidas em reuniões para subsidiar as decisões sobre sua manutenção, exclusão ou modificação. Nessa reno-

vação, foram revistos 249 medicamentos, além de lista de complemento de possíveis inclusões de 16 medicamentos. Embora poucas alterações tenham sido realizadas na considerada REMUME-FR, as discussões foram proveitosas, uma vez que os participantes levaram em conta as provas científicas e o quão difícil é tornar legítimas as decisões junto ao corpo médico.

Alguns medicamentos prescritos na UPA foram motivo de intensa discussão entre os participantes, como os antibióticos ceftriaxona sódica, oxacilina e clindamicina. A decisão pela manutenção desses três antibióticos teve como justificativa a longa permanência de pacientes na unidade por impossibilidade de transferência para um hospital de referência. Como consequência, medicamentos que deveriam ser utilizados sempre na atenção terciária faziam parte da lista de medicamentos de uma unidade de atenção de média complexidade²⁶.

Os medicamentos podem ser percebidos como agentes definidores de determinantes e dinâmicas sociais entre profissionais da saúde e usuários do sistema, de modo que a preocupação com a adesão ao tratamento farmacológico delimita estratégias que os profissionais de saúde devem adotar para criar relações mais confiáveis com os usuários²⁷.

Ao longo do trabalho desenvolvido, restaram pendências que deveriam ter análise iniciada e ser encaminhadas pela equipe local com a participação da assessoria do IS. Na Câmara Técnica, enfatizou-se a necessidade da criação de uma CFT, que teria como finalidade o estabelecimento da REMUME-FR e o desenvolvimento e supervisão das políticas e práticas de utilização de medicamentos que assegurem seu uso seguro e prudente²⁸. A REMUME-FR deveria ser uma diretriz para um processo de educação permanente junto de prescritores e dispensadores (farmacêuticos e enfermeiros) para o emprego correto de fármacos, visando a oferta adequada de saúde para a população de Franco da Rocha²⁶.

Adaptação de guias de prática clínica

Em 2019, discutiu-se na Câmara Técnica a necessidade de buscar soluções para a redução das filas de espera para consultas de especialidades médicas. Entre as prioridades, destacou-se o excesso de encaminhamentos

a neurologistas, sendo a cefaleia crônica responsável pelo montante expressivo de pacientes. Nas discussões, definiu-se que o foco seria a identificação de recomendações para enxaqueca e cefaleia tensional, que pudesse subsidiar o desenvolvimento de protocolos de encaminhamento a especialistas, além de qualificar os profissionais das UBS para aumentar a resolução de quadros clínicos e diminuir o número de encaminhamentos. Nesse sentido, quatro alunas da especialização e seus orientadores desenvolveram uma matriz de recomendações para o tratamento da cefaleia crônica em adultos, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

O trabalho consistiu na realização de revisão sistemática de guias de prática clínica (GPC), com base no método proposto pelo instrumento ADAPTE²⁹. Depois da instrução das alunas, foram feitas buscas de GPC em quatorze bases de dados e sites de relevância para a temática, no período de junho a agosto de 2019.

De 4.113 documentos identificados nas bases de dados, foram selecionados 10 GPC, divulgados a partir de 2010, que atenderam ao limite de pelo menos 60% no escore de metodologia de desenvolvimento avaliado por meio do instrumento *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* (AGREE II)³⁰. Esses GPC trouxeram informações sobre cefaleia primária crônica, com foco em enxaqueca e cefaleia do tipo tensional, com recomendações para diagnóstico, prevenção, tratamentos não farmacológicos e farmacológicos.

Com relação ao diagnóstico de cefaleias na APS, as recomendações consideraram os sintomas que deveriam ser observados pelo profissional, como a intensidade da dor, seu lugar de expressão, frequência e incapacidade para atividades habituais, além de diferenças entre os sintomas de enxaqueca e cefaleia. Evidenciou-se a necessidade de se avaliar com cautela os sinais e sintomas relacionados à cefaleia primária, com base no que é descrito pelo usuário e seus hábitos³¹.

As recomendações a respeito da prevenção da cefaleia abrangeram o uso de profilaxia farmacológica, a reavaliação de posologia e avaliação de profilaxia ineficaz, além da recomendação de tratamento profilático de complemento, alternativo (segunda escolha) ou não farmacológico. A profilaxia farmacológica foi a que apresentou mais quantidade e qualidade nas recomendações, porém não houve consenso entre os guias sobre

o tratamento profilático mais recomendado, visto as provas serem conflitantes ou não embasarem uma posologia ou fármaco. Outras situações incluídas referiam-se a informações quanto a interações farmacológicas em caso de afecções intercorrentes e recomendações para cefaleia no período menstrual, na gravidez e na amamentação³².

Entre as recomendações de tratamento não farmacológico, havia estratégias como aconselhamento sobre estilo de vida, elaboração de um diário sobre cefaleia, acupuntura, terapias com ervas, vitaminas e minerais, terapias manuais, exercícios e outras. As recomendações dos GPC permitem considerar o tratamento não farmacológico principalmente como contribuição na melhora de funções e qualidade de vida de pacientes que procuram evitar os efeitos adversos de medicamentos ou que têm baixa tolerância no tratamento de cefaleias primárias crônicas. No entanto, há várias incertezas e recomendações contraditórias, particularmente com relação a terapias manuais e de cognição-comportamento³³.

A respeito do tratamento farmacológico, foi encontrado grande arcabouço de recomendações. Os principais fármacos citados foram as triptanas, recomendados em 80% dos GPC analisados. As triptanas são fármacos utilizados especificamente no tratamento das cefaleias primárias, agindo como agonistas de receptores de serotonina 5HT1B e 5HT1D, o que leva à constrição de vasos intracranianos e à inibição da inflamação neurogênica que ocorre na enxaqueca. Os anti-inflamatórios não esteroides (AINE) e os analgésicos simples foram mencionados em 50% dos documentos analisados, sendo os mais utilizados para todos os tipos de cefaleia primária. Vale ressaltar que os AINE e, em particular, as triptanas são recomendados principalmente para a enxaqueca. No entanto, triptanas não constam da RENAME 2020³⁴, o que representa uma barreira para a assistência à saúde³⁵.

A expectativa era apresentar essas recomendações elaboradas com base em provas científicas a médicos e enfermeiros das UBS de Franco da Rocha, profissionais do NASF e da Câmara Técnica, para que pudessem avaliar a aplicação de cada uma delas no contexto do sistema de saúde do município. Havia o entendimento de que essa etapa seria realizada futuramente, porém o processo foi interrompido em razão da pandemia da Covid-19.

O trabalho desenvolvido também teve significância no processo de formação das especializadas, que apresentaram quatro TCC, cujas informações foram resumidas neste tópico.

Assistência farmacêutica na pandemia da Covid-19

Em janeiro de 2020, a OMS declarou a doença Covid-19, causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. Em 11 de março, por causa da rápida expansão da infecção em todo o mundo, foi declarada a pandemia da Covid-19. Considerando a impossibilidade de mobilizar os profissionais de saúde da SMS-FR para atividades envolvendo alunos, como em anos anteriores, o Instituto de Saúde elaborou uma proposta com a intenção de identificar os obstáculos e as respostas da Secretaria no enfrentamento à pandemia.

Com relação à Assistência Farmacêutica, realizou-se uma pesquisa qualitativa³⁶ por meio de entrevistas com dezessete profissionais, no período de 03 a 25/11/2020, sendo cinco farmacêuticas (incluindo a coordenadora da AF e a responsável pela farmácia da UPA), três farmacêuticos, sete médicos e duas médicas. As entrevistas foram feitas por meio de aplicativo de videochamada e gravadas para que os conteúdos fossem registrados de modo fidedigno. Elas foram guiadas por três roteiros distintos, específicos para os médicos, para os farmacêuticos e para a coordenadora da AF, incluindo questões sobre como o setor foi organizado para atender os usuários, se houve transtornos em prover medicamentos, se ocorreram mudanças nas prescrições, como se deu o acesso à informação sobre medicamentos e se houve instrução das equipes de saúde.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido para os participantes antes da entrevista, o aceite foi verbal e gravado e enviou-se uma via do documento aos participantes por e-mail. As entrevistas foram transcritas por uma empresa especialista e com o texto resultante foi realizada uma análise de conteúdo, a partir da organização das respostas de acordo com as perguntas previstas no roteiro de entrevista e categorizadas em temas.

As entrevistas mostraram que a parceria entre o IS e SMS-FR tem colaborado positivamente na atuação de profissionais farmacêuticos.

Algumas considerações foram feitas sobre os materiais elaborados e sugestões apresentadas pela equipe do IS desde 2017, que assinalaram a importância e urgência de atuação da Comissão Farmacoterapêutica, ora em efetivação. O Guia de Assistência Farmacêutica, embora avaliado como importante para o aprimoramento da AF, ainda não foi amplamente divulgado e discutido entre todos os profissionais interessados. Quanto à REMUME em construção, foi citada a necessidade de nova revisão e também da elaboração de protocolos clínicos.

No início da pandemia, o município teve acesso limitado aos testes diagnósticos, mas aos poucos isso tornou-se regular. Quanto à atenção aos usuários, a agenda foi mantida para pacientes com doenças crônicas, idosos, acamados, grávidas, algum caso excepcional e para realização de exames para diagnóstico clínico. As visitas domiciliares foram suspensas, exceto em casos de extrema necessidade.

A repercussão da pandemia influenciou para que houvesse mais intercâmbio de conhecimentos e experiências entre médicos e farmacêuticos para lidar com as incertezas acerca de tratamentos para a Covid-19. No entanto, a carga horária limitada de farmacêuticos nas UBS pareceu afetar a interação, com pouco tempo para a realização de um cuidado farmacêutico. A situação na UPA mostrou-se diferente das UBS. Além da rotação de profissionais, alguns não tinham experiência no lugar, pois atuavam com base em protocolos imprecisos de outros municípios onde trabalhavam.

Quanto ao distanciamento social, os protocolos foram seguidos, com dispensa de medicamentos por tempo mais prolongado, com o intuito de reduzir a frequência de usuários nas farmácias, não havendo, no entanto, consulta de avaliação de usuários a cada dispensa.

Os profissionais demonstraram preferência por buscar informações em fontes supostamente confiáveis, uma vez que houve aumento excessivo de prescrição de alguns medicamentos não recomendados para tratamento da Covid-19. As entrevistas revelaram que houve aumento na prescrição e procura dos seguintes medicamentos/classes terapêuticas: antibióticos (azitromicina, claritromicina, levofloxacino), anti-inflamatórios (ibuprofeno ou diclofenaco), corticosteroides (prednisona), antiparasitário (ivermectina e nitazoxanida), antimaláricos (hidroxicloroquina), antiviral (oseltamivir), antitérmicos. Houve referência sobre prescrições eletrônicas, mas o sistema

Hórus ainda estava sendo instalado. Mesmo incipiente, o sistema foi mencionado como facilitador na atuação do farmacêutico, tanto na percepção de receitas inadequadas quanto no trabalho de educação dos pacientes.

No início da pandemia, o município enfrentou a falta de alguns medicamentos que passaram a ser muito prescritos, como o antiviral oseltamivir e a azitromicina, embora já desaconselhados por fontes de informação confiáveis. Menções indicaram que houve escassez de fármacos utilizados em hospitais (agentes de sedação e bloqueadores neuromusculares empregados no processo de intubação). As providências para contornar o problema incluíram intercâmbio entre os serviços de saúde, até de outros municípios, compras de emergência de medicamentos comumente fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde e Fundação para o Remédio Popular.

Esta análise permitiu compreender os complexos problemas decorrentes da pandemia no sistema municipal e resultou em dois TCC. Um deles refere-se à pesquisa qualitativa cuja síntese de resultados foi acima apresentada³⁶. O outro TCC foi uma revisão rápida da literatura sobre eficácia e segurança de tratamentos para a Covid-19. Os artigos foram identificados na plataforma da OMS, específica para a doença, em 29 de outubro de 2020. As 56 revisões sistemáticas incluídas apresentaram estudos primários sobre os seguintes tipos de tratamento: antivirais, antibióticos, antimaláricos, corticosteroides, imunoterapias, oxigenação por membrana extracorpórea e medicina tradicional chinesa. Esta revisão mostrou que diversos tipos de tratamento não específicos para a Covid-19 têm sido experimentados e, até aquele momento, nenhum deles apresentava resultados incontestáveis quanto a benefícios. Verifica-se que a comunidade científica continua analisando a prevenção e tratamento da infecção, exigindo-se acompanhamento dessas produções, que podem modificar os conhecimentos atuais³⁷.

Para exemplificar a intensidade de informação a respeito da prevenção e tratamento da Covid-19, em 1 de junho de 2021, havia 161 revisões sistemáticas publicadas neste ano com a busca “*drug treatment Covid19*”. Note-se que uma revisão do ano anterior³⁸ tem três renovações de informação, de setembro e dezembro de 2020 e de março de 2021³⁹. Observe-se também o resumo de recomendações da OMS de tratamento farmacológico em indivíduos com Covid-19 confirmada, segundo categorias de gravidade da infecção e as intervenções recomendadas⁴⁰: as intervenções

com ivermectina não são recomendadas (exceto em ensaios clínicos); a hidroxicloroquina tem forte recomendação contrária a uso; a combinação lopinavir-ritonavir também tem forte recomendação em contrário; o uso de remdesivir tem fraca recomendação contrário ao uso; os corticosteroides têm tanto recomendações a favor (forte) e em contrário (fraca).

Desde 2020, as instituições médicas e associações ligadas ao SUS não têm recomendado o uso de fármacos para o que veio a ser denominado “tratamento precoce” (ou mesmo em estágios moderados ou graves) de qualquer fármaco para o qual não há prova científica de eficácia e de segurança para a Covid-19⁴¹⁻⁴⁵.

Considerações finais

Preliminarmente, a equipe de assessoria do IS, desde o início do processo de apresentação da aplicação de fundamentos da assistência farmacêutica, entremeou a apresentação de futuras necessidades que deveriam ser compreendidas conjuntamente no que se denomina acompanhamento farmacoterapêutico, com base na assistência farmacêutica centrada no paciente (que inclui a desprescrição e a longitudinalidade da assistência), o que irá gerar o cuidado farmacêutico completo⁴⁶⁻⁴⁸.

A experiência da parceria em relação à Assistência Farmacêutica tem rendido bons frutos. Destacamos, por exemplo, o esforço do município para ampliar o número de farmacêuticos responsáveis pelas farmácias públicas. No entanto, considerando a necessidade de incorporação de resultados de pesquisas para melhorar os processos de trabalho e a atenção aos usuários, é fundamental que os esforços empreendidos desde 2017, no setor de Assistência Farmacêutica em Franco da Rocha, sejam mantidos por meio de um plano de trabalho de médio e longo prazo. Nesse sentido, para contribuir nesse processo, registramos a seguir algumas atividades que merecem especial atenção de ambas as equipes, da SMS-FR e do IS.

- Guia de dispensa farmacêutica e judicialização em saúde: discutir o conteúdo do Guia com todos os trabalhadores da APS de Franco da Rocha para que sua execução possa se efetivar;
- Dispensa de medicamentos: avaliar se os fluxogramas para dispensa foram adotados em todas as unidades e tornar os farmacêuticos capazes para adoção das recomendações do Guia;

- Erros de prescrição: fortalecer os processos de educação continuada dos prescritores, incluir o profissional farmacêutico nas equipes multidisciplinares, incentivar o uso de protocolos clínicos e propiciar o auxílio de sistemas de informação;
- Adesão de usuários ao tratamento farmacológico: avaliar a possibilidade de expansão da experiência de participação de ACS para verificar a adesão de usuários nas visitas domiciliares; desenvolver capacitação básica dos ACS quanto ao tratamento medicamentoso;
- Judicialização em saúde: estabelecer um fluxo de trabalho e aumentar a capacidade da equipe para elaborar pareceres técnicos em resposta às demandas judiciais;
- REMUME-FR: apoiar a CFT, recém-instaurada, para garantir uma relação de medicamentos fundamentada em bases científicas e constantemente reafirmada junto aos prescritores;
- Adaptação de guias de prática clínica para lidar com a cefaleia crônica: retomar as discussões sobre protocolos para o manejo da cefaleia crônica na APS, interrompidas em razão da pandemia;
- Assistência farmacêutica na pandemia: fortalecer os fundamentos para a tomada de decisão sobre o uso de medicamentos, uma vez que tratamentos não recomendados para a Covid-19 parecem ter sido amplamente utilizados, considerando o aumento expressivo na dispensa de vários medicamentos que são considerados ineficazes e podem gerar problemas de segurança.

Referências

1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Assistência Farmacêutica no SUS [internet] 2007. [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro7.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 [internet]. [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html

3. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004 [internet]. [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html
4. Vieira FS. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica* [internet]. 2008 [acesso em 20 fev 2021];24(2):91-100. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2008.v24n2/91-100/pt>
5. Pepe VLE, Figueiredo TA, Simas L, Osorio-de-Castro CGS, Ventura M. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Cien Saude Colet* [internet]. 2010[acesso em 15 mar 2021];15(5):2405-2414. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/L4m7NMGV397wCRGnZthwJrD/?lang=pt>
6. Marques DC, Zucchi P. Comissões farmacoterapêuticas no Brasil: aquém das diretrizes internacionais. *Rev Panam Salud Publica* [internet]. 2006[acesso em 15 mar 2021];19:58-63. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v19n1/30230.pdf
7. OMS - Organización Mundial de la Salud. Departamento de Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica. Comités de farmacoterapia: guía práctica [internet]. 2003 [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69224/WHO_EDM_PAR_2004.1_spa.pdf?sequence=1
8. Marin N, Luiza VL, Castro CGSO, Santos SM. Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS 2003. p.373. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/AssistenciaFarmaceuticaGerentes.pdf>
9. Leite SN, Cordeiro BC. A interdisciplinaridade na promoção do uso racional de medicamentos. *Cienc Cuid Saude* [internet]. 2008[acesso em 15 mar 2021];7(3):399-403. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6519/3868>
10. Franceschet-de-Sousa I, Biscaro A, Biscaro F, Fernandes MS. Uso racional de medicamentos: relato de experiência no ensino médico da Unesc, Criciúma/SC. *Rev Bras Educ Med* [internet]. 2010[acesso em 15 mar 2021];34(3):438-445. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/Zxt4tZhxp3ZvpmjXpSC4PjP/abstract/?lang=pt>

11. Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL, Castilho SR, Oliveira MA, Jaramillo NM. Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde. SciELO-Editora FIOCRUZ; 2014.
12. Souza GS, Costa EA, Barros RD, Pereira MT, Barreto JL, Guerra Júnior AA, et al. Characterization of the institutionalization of pharmaceutical services in Brazilian primary health care. *Rev Saude Publica* [internet]. 2017[acesso em 20 fev 2021];51(2):7. Disponível: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ZMYybrcG35KrddWvyVzsrJf/?format=pdf&lang=en>
13. Ministério da Saúde (BR). Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. 2014 [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf
14. Costa EA, Araújo PS, Penaforte TR, Barreto JL, Guerra Junior AA, Acurcio FA, et al. Concepções de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde, Brasil. *Rev Saude Publica* [internet]. 2017[acesso em 20 fev 2021];51(2). Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007107.pdf
15. OMS - Organización Panamericana de la Salud. Servicios Farmacéuticos basados en la Atención Primaria de Salud: documento de posición de la OPS/OMS [internet]. 2013 [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/SerieRAPSANo6-2013.pdf>
16. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [internet] 2012. [acesso em 15 mar 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
17. Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha (SP). Guia de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Saúde de Franco da Rocha. São Paulo: Secretaria Municipal de Franco da Rocha; 2019.
18. Araújo BC, Melo RC. Assistência Farmacêutica de Franco da Rocha, SP: qualidade da prescrição, dispensa de medicamentos, adesão a tratamento e ações judiciais [relatório]. [internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2019. [acesso em 20 fev 2021]. Trabalho de Conclusão de Curso da Turma de Aprimoramento em Saúde Coletiva. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/ses-sp/2018/ses-36102/ses-36102-6548.pdf>

19. Lavan AH, Gallagher PF, O'Mahony D. Methods to reduce prescribing errors in elderly patients with multimorbidity. *Clin Interv Aging* [internet]. 2016 [acesso em 20 fev 2021]; 23(11):857-66. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4922820/pdf/cia-11-857.pdf>
20. Araújo BC, Melo RC, Bortoli MC, Bonfim JRA, Toma TS. How to prevent or reduce prescribing errors: an evidence brief for policy. *Frontiers in pharmacology* [internet] 2019 [acesso em 20 fev 2021];10:439. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6584796/>
21. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Adesão a anti-hipertensivos: Morisky e BMQ. *Rev Saude Publica* [internet]. 2012 [acesso em 15 mar 2021];46(2):279-89. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3357.pdf>
22. Chieffi AL, Siqueira PSF. Judicialização da Saúde no Estado de São Paulo. In: Santos L, Terrazas F, organizador. *Judicialização na Saúde no Brasil*. Campinas: Saberes Editora; 2014. p.267-301.
23. Bonfim JRA. Demandas judiciais por fármacos no Sistema Único de Saúde: direitos dos pacientes e provas científicas para se realizar o acesso. In: Keinert TMM, Paula SH, Bonfim JRA, organizadores. *As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2009. p.139-155. (Série Temas em Saúde Coletiva; 10). Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/acoesjudiciais_10.pdf
24. WHO - World Health Organization. WHO model list of essential medicines, 20th list (March 2017, amended August 2017) [internet]. [acesso em 15 mar 2021] Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/273826>
25. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SP). *Relação Municipal de Medicamentos REMUME-SP* [internet]. 2016 [acesso em 15 abr 2021]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/remune2016.pdf>
26. Barros CMB, Toma TS, Bonfim JRA. *Utilização de antibióticos na unidade de pronto atendimento (UPA) do município de Franco da Rocha - SP*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2019. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Especialização em Saúde Coletiva.

27. Morais DMM. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais: experiência etnográfica em Franco da Rocha – SP [internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2019. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Especialização em Saúde Coletiva [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/11/999208/dulce-meire-mendes-morais-tcc.pdf>
28. Monteiro CA. O padecer no ser do movimento sanitário - uma experiência no campo da Saúde Pública. São Paulo: Instituto de Saúde; 2019. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Especialização em Saúde Coletiva [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/11/999109/cibele-arcanjo-monteiro-tcc.pdf>
29. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes Metodológicas: ferramentas para adaptação de diretrizes clínicas [internet]. 2014 [acesso em 15 mar 2021]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_adaptacao_diretrizes_clinicas.pdf
30. AGREE - Appraisal of guidelines for research & evaluation. AGREE Next Steps Consortium. The AGREE II instrument [internet]. 2017 [acesso em 10 fev 2021]. Disponível em: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>
31. Onaya NY. Projeto adaptação de guias de prática clínica para diagnóstico e tratamento de cefaleia crônica na atenção primária à saúde: Enfoque diagnóstico. São Paulo: Instituto de Saúde; 2020. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Especialização em Saúde Coletiva.
32. Makhajda MC. Matriz de recomendações para a prevenção de cefaleia crônica na atenção primária à saúde: uma adaptação de guias de prática clínica. São Paulo: Instituto de Saúde; 2020. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Especialização em Saúde Coletiva.
33. Graça MSC. Matriz de recomendações para o tratamento não farmacológico de cefaleia crônica na atenção primária à saúde: uma adaptação de guias de prática clínica. São Paulo: Instituto de Saúde; 2020. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Especialização em Saúde Coletiva.

34. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2020 [internet]. Brasília: 2020 [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf
35. Caldeira CF. Adaptação de guias de prática clínica para diagnóstico e tratamento de cefaleia crônica na atenção primária à saúde: Matriz de recomendações para o tratamento farmacológico. São Paulo: Instituto de Saúde; 2020. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Especialização em Saúde Coletiva.
36. Silva JL. Assistência farmacêutica no município de Franco da Rocha: desafios respostas à pandemia de Covid-19 [internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2021. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Especialização em Saúde Coletiva [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1151760/tcc-jessica-de-lucca.pdf>
37. Domene FM. Tratamentos para pacientes com Covid-19, uma revisão rápida de revisões sistemáticas [internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2021. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Especialização em Saúde Coletiva [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1151766/tcc-fernando-domene.pdf>
38. Siemieniuk RA, Bartoszko JJ, Ge L, Zeraatkar D, Izcovich A, Kum E et al. Drug treatments for Covid-19: living systematic review and network meta-analysis. *BMJ*. 2020; 370:m2980.
39. Siemieniuk RA et al. Update to living systematic review on drug treatments for Covid-19. *BMJ*. 2021;372:n858.
40. Rochwerf B, Siemieniuk R A, Agoritsas T, Lamontagne F, Askie L, Lytvyn L, et al. Update to living WHO guideline on drugs for Covid-19. *BMJ*. 2021;372:n860.
41. COSEMS - Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo. Nota Técnica do COSEMS/SP no 09/2020: Manejo clínico e tratamento farmacológico de casos leves e moderados da Covid-19: evidências científicas para orientar a tomada

- de decisão [internet]. 2020 [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/07/NOTA-T%C3%89CNICA-09-MANEJO-CL%C3%8DNICO-E-FARMACOL%C3%93GICO-COVID19.pdf>
42. Junior NB, Junior SRGA, Chagas AAP, Pinheiro AC, Corteletti APB, Lima CE, et al. Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde [internet]. CONASEMS e CONASS. 2020 [acesso em 15 abr 2021]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-VERS%C3%83O-FINAL-3.pdf>
43. Junior NB, Junior SRGA, Chagas AAP, Pinheiro AC, Corteletti APB, Lima CE, et al. Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde [internet]. CONASEMS e CONASS. 2020 [acesso em 20 fev 2021]. 2. ed. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-2-edi%C3%A7%C3%A3o-3%C2%AA-revis%C3%A3oMariana-mesclado-1.pdf>
44. Junior NB, Junior SRGA, Chagas AAP, Pinheiro AC, Corteletti APB, Lima CE, et al. Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde [internet]. CONASEMS e CONASS. 2020 [acesso em 20 fev 2021]. 3. ed. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-3-edicao-revisao-1-mesclado-1.pdf>
45. SBI - Sociedade Brasileira de Infectologia. Informe da Sociedade Brasileira de Infectologia sobre o novo coronavírus nº15: uso de medicamentos para Covid-19 [internet]. 2020 [acesso em 20 fev 2021] Disponível em: <https://infectologia.org.br/wp-content/uploads/2020/07/Informe-15-uso-de-medicamentos-para-Covid-19.pdf>
46. González-Bueno J, Calvo-Cidoncha E, Savilla-Sánchez D, Molist-Brunel N, Espauella-Panicot J, Codina-Jané-C. Modelo de Prescripción Centrado en la Persona para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con multimorbilidad. Farm Hosp [internet] 2018[acesso em 15 mar 2021];42(3):128-34. Disponível em: https://www.sefh.es/fh/170_08especial0110961esp.pdf

47. Hortal Carmona J, Aguilar Cruz I, Parrilla Ruiz F. A prudent prescription model. *Med Clin (Barc)* [internet]. 2015[acesso em 15 mar 2021];144(8):362-9. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2387020615002156>
48. Palacio Lapuente J. Las ventajas de una relación estable: longitudinalidad, calidad, eficiencia y seguridad del paciente. *AMF* [internet]. 2019[acesso em 10 abr 2021];15(8):452-459. Disponível em: <http://sano-y-salvo.blogspot.com/2019/09/las-ventajas-de-una-relacion-estable.html>

Implementação da Linha de Cuidado à saúde sexual e reprodutiva das mulheres de Franco da Rocha: repercussões da pandemia por Sars CoV-2

Silvia Helena Bastos de Paula^I, Jéssica Farias Dantas Medeiros^{II},
Nathalya Fonseca Camargo^{III}, Quézia Rebeca Silva Flores^{IV},
Bruna Martins^V, Giulia Catissi de Lima^{VI}

Introdução

O Instituto de Saúde no contexto da formação de Saúde Coletiva *lato sensu*, ao estabelecer parceria para prestar assessoria ao município de Franco da Rocha, exerce na prática um de seus propósitos como órgão de assessoria e pesquisa na estrutura da administração estadual da saúde de São Paulo, cumprindo atribuições próprias no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

-
- I Silvia Helena Bastos de Paula (silviabastos@isaude.sp.gov.br) é enfermeira, doutora em Ciências, com concentração em infectologia e Saúde Pública, pesquisadora científica V do Instituto de Saúde – SES/SP.
- II Jéssica Farias Dantas Medeiros (fariasjessicad@gmail.com) é arte educadora, mestre em Saúde Coletiva na modalidade profissional, docente substituta da Escola de Medicina do Campus de Caicó da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN.
- III Nathalya Fonseca Camargo (nathalya.camargo@usp.br) é obstetriz, especialista em Saúde Coletiva, docente substituta no Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.
- IV Quézia Rebeca Silva Flores (quezia054@gmail.com) é obstetriz, especialista em Saúde Coletiva, residente sanitária em Saúde da Família – FESF-Fiocruz.
- V Bruna Martins Cardoso da Silva (martins.bruna2010@hotmail.com) é obstetriz, especialista em Saúde Coletiva, mestranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e diretora da Rede de Atenção Básica – Secretaria Municipal da Saúde de Itanhaém.
- VI Giulia Catissi (giulia.catissi@yahoo.com.br) é enfermeira, especialista em Saúde Coletiva, mestranda pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein e enfermeira de pesquisa no Hospital Israelita Albert Einstein.

Com essa intenção, o Instituto de Saúde (IS), por meio de indicação do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS-SP), desde 2014, realizou estudos para identificar necessidades e problemas de saúde, e evidências que apoiem o enfrentamento de fragilidades e a resolução de demandas identificadas no município de Franco da Rocha – SP. Uma das Linhas de Cuidado, levantadas e estabelecidas por pacto entre ambas as partes, é a Linha de Cuidado de Saúde Sexual e Reprodutiva apresentada no “Caderno de Atenção à Saúde Reprodutiva, Pré-Natal, Parto e Puerpério” (CASRPPP)¹, elaborada em 2017 e levada às equipes em 2018, 2019 e 2020 para implementação na Atenção Básica de Franco da Rocha.

Este capítulo trata da assessoria do Eixo de Saúde da Mulher com enfoque de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), e tem sua base em intervenções e no conjunto de pesquisas de alunos e seus professores/orientadores do Programa de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde no município de Franco da Rocha.

Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Todo o esforço empreendido no município está fundamentado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM)², instituída em 2004 e que teve suas origens no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (1983), proposto no contexto de redemocratização do país, norteador pelos princípios de Alma Ata (1978) e nas bandeiras de inclusão de gênero, de cuidado íntegro, emancipação, autonomia e diversidade defendidas pelos movimentos sociais feministas, e nas recomendações da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) e da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher – Pequim, 1995^{3,4}.

A vigente Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) não é um programa de governo e sim política de Estado, pois abrange garantias previstas na Constituição de 1988, pela qual a Saúde é direito de todos e dever do Estado (Art.196) e na Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080 de 1990, que definiu o Sistema Único de Saúde (SUS) com base nos princípios de universalidade e integralidade, entre outros,

e compreensão estendida para equidade, cujas responsabilidades são compartilhadas pelos três entes federativos⁵.

Cabe aos estados da Federação coordenar, apoiar e assessorar seus municípios na efetivação de direitos previstos na PNAISM, ao elaborarem normas e linhas de cuidado baseadas nas melhores provas e conforme recomendações do Ministério da Saúde e segundo o Decreto nº. 7.508 de 2011 que regula o SUS. Aos municípios cabe o planejamento local, a execução de atividades e ações de saúde na atenção primária, seu acompanhamento e avaliação por metas, critérios de qualidade e indicadores para acompanhamento de morbimortalidade, oferta de atenção e cobertura^{6,7}.

Serão tratados, de modo sintético, aspectos da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, e da assessoria, relacionados à Linha de Cuidado em Saúde Sexual e Reprodutiva de Franco da Rocha, com ênfase nas ações desenvolvidas junto da rede de serviços básicos de saúde e de respectivas equipes da Atenção Básica e Núcleo de Atenção em Saúde da Família (NASF).

Eixo de Saúde Sexual e Reprodutiva na Parceria com o município de Franco da Rocha

O Instituto de Saúde (IS) é um dos órgãos de pesquisa da SES-SP (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo). Tem como principal finalidade vincular a produção de conhecimento científico e tecnológico, de ensino e assessoria a municípios do Estado quanto à atuação da Saúde Coletiva. Ademais, levanta e traz as melhores evidências científicas, internacionais e do país, para a construção contínua de políticas públicas eficientes, a qualificação dos diversos serviços de saúde e o desenvolvimento da assistência prestada, que resultem na melhoria da qualidade de vida dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Para isso, o IS, atuando em parceria com municípios do estado, presta assessoria à rede de saúde local sob pacto com os gestores e profissionais do município quanto ao estabelecimento de diferentes intervenções que sejam demandadas pelos gestores, tais como Linhas de Cuida-

do, a fim de melhorar a assistência, por meio de conhecimento técnico-científico, colaboração no desenvolvimento de recursos humanos e qualificação de tecnologias para a saúde.

O objeto de acordo inicial para a assessoria foi a atenção à gravidez, parto e puerpério e o indicador de mortalidade materna, que reflete não somente as condições de saúde da mulher, mas o grau de desenvolvimento da população geral, de maneira indireta. Coeficientes elevados de mortalidade materna estão relacionados à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento sexual e de reprodução e de assistência pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério^{8,9}.

A parceria firmada entre o IS e a Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha iniciou-se em 2014, com a realização de um diagnóstico situacional das condições gerais de saúde do município. Inicialmente, por meio do Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) em Saúde Coletiva, identificou-se junto de gestores que a mortalidade materna era um dos problemas de saúde prioritários no município naquele ano¹⁰.

Entre as diversas Linhas de Cuidado levantadas e pactuadas entre ambas as partes, há a Linha de Cuidado de Saúde Sexual e Reprodutiva e no âmbito gravídico-puerperal, verificou-se, em documento, algumas fragilidades na organização da rede de assistência com relação às maternidades que fazem referência ao município, e para a melhoria da assistência prestada, admitiu-se a necessidade de investir esforços para fortalecer as ações desenvolvidas no pré-natal de unidades de saúde e da estratégia de saúde da família (ESF), a fim de evitar falhas de assistência na rede de atenção à saúde e considerar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres francorochenses^{10,11,12,13}.

Os estudos e as intervenções construídas nessa parceria estão sintetizados na linha de tempo do Quadro 1, com registros a partir do projeto *Traduzindo conhecimentos para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde no município de Franco da Rocha*. Importante destacar que na parceria as prioridades trabalhadas durante a assessoria foram definidas junto com os gestores municipais, trabalhadores de saúde, pesquisadores e alunos do ex-programa de aprimoramento profissional do IS, e do curso que foi redimensionado para o atual Curso de Especialização em Saúde Coletiva¹¹.

Em síntese, as ações da assessoria do IS a Franco da Rocha quanto à Saúde da Mulher podem ser descritas na linha do tempo a seguir:

Quadro 1. Linha do Tempo de atividades de SSR na parceria com Franco da Rocha

2014	• Início dos contatos com COSEMS-SP para definição do município e com gestão municipal de Franco da Rocha
2015	• Elaboração de síntese de evidências para políticas de saúde: reduzindo a mortalidade materna.
2016	• Ações voltadas ao planejamento reprodutivo e redução da mortalidade materna.
2017	• Elaboração da Linha de Cuidado. Apresentada como “Caderno de Atenção à Saúde Reprodutiva, Pré-natal, Parto e Puerpério” de Franco da Rocha- SP.
2018	• Levantamento de linha de base das UBS e Oficinas de implementação
2019	• Rodas de conversa nos serviços (UBS) para avaliação da implementação da “Linha de Cuidado de Saúde Sexual e Reprodutiva, Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério na Atenção Básica de Franco da Rocha”, com foco na utilização e sustentação das evidências do “Caderno” • Avaliação da mortalidade materna com recorte de raça/cor • Ações educativas com base nas necessidades de grávidas • Elaboração de modelo de Plano de Parto para o município de Franco da Rocha
2020	• Desenvolvimento de modo virtual de pesquisa qualitativa sobre obstáculos e respostas municipais à pandemia de Covid-19 com foco na violência de gênero, atenção às grávidas e pré-natal, e atenção e acesso em contracepção.

Fonte: Elaboração das autoras

Verificou-se que as causas de óbitos maternos no município, de 2010 a 2013, estavam relacionadas diretamente a altos índices de mortalidade obstétrica direta, ou seja, em grande parte ocorrências por causas evitáveis. Ficou nítido que esses índices indicavam problemas de adesão das grávidas, na qualidade do pré-natal e da atenção ao parto, e assim a necessidade de fortalecer ações de planejamento reprodutivo e de ampliar o acesso de grávidas aos serviços de saúde¹¹.

Em resposta foi elaborada a Síntese de Evidências¹¹, em 2015, que adotou as diretrizes metodológicas da rede EVIPNet^{VIIa}, que analisou revisões sistemáticas sobre intervenções para reduzir a mortalidade materna¹². Para o enfrentamento do problema levou-se em consideração a organização da rede de atenção à saúde materno-infantil do município e opções de resolução, e fez-se levantamento situacional e síntese de evidência sobre mortalidade materna, discutidos nos diálogos deliberativos com os gestores e profissionais de saúde, o que resultou na realização de oficinas de educação profissional em saúde com os trabalhadores do município em 2016, a fim de consolidar ações voltadas ao planejamento reprodutivo^{12,13}.

Dados apresentados na Síntese de Evidências sobre redução de mortalidade materna¹¹, com base nos indicadores de saúde e nas percepções dos gestores sobre a rede de atenção ao pré-natal, parto e puerpério da Região de Franco da Rocha, indicavam índices preocupantes de mortalidade obstétrica direta (eclâmpsia e placenta prévia com hemorragia, pré-eclâmpsia grave, e outras formas de inércia uterina), ou seja, decorrentes de causas evitáveis, ocorridas de 2010 a 2013.

Na análise do indicador razão de mortalidade materna (RMM) na Região de Saúde de Franco da Rocha (que abrange os municípios de Cajamar, Caieiras, Francisco Morato, Franco da Rocha e Mairiporã), feita em 2015, tem-se que a RMM foi de 71,0/100.000 nascidos vivos em 2010 e 46,37/100.000 nascidos vivos em 2013. Sob enfoque restrito ao município, os números eram de 92,38 em 2010, e 143,54 em 2011. Segundo os dados levantados pela Fundação Seade (Sistema Estadual de Análise de Dados) (2014), Franco da Rocha apresentou razão de mortalidade materna de 45,0/100.000 nascidos vivos enquanto o estado de São Paulo tinha RMM de 39,1/100.000 nascidos vivos.¹¹ Nos anos de 2017 e 2018 a razão de mortalidade materna no município foi de 90,95 e 45,49 (dados obtidos diretamente de fontes municipais – Vigilância Epidemiológica)^{12,15}.

VII a. Desde 2014 o IS integra a rede EVIPNet Brasil, cuja coordenação executiva é feita pela Área de Gestão do Conhecimento do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (<http://global.evipnet.org/>). A EVIPNet (Evidence-Informed Policy Network), ou Rede para Políticas Informadas por Evidências tem a finalidade de promover o desenvolvimento de estratégias efetivas para integrar a produção e a aplicação do conhecimento em políticas e práticas, por reforço ou estabelecimento de mecanismos de tradução do conhecimento, de modo a comunicar, melhorar o acesso e promover o uso de informações de saúde que sejam confiáveis, relevantes, não apresentem vieses e mantenham-se renovadas¹⁴.

Além de altos índices de mortalidade materna entre 2010 e 2018, Franco da Rocha também apresentou significativo aumento de notificações de sífilis materna e congênita, entre 2014 e 2017, que foram, respectivamente, de 5 e 5 casos, em 2014; 6 e 13 casos, em 2015; 14 e 22 casos em 2016; e 60 e 28 em 2017, segundo o Plano Municipal de Saúde 2018-2021.¹⁶ Não foram encontrados, no Relatório de Gestão de 2018 da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), resultados de ações propostas no documento quanto à redução de casos novos de sífilis congênita, conforme indicadores de pactuação interfederativa, mas no ano de 2019 verificou-se redução para 6 casos notificados. Com referência à cobertura do pré-natal de sete ou mais consultas, recomendada pelo Ministério da Saúde¹⁷, e que se encontrava em queda entre 2010 e 2013 (72% no ano de 2010, 69,7% em 2011, 68% em 2012 e 65,5% em 2013)², nos anos de 2014 a 2019 a cobertura cresceu de 64,78% até alcançar o maior percentual que foi 75,73% em 2018, mas em 2019 diminuiu para 74,07%¹⁸.

No Diagnóstico Situacional das condições de saúde local no âmbito de Saúde da Mulher foram observadas algumas fragilidades na organização do processo de assistência junto de equipes das maternidades de referência para o município¹¹. Entendeu-se que as ações desenvolvidas no pré-natal necessitavam ser fortalecidas a fim de evitar falhas que poderiam interferir na qualidade dos serviços da rede e na observância de direitos da grávida, de modo que se aumentasse a sua capacidade de decisão e autonomia de cuidado.

Em 2017 houve a renovação da parceria entre IS e a nova gestão do município, que pleiteou apoio para redução da mortalidade materna e para outras ações prioritárias. A gestão deliberou como meta a robustez da atenção ao pré-natal, parto, puerpério e ao planejamento reprodutivo com a elaboração de *Linha de Cuidado*, utilizando diretrizes e acordos técnicos fixados em documento do próprio do município.

Elaboração da Linha de Cuidado de Saúde Sexual e Reprodutiva

A parceria renovada em 2017 e 2018 resultou no produto da Linha de Cuidado sob a forma do “Caderno de Saúde Sexual e Reprodutiva,

Pré-natal, Parto e Puerpério”, elaborado por duas pesquisadoras do Instituto de Saúde, com especialidade em tradução de conhecimento e avaliação de tecnologia e formação em medicina (Venâncio) e em nutrição (Bortoli), que orientaram quatro alunas de especialização com formação em obstetrícia, nutrição, pedagogia e biomedicina. Essa equipe desenvolveu um esforço de tradução do conhecimento com base em provas científicas^{11,14,15,19}.

Formalmente, a tradução do conhecimento é definida pelos Institutos Canadenses de Pesquisa em Saúde como um processo dinâmico e interativo que inclui a síntese, difusão, troca e aplicação ética de conhecimento para melhorar a saúde, fornecer serviços e produtos de saúde mais eficazes e fortalecer o sistema de cuidados de saúde. Essa definição foi adaptada por outros, incluindo o Centro Nacional de Disseminação de Pesquisa sobre Deficiências dos Estados Unidos e a Organização Mundial da Saúde (OMS). O elemento comum entre esses diferentes termos é ir além da simples disseminação do conhecimento para o uso real do conhecimento. Criação de conhecimento (ou seja, pesquisa primária), divulgação de conhecimento (ou seja, por meio de revistas científicas e apresentações) não são suficientes por si só para garantir o uso do conhecimento na tomada de decisões²⁰.

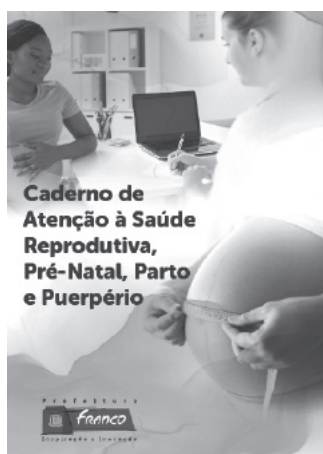
O cuidar na Saúde Coletiva é campo de pluralidades nas produções de novas práticas de assistência, indo além de conceitos ou modelos. É ultrapassar a fronteira da singularidade da doença e do adoecer e dar visão aos sujeitos, que passam a ser usuários do sistema sanitário, com integralidade e em busca de autonomia, como meio indispensável para alcançar a excelência na resolução do processo de assistência, nesse sentido as linhas de cuidados fundamentadas em evidências científicas são construtos elaborados para facilitar o alcance desse objetivo.

A Linha de Cuidado desenvolvida para o município teve como uma das estratégias o reforço de ações e práticas desenvolvidas no pré-natal e trata, entre outros assuntos, de marcos internacionais e referências acerca de direitos sexuais e de reprodução no país, contribui com direitos das mulheres à informação como estratégia de enfrentamento à violência obstétrica, como é o exemplo da Lei Estadual nº15.759/2015 que assegura à grávida o direito ao parto com humanidade e garante o Plano Individual de Parto^{1,15,21,22}.

O documento norteador inicial foi o da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) (2018)⁷, que define Linha de Cuidado como o documento que indica o trajeto que orienta a continuidade da assistência, com apoio de normas e procedimentos clínicos e tecnológicos alicerçados por provas científicas e assinala um conjunto de recomendações importantes para as práticas de assistência e as práticas educativas^{13,15}.

Com esse propósito foram apresentadas versões na Câmara Técnica da SMS quando a equipe discutia os passos e os achados de provas a um tempo que se discutia aspectos da tradução desse conhecimento. Uma vez aprovada a Linha de Cuidado, o próximo passo foi um processo de implementação que envolvesse gestores e profissionais de linha de frente de serviços municipais^{1,15,23,25}. A Linha de Cuidado1 foi composta de nove itens que compreendem: aspectos introdutórios sobre a política municipal de saúde, redes de atenção e linhas de cuidado; atenção à saúde da reprodutiva com métodos contraceptivos, atenção pré-concepcional, atenção pré-natal, atenção ao parto e puerpério, complementados com guias de avaliação, avaliação clínica, apêndices de saúde do adolescente e anexos de fluxos e sínteses (Figura 1).

Figura 1. Caderno da Linha de Cuidado “Caderno de Atenção à Saúde, Reprodutiva, Pré-natal, Parto e Puerpério” – Franco da Rocha, 2018.



Fonte: Capa da brochura do “Caderno de Atenção à Saúde, Reprodutiva, Pré-natal, Parto e Puerpério”

Estratégia para implementação da linha de cuidados em Franco da Rocha

Aplicar resultados de provas e traduzir conhecimento para transformar práticas de saúde é situação que envolve a macropolítica e a um só tempo pessoas que estão ligadas a outro modo de ver a realidade do sistema de saúde, e sob outros conjuntos de obstáculos, diversas relações de poder e desejos afeitos de parte da micropolítica que também envolvem a incorporação de PIE (política informada por evidência ou provas científicas ou ainda política informada por provas) em suas práticas^{14,19,23}.

Entendendo-se que a experiência aqui descrita está inscrita no ciclo de Tradução do Conhecimento, a equipe de execução do eixo da Saúde Reprodutiva utilizou-se do método *Improving Programme Implementation through Embedded Research* – desenvolvido pela *The Alliance for Health Policy and Systems Research* (AHPSR), em colaboração com a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS/OMS²³⁻²⁶.

Seu modelo recomenda a hierarquia de executores de programas como agentes chave de pesquisa com a intenção de melhor compreender as falhas em sistemas de saúde que criam barreiras à implementação, também permitindo a identificação de soluções para essas barreiras^{24,27}. Nessa experiência, os tomadores de decisão são pessoas chave para pensar nas estratégias de implementação, por formularem e responderem a questões básicas voltadas para a sua qualidade. A ciência faz parte do processo de execução facilitando a resolução de problemas ao diminuir a distância entre a teoria e a prática^{25,27}.

No movimento para instituir práticas baseadas em provas científicas feito em Franco da Rocha foi dada ênfase à importância da avaliação do processo de implementação das evidências recomendadas na Linha de Cuidado nos serviços. Os desdobramentos desse processo estiveram pautados por reflexões e deliberações acerca dos cuidados em situação de adoecimento, aumento de capacidade de decisão de usuárias e o autocuidado, considerando as compreensões de problemas vinculados à saúde da mulher, além do desempenho de profissionais da área da saúde, mirando a interação de ensino e formação e suas práxis²³.

Além disso, focaliza os atores da “ponta”, envolvidos diretamente no campo de pesquisa, já que seus desdobramentos dependem da sustentabilidade de intervenções em saúde em ambientes desafiadores^{23,24}. Na estratégia de intervenção e investigação sobre a implementação da Linha de Cuidado se adotou variáveis de aceitação, adoção, adequação e percepção de viabilidade como indicadores de resultados da implementação na experiência de 2018²³.

Assim, a pesquisa de implementação está voltada não só para o que funciona ou não funciona, mas o que durante a aplicação de políticas contribuiu para dar certo ou errado, procurando-se melhorá-la no seu desenvolvimento. Ela requer resultados que são conceitualmente e empiricamente distintos daqueles de serviço e eficiência clínica, e se classifica em três tipos de resultados que se inter-relacionam: resultados de Implementação, Resultados de Serviços e Resultados do Cliente^{24,25,26}.

A seguir, apresenta-se no Quadro 2 um demonstrativo de definições e termos relacionados às etapas de implementação no contexto de serviços:

Quadro 2. Indicadores* de implementação da Linha de Cuidado de saúde sexual e reprodutiva das mulheres de Franco da Rocha, 2018-2019.

Indicadores	Definição prática	Termos relacionados
Aceitação	A percepção entre as partes interessadas (por exemplo, consumidores, fornecedores, gestores, decisores políticos) que uma intervenção é aceitável	Fatores relacionados com a aceitação (por exemplo, conveniência, vantagem, crédito relativo)
Adoção	A intenção, decisão ou ação inicial destinada a tentar usar uma nova intervenção	Utilização, uso, destinação de testar
Adequação	A percepção de que a intervenção é apropriada ou relevante em ambiência particular ou para um destinatário específico ou grupo em causa (por exemplo, fornecedor ou consumidor)	Relevância, percepção da correspondência, compatibilidade, capacidade de teste e de uso, praticabilidade

Exequibilidade	Avalia em que medida uma intervenção pode ser realizada em ambiência ou organização particular	Aplicação na prática, de modo real, adequação para uso diário
Sustentabilidade**	Avalia grau em que uma intervenção é mantida ou torna-se uma prática institucional em dado contexto	Manutenção seguida, duração, institucionalidade, instalação, integração, incorporação

Fonte: Adaptado por Medeiros (2018)²¹ com base em Proctor E et al (2011)²⁹; Peters DH et al. (2013)²⁷

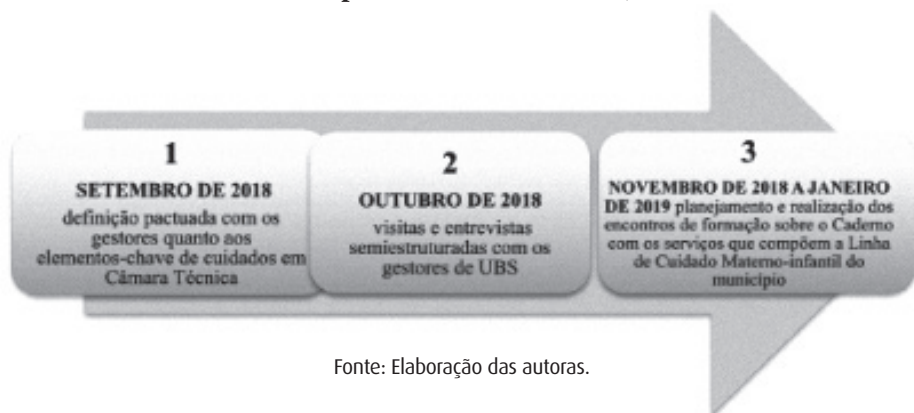
** Espaços de cor branca se referem ao conceito aplicado na etapa após início da implementação

É necessário considerar o profissional da linha de frente, o público que será favorecido e principalmente o tomador de decisão para a construção do processo de implementação de protocolos, programas ou políticas públicas, pois são diversos olhares no mesmo contexto, que formulam questões e identificam problemas que facilitarão a incorporação de resultados de evidências científicas, que sejam exequíveis num dado contexto e que qualifique a execução e a dinâmica do trabalho em saúde.

Estratégia para apoiar a implementação da Linha de Cuidado de Saúde Sexual e Reprodutiva

A estratégia de implementação (Figura 2) se dividiu em três etapas, sendo o primeiro momento a definição pactuada com os gestores quanto aos elementos chave de aplicadores de cuidados, o segundo por visitas e entrevistas semiestruturadas com gestores de UBS – para se ter delineamento renovado de contexto dos serviços – e, por fim, o planejamento em conjunto da equipe do IS e o representante da Atenção Básica e educação permanente do município, sobre estratégias e cronograma para a realização de “Encontros Formativos” sobre a implementação das recomendações contidas no “Caderno” da Linha de Cuidado de Saúde Reprodutiva e pré-natal, parto e puerpério no município.

Figura 2. Estratégias de implementação da Linha de Cuidado de Saúde Reprodutiva e pré-natal, parto e puerpério do município de Franco da Rocha, 2018.



Na primeira etapa, elaborou-se cronograma que incluiu estratégia de visitas, observação, entrevistas nos serviços e os encontros formativos. Todas as datas e indicações de participantes foram pactuadas na reunião de gestão na Câmara Técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha.

Na segunda etapa, foram realizadas visitas *in loco* às doze Unidades de Estratégia de Saúde da Família e coletados dados quantitativos e qualitativos para composição do contexto de intervenção aos serviços e planejamento dos “encontros formativos” para implementação da Linha de Cuidado. Nas visitas de conhecimento e sensibilização foram feitas as entrevistas com base no roteiro de levantamento de contexto, que foi aplicado entre agosto e outubro de 2018. O referido roteiro formulava questões abertas e fechadas, sobre estrutura e processos relacionados com atividades de atenção à saúde da mulher, que foram aplicadas aos gerentes ou representantes de cada serviço e complementadas por observação direta e registro fotográfico das UBS. Dados esses consolidados e discutidos pela equipe do eixo, para a realização de recortes de trabalhos de conclusão de curso de cada aluno e definição do enfoque da educação permanente, em setembro de 2018.

Nas diversas áreas visitadas, observou-se que o perfil da população dos territórios apresentou pouca variedade, sendo a maioria de

classe média baixa e de bolsões com vulnerabilidades, onde com frequência os gestores declararam que existe aumento de gravidez na adolescência. Sobre área física, verificou-se que poucas UBS tinham espaço físico adequado para atividades de grupo e para reuniões internas da gerência com a equipe. Sobre o processo de trabalho, parte dos grupos educativos foi realizada em espaços improvisados, apenas com exposições verbais, muitas vezes sob interrupções³⁷. As unidades não realizavam reunião de equipe de ESE, somente eventuais discussões de casos, segundo demanda de médicos e na maioria das vezes faziam apenas uma reunião geral por mês com a gerência da unidade para tratar de assuntos administrativos.

As visitas da equipe de implementação em cada UBS foram importantes para apresentação prévia da Linha de Cuidado e para aproximação com os profissionais dos serviços, pois o convite para participação dos encontros de formação foi realizado sob presença, de modo explicativo e com diálogo afetivo com as suas realidades. Poucos desses profissionais de linha de frente estiveram presentes nas oficinas de pactuação dos protocolos do caderno da Linha de Cuidado, e a maioria mostrou pouco ou nenhum contato teórico e prático sobre PTS^{VIIIc}, projeto terapêutico singular e clínica ampliada.

Na terceira etapa, foi desenvolvida a proposta pedagógica da implementação, foi mantida a natureza multidisciplinar da equipe de intervenção, composta por quatro obstetras não médicas e uma arte-educadora sanitaria, sob orientação de pesquisadora científica com perícia em Enfermagem e Saúde Coletiva. O grupo optou por utilizar como referências teóricas para promoção da autonomia³⁰: Educação Popular em Saúde,³¹ da Formação Paideia³² e dos Recursos Expressivos,^{33,34} bem como do diálogo constante de saberes e vivências dos demais profissionais da equipe de implementação.

VIII c. O projeto terapêutico singular é uma ferramenta de organização e sistematização do cuidado construído entre equipe de saúde e usuário que deve considerar a singularidade do sujeito e a complexidade de cada caso, ou seja, um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um indivíduo, família ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. (Brasil, 2013) https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf.

A equipe também incorporou no projeto pedagógico a demanda da gestão municipal em tratar da prática do instrumento Projeto Terapêutico Singular (PTS)^c, com estudos de casos clínicos trazidos pelos próprios participantes a respeito de cada tema dos módulos, e a utilização das evidências do “Caderno” em todas as atividades, com a oferta de que tivessem exemplares suficientes para cada participante trabalhar de modo coletivo nos encontros, por meio de relação nas atividades de casos propostos.

Para organização da programação dos “encontros formativos” foi feita a análise dos dados coletados nos serviços que teve como objetivo subsidiar a elaboração de conteúdos e vivências dos três módulos, organizados na sequência dos temas da Linha de Cuidado, divididos em:

- **Módulo I** – PNAISM e Planejamento Reprodutivo
- **Módulo II** – Projeto Terapêutico Singular e Saúde Sexual e Reprodutiva
- **Módulo III** – Pré-Natal, Parto e Puerpério

Os módulos tiveram como eixo inicial estabelecer vínculo que seguiu sendo construído a cada módulo por meio de estratégias como: formação de grupos em rede social; definição de um nome para cada grupo de formação de modo que os participantes criassem uma identidade comum; utilização de recursos de comunicação on-line como um grupo de e-mail e um grupo de *WhatsApp* tanto para os participantes quanto para os profissionais da gestão municipal envolvidos na organização dos encontros²³.

As equipes foram estimuladas a se organizarem para participação ativa no processo de aprendizagem e criaram três grupos com identidades próprias. O grupo 1 foi nomeado de AbraSUS, o grupo 2 de Fortalecimento e o grupo 3 de UniSUS. Logo, a proximidade dos grupos ganhou força e vínculos que também foram assimilados na relação entre participantes, assessores e alunos e entre os participantes dos vários serviços e categorias.

As alunas do Curso de Especialização que atuavam do eixo de implementação da saúde reprodutiva tiveram orientação e preparação

teórica para se alternarem nas atividades em momentos de diálogo e intercessão e para estarem atentas às demandas e sugestões trazidas pelos participantes nos encontros e nas avaliações diárias ou em eventuais contatos feitos por comunicação on-line. Para os participantes, as ofertas teóricas e leitura do “Caderno” da Linha de Cuidado foram desenvolvidas na maioria por meio de métodos participativos e expressivos,^{33,34} e por aqueles de expressão popular, contendo, porém, alguns momentos de exposição dialogada. Desse modo, todos os grupos, pelos pactos construídos no primeiro encontro de formação, estiveram de acordo com a referida dinâmica.

Figura 3. – Grupo Fortalecimento – Rede de Atenção com “Teia da Vida”.



Fonte: Arquivo da equipe Eixo de implementação

Os encontros de formação do Módulo I iniciaram o processo de formação de grupo de cada turma sob alguns pactos e expectativas levantadas nos encontros, assim como foi apresentado o programa de todos os módulos e seus respectivos propósitos. Procurou-se também iniciar um primeiro contato com o “Caderno”, trazendo seu trajeto de construção e sua intenção quanto à aplicação na prática dos serviços e a importância do trabalho em rede para sua sustentabilidade.

para ampliação de conhecimentos, a replicação deles e mudança na prática de profissionais envolvidos com a adoção do conteúdo da Linha de Cuidado (Quadro 3).

Os indicadores a seguir foram produzidos das narrações de profissionais pelos instrumentos de avaliação e sistematizados no Quadro 3.

Quadro 3. Indicadores de execução e de resultado de avaliações

Indicador	Resultado
Aceitação	“O instrumento será muito válido para aprimorarmos nossos atendimentos.” “Conteúdo bom, aderir no dia a dia, já estou aderindo mesmo em condições dadas a nós funcionários”
Adoção	“(…) sem dúvidas vou procurar usar no meu dia a dia.” “(…) farei o que for possível para contribuir com esse conhecimento”
Adequação	“Pertinente. Contudo necessita de tempo e disposição para integrá-lo na rotina.” “O conteúdo do curso foi muito bom, didático, dinâmico, esclarecedor e [com] vivências que ajudaram muito no processo de aprendizado e a colocar a teoria na prática.”
Exequibilidade	“Material esclarecedor, com uma linguagem de fácil entendimento.” “Já está em incorporação e vai ajudar o outro” “(…) difícil de se incorporar, devido a realidade da UBS.” “(…) vai depender da disposição do material e do profissional.”

Fonte: Elaboração das autoras

Em 2019 foi retomada a pesquisa sobre a implementação com enfoque na sustentabilidade da Linha de Cuidado por meio da realização de onze rodas de conversa em dez dos doze serviços visitados no ano anterior. Participaram das rodas de conversa profissionais de saúde e grupo composto somente com usuárias grávidas ou com partos recentes.

Nesse ano o foco foi na escuta das equipes, na observação direta de situações de acolhimento e de realização de grupos educativos com o objetivo de avaliar a utilização das recomendações no cotidiano das práticas de cuidados por profissionais de saúde, depois dos encontros de formação realizados em 2018 e 2019. Ademais, discutir pactos de outros pontos estratégicos da Linha de Cuidado que ficaram pendentes, por exemplo, a iniciativa de aplicação do plano de parto, explorar o perfil de grávidas com maior risco quanto a desfechos prejudiciais e incrementar ações em grupos de pré-natal mais participativos e que envolvessem acompanhantes e integração com o pré-natal do homem^{28-35,36,37}.

Ressalte-se que em Franco da Rocha, no processo de pactuação do “Caderno” com a gestão municipal e maternidades de referência, não se chegou a consenso sobre a inclusão de diretrizes para a elaboração do Plano de Parto (PP), o que foi retomado com sucesso em 2019. O PP é documento estabelecido por legislação que descreve o planejamento para o parto, acolhe desejos e respeita escolhas pela mulher, além de servir como estratégia para garantia de direitos e para promover o aumento da capacidade de decisão das mulheres e se propõe a atuar no enfrentamento da violência obstétrica^{22,28,37,40}.

Em 2019 foi elaborado um modelo de PP junto com profissionais da Atenção Básica e das maternidades de referência. O propósito foi disponibilizar um instrumento que contribuísse para a integralidade do cuidado e como recurso para influir na mudança da cultura de parto e nascimento. A formulação de um modelo de PP e do desenho da oficina levou em consideração os relatos das usuárias na roda de conversa sobre suas experiências de pré-natal e atenção ao parto e puerpério, as barreiras existentes na rede e seus pontos fortes nos quais pudéssemos apoiar o processo de implementação.

No roteiro da oficina foram apresentadas questões sobre: humanização da atenção no pré-natal, parto e puerpério, promoção da autonomia das mulheres, direitos das grávidas e violência obstétrica. Como disparador da discussão e de propostas foi utilizado o prospecto “Violência Obstétrica: nomear para superar” um material elaborado por pesquisadoras do Instituto de Saúde da linha de pesquisa de saúde reprodutiva e que se encontra disponível on-line^{28,40}.

Foram apontadas fortalezas da rede de assistência que apresentavam possibilidades de melhoria contínua, mas assinalou-se barreiras relacionadas à organização da Rede, como estrutura, cultura institucional e aspectos de comportamento de profissionais e usuários. Fez-se sugestão de melhoria na assistência com a proposta de aplicação da estratégia do PP, porém para sua adoção efetiva seria necessário a compreensão do documento em âmbito administrativo e controle da sociedade, de modo a torná-lo uma diretriz da política municipal de saúde e da sub-região metropolitana, a partir da utilização do modelo adaptado às realidades do município²⁸.

Outro estudo importante feito sob parceria com o município foi de natureza retrospectiva que levou em consideração o quadro de mortalidade materna identificado no início da parceria em 2014. A investigação teve como resultado a obtenção de tendências de mortalidade materna no município nos últimos onze anos e avaliação de ações pré-natais e de atenção ao parto com recorte na atenção pré-natal, raça/cor e outros aspectos de determinação social dessa mortalidade³⁶.

Assim foi feita coleta de dados em documentos, entre outubro e novembro de 2019, por visitas ao Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna, Fetal e Infantil (CMPMMFI/ CMM) de Franco da Rocha, quando foram analisados treze relatórios de investigação de óbitos maternos dos anos de 2008 a 2018, e considerados sete óbitos de mulheres descritas como negras (pardas ou pretas)³⁷.

Toda gravidez estudada tinha sido descrita como de risco habitual apesar de haver registros de abuso de drogas ilícitas/dependência de substâncias psicoativas sem cuidados em dois casos, asma, hipertensão arterial e arritmia cardíaca sem acompanhamento (um registro em cada caso). Apenas uma das mulheres teve acompanhamento na gravidez documentado em Cartão da Gestante, mas, nesse caso, não havia registros de vacinas nem resultado de exames. Ainda, a data da última menstruação (DUM) e data provável do parto (DPP) tiveram registro estimado em apenas um caso³⁷.

Somente uma mulher afetada por hipertensão arterial, sem tratamento registrado no pré-natal, foi internada no primeiro mês de gravidez. Com relação ao lugar de óbito, em duas mulheres (28,6%) foi no domicí-

lio e cinco (71,4%) em hospital. Foi realizada necropsia em apenas três (42,8%) mulheres. As complicações no ciclo gravídico-puerperal, relacionadas aos óbitos foram: Choque séptico pós-cesárea; aborto incompleto complicado; asma; hipertensão arterial; dependência química e falta de acompanhamento pré-natal; arritmia cardíaca e pré-eclâmpsia grave³⁷.

Analisando as condições socioeconômicas e os determinantes sociais de saúde e doença, além de tais barreiras e ainda examinando as informações disponíveis, verificou-se, conforme a literatura repetidamente aponta, que a oferta e a qualidade do cuidado que mulheres negras acessam não é suficiente e completo como poderia/deveria ser, segundo protocolos e recomendações baseados em evidências e acolhidas com respeito e dignidade humana quanto às vulnerabilidades que permeiam/estão imbricadas nas vivências deste grupo³⁷.

Considerando os instrumentos para a ação e perspectiva de mudança deste cenário, o estudo mostrou ampla possibilidade de se evitar mortes se houver acesso à assistência oportuna, qualificada e ajustada às demandas gerais e específicas e quando os profissionais de saúde estiverem cientes e com perícia para identificar a variedade biopsicossocial relacionada às maiores chances de morrer no ciclo gravídico-puerperal de mulheres negras^{36,37}.

Entende-se serem necessárias ações além da classificação de risco biológico, para tanto é necessária a construção de um modelo de assistência suficientemente flexível, que considere fatores de risco incomuns para as concepções de alguns profissionais de saúde, como o estresse psicológico e social e outros peculiares que possam ser conhecidos no encontro entre profissionais, mulheres e seus pares³⁸.

O cuidado em Saúde Sexual e da Reprodução na pandemia do SARS-CoV-2

Em 11 de março de 2020 a pandemia do SARS-CoV-2 foi reconhecida pela OMS pelo Regulamento Sanitário Internacional. A pandemia de Covid-19 devastou o mundo, sobrecarregou os sistemas de saúde e órgãos internacionais mostraram grande preocupação sobre a descontinui-

dade da oferta de cuidados de saúde sexual e da reprodução, o que pode gerar aumento de gravidez não planejada, morbimortalidade materna e aumento de ocorrências de violência doméstica em mulheres e meninas.

Diante desse contexto, em 2020 buscou-se investigar os desafios e as respostas do sistema municipal de saúde, as principais barreiras de acesso ao pré-natal no contexto da Covid-19, os obstáculos de acesso aos métodos contraceptivos e como a questão da violência de gênero e doméstica afetou as mulheres em Franco da Rocha durante a pandemia^{38,39,40}.

No período de setembro a novembro de 2020 foram realizadas 11 entrevistas *on-line* com uso de roteiro semiestruturado, e utilizando aplicativos como *WhatsApp*, *Google Meets* e *Microsoft Teams*. As entrevistas foram analisadas por categorias temáticas. Os dados secundários: número de grávidas em cadastro no Sis prenatal, de gravidez planejada e de consultas por enfermeiros e médicos entre janeiro e agosto de 2019 e igualmente de 2020, foram obtidos da SMS e sistematizados em Excel.

Os dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificações (SINAN) do município de Franco da Rocha em relação à violência contra mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos, em 2019 e 2020, indicam, respectivamente, 93 e 116 casos. Observe-se aumento de 15,45% de notificações entre esses anos⁴⁰. A questão da violência física chamou atenção com 52,68% (49) dos casos notificados em 2019 e 60,90% (67) em 2020. Houve prevalência de casos entre mulheres jovens, pretas ou pardas.

Identificou-se que o medo esteve presente no cotidiano de profissionais e das usuárias desde o início da pandemia, mas o contato foi recuperado aos poucos por via de tecnologia (aplicativos telefônicos), visitas domiciliares adaptadas ao distanciamento físico e consultas somente para questões prioritárias, no caso de demandas de grávidas e a realização do pré-natal, uma vez que a realidade dificulta a busca dos serviços e a identificação por parte das profissionais da demanda relacionada à violência. Em resposta aos transtornos de atendimento, as atuações de agentes comunitárias de saúde (ACS) foram referidas por diversas vezes como muito importantes para garantir o acesso de usuárias aos serviços e na manutenção do elo entre a saúde e o território, por meio de busca ativa⁴⁰. Frise-se ainda a criação do Núcleo de Violência, que está em fase de instituição e não atende apenas a população de mulheres em situação de violência⁴⁰.

Sobre os desafios para acesso a métodos contraceptivos, houve problemas relacionados à interrupção da entrega no início da pandemia por causa do isolamento; houve demora e até suspensão das atividades de preparação para o acesso ao protocolo de esterilização cirúrgica; concomitantemente houve aumento de 7,5% na procura por testes de gravidez entre 2019 e 2020 o que sugere influência do isolamento e dos transtornos de acesso a métodos contraceptivos reversíveis na ocorrência de novas gestações⁴¹.

Em resposta, as equipes de saúde reorganizaram suas atividades com as ACS, que passaram a fazer contato com as usuárias, informando sobre os novos arranjos de funcionamento, horários e medidas de proteção utilizadas no serviço, e promovendo orientações. Mesmo assim, houve a suspensão de cirurgias de laqueadura⁴¹.

Sobre o acompanhamento pré-natal durante a pandemia da Covid-19, em 2020, em Franco da Rocha, as adversidades apontadas foram: aumento do número de grávidas no município e atribuições para fazer grupos educativos e seguimento das grávidas; acompanhar casos de grávidas com Covid-19; o medo das grávidas em comparecer aos serviços pelo temor de se infectar pela Covid-19 foi referido por vários profissionais entrevistados como um obstáculo para adesão ao pré-natal e para acesso à contracepção, o que implicou na redução da média de consultas por grávidas. O isolamento sugere o aumento de violência doméstica, que foi amenizado pelo teleatendimento com informação a respeito do controle da Covid-19 oferecido às grávidas e famílias pelos profissionais da saúde.

Em Franco da Rocha, houve redução da média de consultas de pré-natal: em 2019 foi de 4,86 e em 2020 foi reduzida para apenas 1,05 consultas por grávida. Na percepção dos profissionais a pandemia causou início tardio do pré-natal, em razão do medo das usuárias frequentarem os serviços, suspensão de grupos de pré-natal e de visitas ao hospital de referência para o parto.

“As gestantes tinham uma visão que não precisavam comparecer às consultas [pré-natal] devido à pandemia e é um medo também, o medo de se contaminar, mas incentivamos [...], as ACS orientaram elas [grávidas] e muitas já vieram tardiamente com 5 meses, 6 meses

[de gestação]” (Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família [ESF])

“Tivemos dois casos de abandono do pré-natal, nesse período, e o agente de saúde foi, e o enfermeiro foi [visita domiciliar], não conseguimos localizar essas grávidas [busca ativa], porque teve casos de pessoas preferirem ficar junto dos seus familiares [segurança e proteção familiar], e aqui tem muitas pessoas que vêm de outros estados, ou de outras cidades [Franco da Rocha como cidade dormitório]. [...] elas [grávidas] estavam com bastante receio.” (Enfermeira da ESF)

Os maiores desafios encontrados no período da pandemia de acordo com os entrevistados que foram profissionais de linha de frente da Atenção Básica foram: a redução de consultas indicou falha no acesso ao pré-natal; a falta de oferta de grupos de pré-natal; a redução de visitas em domicílio. Todas essas falhas apontam a possibilidade de ter sido afetada a promoção de saúde nesse contexto social, aumentando a hipótese de o pré-natal ter se limitado a um espaço somente para pedidos de exames de análises clínicas e prescrições, deixando à margem os aspectos psicossociais⁴².

Os esforços para manter o SUS local em funcionamento demonstram a resiliência dos serviços e do sistema municipal de saúde. As principais estratégias de resposta para os desafios apresentados nesse eixo foram: adoção do uso de EPI (equipamentos de proteção individual), medidas de distanciamento, espaçamento de agenda e horários, ampliação da jornada para reduzir a concentração de pessoas nos serviços, oferta de teleatendimento pela vigilância municipal, divulgação de informações acerca de providências de segurança pessoal e controle da Covid-19 para as grávidas e famílias, como forma de orientá-las de maneira que se sentissem seguras para comparecer aos serviços, manter os serviços abertos e promover reorganização de fluxos e agendamentos; entrega de estojos de proteção, realização de visitas domiciliares com nova etiqueta de distanciamento e higiene.

Possíveis avanços e lições aprendidas

- A participação ativa dos gestores de nível intermediário envolvidos com o apoio da implementação da Linha de Cuidado se consti-

tui em um lugar seguro para expressão da capacidade criativa entre os membros das equipes. Isso permitiu assegurar acordos coletivos intercedidos pela arte e por situações que desconstruíram a linha hierárquica de saberes hegemônicos nas equipes.

- A adoção de casos reais trazidos dos serviços para elaboração de PTS permitiu um certo movimento de quebra de hierarquia e trouxe, mesmo que temporariamente, outras formas de resolução de situações e casos do cotidiano dos serviços, e incluiu aspectos de intersubjetividade e interdisciplinaridade sem abrir mão do saber técnico. Necessita-se de reforço *in loco* para a quebra de resistências para a implementação plena da Linha de Cuidado de saúde sexual e reprodutiva.

- Durante todos os encontros pelo menos um representante de profissionais da Atenção Básica (NASF e ESF) da gestão municipal marcaram presença e essa presença legitimou a proposta de trabalho perante as equipes.

- Um participante chamou a atenção para a necessidade de ampliar oportunidades para incluir aqueles que sempre abrem mão de participar de cursos e que pouco se envolvem nos espaços de diálogo e aprendizagem.

- As assessorias ao município de Franco da Rocha vêm contribuindo para formação de especialistas em Saúde Coletiva com capacidade de desenvolver diálogos para tomadas de decisões e pactuações com gestores na construção de respostas para os problemas do cotidiano dos sistemas locais de saúde, com respaldo na utilização de indicadores de avaliação e uso evidências científicas.

- Ao fim desse trabalho foi possível verificar a resiliência do SUS em se reinventar diante da crise sanitária iniciada em 2020 (e que talvez persista por tempo incerto). Considera-se indispensável a informação de modo amplo sobre as medidas de controle dos serviços de saúde diante da pandemia e assim evitar a falta de acesso a contraceptivos, aumento de violência doméstica e obstétrica e descontinuidade do pré-natal ou seu início tardio.

Referências

1. Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha (SP). Caderno de Atenção à Saúde Reprodutiva, Pré-Natal, Parto e Puerpério

- (CASRPPP) de Franco da Rocha, São Paulo. São Paulo: Secretaria Municipal de Franco da Rocha; 2018.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes [internet]. Brasília (DF); 2004 [acesso em 20 mar 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
3. UNFPA - United Nations Population Fund. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher [internet]. Pequim: 1995 [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_beijing.pdf
4. Galli B, Rocha H. Direitos Sexuais e Reprodutivos, Autonomia Reprodutiva, Política e (des) respeito ao Princípio da Laicidade [internet]. Plataforma DHESCA (Direitos Humanos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais) Brasil; 2014 [acesso em 15 mar 2021]. Disponível em: <https://www.plataformadh.org.br/acervo/direitos-sexuais-e-reprodutivos-autonomia-reprodutiva-politica-e-desrespeito-ao-principio-da-laicidade/>
5. Brasil. Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1:18055. [acesso em 20 abr 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
6. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SP). Rol de Indicadores de Avaliação da Atenção Básica [internet]. [acesso em 15 abr 2021]. Disponível em: <http://saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/informacoes-de-saude/rol-de-indicadores-de-avaliacao-da-atencao-basica>
7. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SP). Linha de Cuidado da gestante e puérpera: manual técnico do pré-natal, parto e puerpério/organizado por Carmen Cecília de Campos Lavras. São Paulo: SES-SP, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/controlcancer/resource/pt/biblio-972120>
8. Rede Interagencial de Informação para a Saúde-RIPSA. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [internet].

2. ed. 2008. [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>
9. Laurenti R, Melo-Jorge MHP, Gotlieb SLD. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. *Cad Saude Publica* [internet]. 2000 jan-mar [acesso em 20 fev 2021]; 16(1):23-30. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wbkH9DyZ3MJ5FcNdnGTHkcn/?lang=pt&format=pdf>
 10. Silva AB, Castorino AF, Ricardo CZ, Lo CS, Santos EG, Ferreira EK, et al. Situação de Saúde do Município de Franco da Rocha (SP) [relatório] [internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2014. Trabalho de Conclusão de Curso da Turma de Aprimoramento em Saúde Coletiva. [acesso em 20 fev 2020]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/aprimoramento/relatoriosituacaosaudefrancorocha2014.pdf>
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: Reduzindo a mortalidade materna no Município de Franco da Rocha/ Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 52 Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_mortalidade_materna.pdf
 12. Nascimento AM, Milev D, Silva FLG, Monteiro IF, Lima RR, Silva SRO, et al. Ações voltadas ao planejamento reprodutivo e redução da mortalidade materna em Franco da Rocha, SP [relatório][internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2017. Trabalho de Conclusão de Curso da Turma de Aprimoramento em Saúde Coletiva. [acesso em 15 abr 2020]. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/aprimoramento/relatoriomaterna2017.pdf>
 13. Silva JA, Lima JD. Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: um panorama na Atenção Básica de Franco da Rocha [relatório]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2018. Trabalho de Conclusão de Curso da Turma de Aprimoramento em Saúde Coletiva.
 14. Bortoli MC, Freire LM, Tesser TR. Políticas de Saúde Informadas por Evidências: propósitos e desenvolvimento no mundo e no país.

- In: Toma TS, Pereira TV, Vanni T, Barreto JOM, organizadores. Avaliação de tecnologias de saúde & políticas informadas por evidências [internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2017. (Temas em saúde Coletiva ;22). [acesso em 20 abr 2020]. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/avaliacao_tecnologia_saudepoliticas_inf_evidencias.pdf
15. Ciriaco MEN, Santana TP. Construção da Linha de Cuidado materno infantil de Franco da Rocha- SP. São Paulo: Instituto de Saúde; 2018.
 16. Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha (SP). Plano Municipal de Saúde 2018-2021 [internet]. [acesso em 15 abr 2020]. Disponível em: http://francodarocha.sp.gov.br/arquivos/texto/anexo_5cb7458b7d6d8.pdf
 17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
 18. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde [internet]. Informações de Saúde. São Paulo; 2021 [acesso em 11 jun 2021]. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/informacoes-de-saude/>
 19. Toma TS, Bortoli MC, Setti C, Luquine Jr. CD, Tesser TR. Instituto de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha: uma experiência de tradução do conhecimento (2014-2016) [internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2017. [acesso em 20 abr 2020]. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/aprimoramento/relatorioaprimoramento2014-2016final.pdf>
 20. Straus SE, Tetroe J, Graham I. Defining knowledge translation. CMAJ [internet] 2009. [acesso em 20 fev 2020];181(3-4): 165-8. Epub 2009 Jul 20. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2717660/?tool=pubmed>
 21. São Paulo (Estado). Lei Estadual nº15.759, de 25 de março de 2015. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos

- públicos de saúde do Estado e dá outras providências [internet]. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2015/lei-15759-25.03.2015.html>
22. Secretaria da Justiça e Cidadania do Estado de São Paulo (SP). Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres. Associação de Alunas/os e Egressas/os do Curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo e Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. Plano de Parto [internet]. 2018 [acesso em 20 abr 2020]. Disponível em: https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Repositorio/41/Documentos/Plano_Partto_A5.pdf
 23. Medeiros JFD. Implementação do Caderno de Saúde Reprodutiva, Pré-Natal, Parto e Puerpério em Franco da Rocha: discutindo a contribuição do arte-educador sanitário na tradução do conhecimento [internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2018. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde Coletiva. [acesso em 20 abr 2020]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-999322>
 24. Paula SHB, Martins TA, Borges SMS, Nogueira CMO, Freire VR, et al. Evaluación de la implementación del protocolo de manejo de coinfección de tuberculosis y virus de inmunodeficiencia humana en los servicios de asistencia especializada del estado de Ceará. Rev Panam Salud Publica [internet] 2017[acesso em 20 abr 2020];41: e48. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2017.v41/e48/>
 25. Camargo NF. Os desafios de implementação das evidências científicas e tradução do conhecimento na prática: revisão integrativa. São Paulo: Instituto de Saúde; 2019. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde Coletiva.
 26. Organización Mundial de la Salud - OMS. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (AHPSP). Reporte de diálogo deliberativo. Barreras en la implementación de la política de regionalización de la atención perinatal en la provincia de Santa Fe: estrategias para su abordaje [internet]. Rosario: OMS; 2015. [acesso em 20 abr 2020]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/297759514_Reporte_del_Dialogo_Deliberativo_BARRERAS_EN_LA_IMPLEMENTACION_DE_LA_

POLITICA_DE_REGIONALIZACION_DE_LA_ATENCION_PERINATAL_EN_LA_PROVINCIA_DE_SANTA_FE_ESTRATEGIAS_PARA_SU_ABORDAJE

27. Peters DH, Tran NT, Adam T. Implementation research in health: a practical guide [internet]. Geneve: World Health Organization; 2013. [acesso em 20 abr 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/implementationresearchguide/en/>
28. Lima GC. Barreiras e estratégias na implementação do plano de parto em Franco da Rocha. São Paulo: Instituto de Saúde; 2020. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde Coletiva.
29. Proctor E, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health* [internet]. 2011 [acesso em 20 abr 2020];38(2):65-76. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20957426/>
30. Freire P. Pedagogia do oprimido. 75. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2019.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa da Saúde. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. II Caderno de educação popular em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 224 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf
32. Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. Práxis e Formação Paideia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.402 págs. (Saúde em Debate 231).
33. Melo MAS. A Metodologia Criativa Expressiva na Intervenção Psico-Gestacional: experiências de formação e desenvolvimento [dissertação]. Ponte de Lima: Universidade Fernando Pessoa; 2008.
34. Melo MAS, Paula SHB, Siqueira SR, Corbani NMS, Santiago ACC. Educação pré-natal com utilização de Recursos Expressivos: conceitos, estratégias e transposição para atenção primária. *BIS, Bol Inst Saude* [internet]. 2017 [acesso em 20 abr 2020];18(2):82-94. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/bis_18_2_capa_miolo.pdf
35. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental [internet]. Brasília (DF); 2013. (Cader-

- nos de Atenção Básica; 34). [acesso em 20 abr 2020]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf
36. Martins B. Mortalidade Materna segundo raça-cor: recorte das mortes de mulheres em idade fértil no município de Franco da Rocha-SP. São Paulo: Instituto de Saúde; 2019. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde Coletiva.
 37. Flores QRS. Grupos de Pré-Natal nas Unidades Básicas de Saúde de Franco da Rocha - SP: percepções sobre a prática de Educação em Saúde [internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2019. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde Coletiva. [acesso em 20 abr 2020]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblio-ref/2019/10/999197/quezia-r-silva-flores-tcc.pdf>
 37. Direitos Reprodutivos em Rede. Você sabe o que é violência obstétrica? (Folheto) Instituto de Saúde. 2019. Disponível em: <https://direitosreprodutiv.wixsite.com/rede/o-que-e-violencia-obstetrica>
 38. Silva I. Pandemia da Covid-19 e o Enfrentamento à Violência contra as Mulheres em Franco da Rocha. São Paulo: Instituto de Saúde; 2020. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização de Saúde Coletiva.
 39. Guedes K. Saúde Reprodutiva e o acesso a contraceptivos no contexto da Pandemia Covid – 19 em Franco da Rocha: barreiras e resposta. São Paulo: Instituto de Saúde; 2020. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização de Saúde Coletiva.
 40. Raimundo VK. Saúde Reprodutiva na Pandemia Covid-19: os desafios e respostas na atenção ao pré-natal em Franco da Rocha [internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2021. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização de Saúde Coletiva. [acesso em 20 abr 2021]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblio-ref/2021/03/1151752/tcc-vitoria-karen.pdf>

Saúde das crianças: trajetória do trabalho desenvolvido no município de Franco da Rocha e considerações sobre o impacto da pandemia de Covid-19

Sonia Isoyama Venancio^I, Camila Monson Tiossi^{II}, Emanuely Camargo Tafarello^{III},
Isabelle Andrade Silva^{IV}, Laís de Moura Milhomens^V,
Letícia Aparecida Lopes Bezerra da Silva^{VI}, Louise Coraça Figueiredo^{VII}

Introdução

O Brasil assumiu, na Constituição Federal de 1988, a garantia do direito universal à saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, em 1990, a proteção integral da criança, com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)¹. Desde então, muitos foram os avanços do país no tocante à saúde da criança. O Brasil foi um dos 62 países que alcançaram a 4ª Meta de Desenvolvimento do Milênio, reduzindo em 73% a mortalidade infantil no período de 1990 a 2015². Houve melhora significativa nos casos de desnutrição infantil, com redução do déficit de altura entre crianças menores de 5 anos, passando de 37%, em 1974-75, para 7%, em 2006-07³. Observou-se também a tendência crescente da prevalência da amamentação exclusiva em crianças menores de seis meses, que passou de 3,6%, em 1986, para 45,7%, em 2019^{4,5}.

-
- I Sonia Isoyama Venancio (soniav@isaude.sp.gov.br) é pediatra, doutora em Saúde Pública, pesquisadora científica VI do Instituto de Saúde - SES/SP.
II Camila Monson Tiossi (camila.tiossi@hotmail.com) é Assistente social, especialista em Saúde Coletiva.
III Emanuely Camargo Tafarello (manu.tafarello@gmail.com) é biomédica, especialista em Saúde Coletiva.
IV Isabelle Andrade Silva (bellepsic@gmail.com) é psicóloga, especialista em Saúde Coletiva.
V Laís de Moura Milhomens (laismilhomens@gmail.com) é psicóloga, especialista em Saúde Coletiva.
VI Letícia Aparecida Lopes Bezerra da Silva (leehloplopes@gmail.com) é obstetritz, especialista em Saúde Coletiva.
VII Louise Coraça Figueiredo (louise_figueiredo@hotmail.com) é psicóloga, Especialista em Saúde Coletiva.

As evidências apontam que as principais estratégias que contribuíram para a melhora do perfil de morbimortalidade infantil no país foram a ampliação do acesso à vacinação, as taxas de aleitamento materno, o nível de escolaridade da mãe, a cobertura da Atenção Básica à Saúde/Saúde da Família e, na última década, o Programa Bolsa Família, gerando a diminuição da pobreza e, com suas condicionalidades, induzindo maior utilização da Atenção Básica à Saúde pelas famílias, entre outras⁶.

Apesar dos avanços, o Brasil enfrenta importantes desafios relacionados à saúde das crianças. Deve-se manter em constante vigilância para possíveis retrocessos em relação à mortalidade infantil, pois após anos de tendência de queda, entre 2015 e 2016 houve aumento na taxa de mortalidade infantil em todas as regiões do país, com exceção da região Sul⁷. Além disso, vale ressaltar as importantes desigualdades regionais, com riscos mais elevados de morte nas populações mais pobres e nas regiões Norte¹ e Nordeste do país e entre crianças indígenas e negras⁸.

Cerca de 70% dos óbitos infantis são de recém-nascidos prematuros e de baixo peso ao nascer, apontando para a necessidade de investimento no acesso e na atenção à gestação e para o recém-nascido de alto risco. Também chama a atenção que cerca de 30% dos óbitos são evitáveis por ações de prevenção das infecções e da prematuridade no pré-natal, bem como da prematuridade iatrogênica e asfixia durante a assistência ao parto⁹.

Dados nacionais mostram que 3 a cada 10 crianças de 5 a 9 anos estão acima do peso no país. Segundo o Atlas Mundial da Obesidade e a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil estará na 5ª posição no ranking de países com o maior número de crianças e adolescentes com obesidade em 2030, com apenas 2% de chance de reverter essa situação se nada for feito¹⁰.

Além disso, globalmente discute-se a importância de garantir mais que a sobrevivência das crianças, mas as condições para que alcancem seu pleno desenvolvimento, o que poderá repercutir por toda a vida. Os primeiros anos de vida são aqueles em que melhor se pode estimular o desenvolvimento global do indivíduo, especialmente devido à sua plasticidade cerebral. A imaturidade, inclusive imunológica, associada a condições de vida desfavoráveis, relacionadas à ausência de saneamento bá-

sico, de insegurança alimentar e nutricional, situações de violência intra-familiar, baixa escolaridade materna, além de condições específicas das populações vulneráveis, como o baixo acesso e qualidade dos serviços de saúde, educação e assistência social, entre outros, são determinantes não apenas de maior morbidade e mortalidade, tanto infantil quanto na infância, mas de riscos ao pleno desenvolvimento dessas crianças¹.

Diante desses e outros tantos desafios a serem enfrentados, foi publicada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) em 2015, com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados. Essa política abrange o período da gestação até os 9 anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento¹.

Tendo em vista que a PNAISC norteou todo o trabalho desenvolvido no município no tocante à saúde das crianças, faz-se a seguir um breve relato de seus princípios, diretrizes e eixos estratégicos.

Os princípios que orientam essa política afirmam a garantia do direito à vida e à saúde, o acesso universal de todas as crianças à saúde, a equidade, a integralidade do cuidado, a humanização da atenção e a gestão participativa. Suas diretrizes consistem na gestão interfederativa, organização de ações e serviços de saúde ofertados pelos diversos níveis e redes temáticas de atenção à saúde, promoção da saúde, qualificação de gestores e trabalhadores, fomento à autonomia do cuidado e corresponsabilização de trabalhadores e familiares, intersetorialidade, pesquisa, produção de conhecimento, monitoramento e avaliação das ações implementadas¹.

A PNAISC é estruturada em sete eixos estratégicos que têm a finalidade de orientar gestores e trabalhadores sobre as ações e serviços de saúde da criança no território, visando à efetivação de medidas que permitam a integralidade da atenção e o pleno desenvolvimento da criança e a redução de vulnerabilidades e riscos. Suas ações se organizam a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com ênfase para as redes temáticas, em especial à Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil e tendo a Atenção Básica (AB) como ordenadora e coordenadora das ações e do cuidado no território¹, conforme se visualiza na Figura 1.

Figura 1. Eixos estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança : orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

A implementação da PNAISC em todos os municípios brasileiros, após a publicação da Portaria de nº 1.130, promulgada em 5 de agosto de 2015, constitui-se em um importante desafio e depende da conjugação de esforços das três esferas de gestão do SUS, a fim de garantir a sobrevivência das crianças, o seu desenvolvimento pleno e o respeito às suas diferenças explicitadas na multiplicidade das infâncias brasileiras.

O trabalho desenvolvido em Franco da Rocha possibilita a compreensão das potencialidades e desafios para a implementação da PNAISC, sob a perspectiva da gestão e profissionais de saúde que atuam no âmbito municipal.

A saúde das crianças como prioridade no município de Franco da Rocha

Trazendo o foco para Franco da Rocha, por ocasião do planejamento das atividades que o Instituto de Saúde desenvolveria junto ao município em 2018, os gestores municipais sinalizaram a necessidade de elaborar um instrumento de apoio à organização do cuidado à saúde das crianças. Tendo em vista a experiência bem-sucedida de construção do Caderno de Saúde Reprodutiva, Atenção à Gestação, Parto e Puerpério¹¹ em 2017, pactuou-se a proposta de elaboração de um Caderno da Criança.

Os dados demográficos e epidemiológicos levantados naquele momento mostravam que o município contava, em 2017, com uma população de 21.337 crianças entre 0 e 9 anos, segundo dados da Vigilância Epidemiológica. As taxas de fecundidade e natalidade eram, respectivamente, 50,41 e 15,85 e o número de nascidos vivos era de 2.317 no mesmo ano¹².

Assim como evidenciado no Brasil, após um período de queda, o município constatou aumento na mortalidade infantil, passando de 10,29, em 2016, para 13,82, em 2017, totalizando, respectivamente, 23 e 32 óbitos de crianças menores de 1 ano. Em 2017, dos 32 óbitos infantis, 21 foram considerados evitáveis, sendo 17 deles reduzíveis por adequada atenção à gestação, parto, feto e recém-nascido, dois por ações de diagnóstico e tratamentos adequados e dois por ações de promoção à saúde vinculadas a ações de atenção.

Dentre as principais causas de óbitos infantis entre os anos de 2014 e 2017, 25% se referiam a malformações congênitas, 24% a transtornos cardiovasculares e respiratórios, 17% a infecções específicas do período perinatal, 8% a feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto, 5% por broncopneumonia, 4% a transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal, 3% a transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto e do recém-nascido e 1% por diarreia¹².

O cenário indicava, portanto, a necessidade de melhorias na atenção à saúde da criança de Franco da Rocha e a proposta de elaboração do Caderno da Criança foi priorizada pelo município com essa finalidade.

O processo de elaboração do Caderno da Criança

O Caderno, assim como os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, linhas de cuidado, projetos terapêuticos, metodologias de classificação de risco e roteiros de diagnóstico de situação de saúde, configuram-se como uma estratégia de organização da atenção capaz de orientar as práticas profissionais, possibilitando a padronização dessas práticas e dos fluxos dentro e entre os serviços de saúde, a fim de melhorar cada vez mais os indicadores de saúde da criança¹³.

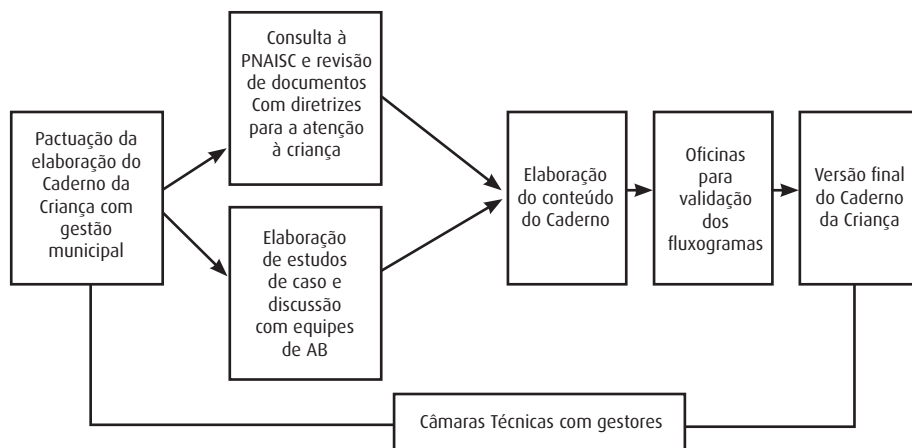
A construção do Caderno da Criança de Franco da Rocha levou em consideração a necessidade de alinhamento à Política Nacional (PNAISC), as diretrizes estaduais e a utilização de evidências científicas sobre as melhores práticas de cuidado com as crianças, em diálogo com a realidade local do município.

O processo de elaboração do Caderno da Criança em 2018 foi participativo, envolvendo pesquisadoras, alunas de especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, gestores, apoiadores da Atenção Básica, gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), representantes da Assistência Social e Educação do município.

A construção do Caderno incluiu visitas às UBS, discussão de casos, participação em reuniões da Câmara Técnica (instância definida pela gestão municipal para a tomada de decisões) e a realização de oficinas para validação dos fluxogramas de atenção à criança, para chegar à etapa final de implementar o Caderno atendendo as demandas do cotidiano dos profissionais de saúde do município.

A Figura 2 sumariza as ações desenvolvidas no processo de elaboração do Caderno.

Figura 2. Etapas de elaboração do Caderno da Criança de Franco da Rocha, 2018



Fonte: Elaboração própria.

A etapa de revisão das principais diretrizes sobre a atenção à saúde das crianças incluiu documentos técnicos elaborados pelo Ministério da Saúde e a Linha de Cuidado da Criança elaborada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo com apoio do Instituto de Saúde, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Documentos revisados para a elaboração do Caderno da Criança de Franco da Rocha, 2018.

Autor	Título	Conteúdo
Ministério da Saúde, 2004¹⁴	Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.	Objetiva apoiar a organização da assistência à população infantil e possibilitar que os gestores e profissionais de saúde identifiquem as ações prioritárias para a saúde da criança.
Ministério da Saúde, 2008¹⁵	Saúde Bucal no Brasil.	Informações sobre a Política e orientações para sua implementação, orientações acerca da organização da atenção à saúde bucal.

Ministério da Saúde, 2010¹⁶	Linha de Cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientações para gestores e profissionais de saúde.	Orientações direcionadas aos gestores e profissionais de saúde acerca da atenção em casos de violência. Ainda apresenta sinais de alerta para a identificação de violências.
Ministério da Saúde, 2012¹⁷	Política Nacional de Atenção Básica.	Informações acerca da Atenção Básica (AB), como princípios, diretrizes, responsabilidades nas diferentes esferas, infraestrutura e funcionamento, financiamento e implantação e credenciamento das equipes de AB.
Ministério da Saúde, 2012¹⁸	Cadernos de Atenção Básica – Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.	Demarca os principais aspectos do crescimento e desenvolvimento da criança, traz orientações sobre o tema aos profissionais de saúde.
Ministério da Saúde, 2014¹⁹	Manual AIDPI neonatal.	Orientações para a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, edição dedicada ao período neonatal.
Ministério da Saúde, 2014²⁰	Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.	Orientações aos profissionais de saúde acerca dos cuidados da criança recém-nascida.
Ministério da Saúde, 2014²¹	Guia Alimentar para a População Brasileira.	Apresenta as diretrizes alimentares oficiais para a população em geral. Abrange orientações sobre nutrição, preparo dos alimentos e o papel cultural da alimentação.

Ministério da Saúde, 2016²²	Triagem neonatal biológica: manual técnico.	Informações teóricas e orientações para a prática dos profissionais no processo de coleta e armazenamento de amostras da triagem. Esta edição abordou as coletas em casos especiais (recém-nascidos pré-termo, de baixo peso ao nascer e gravemente enfermos).
Ministério da Saúde, 2016²³	Guia de Orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado.	Informações acerca dos benefícios e orientações de como realizar o método.
Ministério da Saúde, 2017²⁴	Manual AIDPI Criança: 2 meses a 5 anos.	Orientações para a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, edição dedicada para os cuidados de crianças de 2 meses a 5 anos.
Ministério da Saúde, 2018¹	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação.	Orientações para a implementação da Política com base em sete eixos estratégicos, que buscam a integralidade do cuidado.
Ministério da Saúde, 2018²⁵	Caderneta da Saúde da Criança.	Informações e orientações para auxiliar os responsáveis no cuidado da saúde da criança.
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2018²⁶	Linha de Cuidado da criança: manual de acompanhamento da criança.	Tem como foco principal a primeira infância, visa a modernização e fortalecimento do atendimento primário e com envolvimento das unidades da rede pública de saúde em diferentes regiões do estado.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2018²⁷	Linha de Cuidado da criança: manual de neonatologia	Aborda os principais aspectos para os cuidados no período neonatal.
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2018²⁸	Linha de Cuidado da criança: manual do gestor.	Orientações ao gestor para a implantação da Linha de Cuidado da criança.
Ministério da Saúde, 2019²⁹	Guia Alimentar para Crianças Menores de dois anos.	Apresenta as diretrizes alimentares oficiais para crianças menores de 2 anos. Contempla informações e orientações, principalmente sobre aleitamento materno, introdução alimentar e técnicas de retirada do leite.

Com a finalidade de conhecer como os profissionais da Atenção Básica manejavam situações frequentes envolvendo o atendimento de crianças, foram elaborados 10 estudos de caso, que foram discutidos pelas alunas da especialização com os profissionais de todas as UBS. Verificou-se que as equipes adotavam condutas e encaminhamentos diferentes diante das situações apresentadas, o que foi bastante útil para o delineamento dos conteúdos do Caderno.

A estrutura e conteúdo do Caderno, pactuados em reuniões da Câmara Técnica, são descritos a seguir:

- Introdução: A criança como sujeito de direitos, definição de criança e situação de saúde da criança francorochense
- Parte I – Princípios norteadores e eixos estratégicos da atenção integral à saúde da criança
- Parte II – Políticas e programas voltados à infância
- Parte III – Aspectos gerais da saúde da criança
- Parte IV – A criança em diferentes fases da vida

- Parte V – Crianças em situação de vulnerabilidade
- Parte VI – Manejo de intercorrências frequentes na Atenção Básica
- Parte VII – Fluxos da rede de atenção à saúde e rede intersetorial de Franco da Rocha

Buscou-se inserir, além dos textos, imagens, quadros, caixas de texto, tabelas, gráficos, entre outros elementos que possibilitam uma leitura dinâmica e leve dos conteúdos apresentados, a fim de torná-los atrativos para os profissionais de saúde.

A última etapa consistiu na realização de oficinas para a construção dos fluxos assistenciais da Linha de Cuidado às crianças, que envolveram profissionais de saúde da Atenção Básica e Atenção Especializada, profissionais das áreas de Educação e Assistência Social.

Foto 1. Oficina para pactuação dos fluxos assistenciais do Caderno da Criança de Franco da Rocha, 2018.



Uma vez finalizado o Caderno, uma nova etapa se fez necessária: o planejamento da implementação de suas diretrizes e recomendações pelos profissionais de saúde. Essa necessidade, sentida pela gestão municipal e pelo Instituto de Saúde, teve como desdobramento o projeto desenvolvido em 2019.

Implementação do Caderno da Criança

Fretheim et al.³⁰ apontam que o processo de implementação de uma política pode ser desafiador e é frequentemente realizado de maneira não sistemática. Durante esse procedimento é preciso ter um planejamento cuidadoso para evitar que políticas boas sejam prejudicadas por uma implantação ruim. Mas o processo de implementação nem sempre é simples: ele pode envolver um conjunto complexo de ações em diversos níveis do sistema de saúde, assim como dentro das comunidades.

Considerando os cuidados necessários para que a implementação do Caderno fosse bem-sucedida, iniciou-se o processo com o levantamento de possíveis barreiras e facilitadores que pudessem influenciar a execução dessa política, como forma de conhecer os desafios do cotidiano dos profissionais e as facilidades por meio das ações já realizadas nas UBS e que apresentam bom desempenho.

Realizou-se uma pesquisa de implementação com abordagem qualitativa, tendo como referencial o framework conhecido como CFIR (Consolidated Framework for Implementation Research)³¹. Segundo o CFIR, cinco constructos podem influenciar no processo de implementação: 1. Características da intervenção; 2. Configuração interna; 3. Configuração externa 4. Características das pessoas envolvidas e 5. O próprio processo de implementação, suas estratégias ou técnicas.

A estratégia de coleta de dados foi a formação do grupo focal para a identificação de barreiras e facilitadores que pudessem influenciar a implementação do Caderno da Criança. Por meio de um roteiro pre-estabelecido, foram realizados três grupos focais com 1) profissionais gerentes de cada UBS do município, 2) apoiadores da Atenção Básica (AB) e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e 3) gestantes e mães assistidas pela UBS Parque Vitória.

Foto 2. Grupo focal com apoiadoras da AB e equipe do NASF.



Foto 3. Grupo focal com gerentes e profissionais da AB.



Foto 4. Grupo focal com gestantes e puérperas.



Quadro 2. Barreiras e facilitadores à implementação do Caderno da Criança segundo os constructos do CFIR, 2019.

Constructo	Barreiras	Facilitadores
Características da intervenção (entende-se por intervenção a implementação do Caderno da Criança)	-	O Caderno foi construído com base na realidade do município.
Configuração interna (caraterísticas próprias dos serviços de saúde)	Falta de materiais para realização de atividades educativas.	Apoio da equipe do NASF.
Configuração externa (características do sistema de saúde)	Faltam médicos nas equipes de Atenção Básica.	Boa articulação das equipes da AB com a gestão municipal.
Características das pessoas envolvidas (profissionais e famílias)	Alguns profissionais oferecem pouco apoio às mães.	Engajamento dos Agentes Comunitários de Saúde.
Processo de implementação (Implementação de ações voltadas às crianças e suas famílias)	Ausência de monitoramento das ações realizadas pelas equipes	Articulação das equipes de AB com a rede intersetorial.

A realização dos grupos focais permitiu a identificação de barreiras e facilitadores e mostrou-se uma etapa fundamental para o planejamento da implementação do Caderno da Criança. Foi interessante observar que os profissionais demonstraram boas expectativas em relação ao Caderno, por ser um material com orientações baseadas em evidências e adaptado à realidade do município.

A partir dessa análise, considerando a participação de todos os envolvidos, foi possível desenvolver uma proposta de oficinas para implementação do Caderno, tendo como base as principais dificuldades das equipes. Ficou pactuado com a gestão municipal que as oficinas seriam realizadas em 2020, até que fomos surpreendidos pela pandemia de Covid-19.

A pandemia de Covid-19 e seus reflexos na saúde das crianças

O ano de 2020 foi marcado pela maior crise de saúde mundial dos últimos tempos, a pandemia de Covid-19. Essa situação levou à interrupção de todas as atividades planejadas, em função das medidas de isolamento social e da sobrecarga do sistema e das equipes de saúde de Franco da Rocha. Diante desse quadro, no âmbito da parceria entre o Instituto de Saúde e o município, decidiu-se realizar uma pesquisa para avaliar os impactos da pandemia no sistema municipal de saúde e sistematizar as estratégias adotadas para o enfrentamento da crise.

No tocante à saúde das crianças, sabe-se que as manifestações clínicas de Covid-19 tendem a ser mais leves do que em adultos, configurando, normalmente, casos assintomáticos, leves ou moderados³². Contudo, os efeitos secundários à pandemia podem representar um perigo à atenção integral à saúde das crianças, pois elas são vulneráveis a riscos ambientais e o comprometimento do desenvolvimento biológico, físico e mental, que estão ancorados nos primeiros anos de vida, podem trazer consequências de rápido, médio e longo prazo para as crianças³³.

Nesse contexto, considerou-se importante analisar como a pandemia de Covid-19 tem impactado a saúde das crianças no município de Franco da Rocha e analisar os impactos diretos e indiretos da pandemia para esse público, como também as principais barreiras e facilitadores que influenciam nas estratégias para a garantia da atenção integral à saúde da criança.

Realizou-se um estudo de caso com abordagem quanti-qualitativa. Inicialmente foi feito um levantamento de dados nos sistemas de informação: 1) e-SUS VE (casos leves de síndrome gripal); 2) SIVEP Gripe (casos de síndrome respiratória aguda grave – SRAG hospitalizados); 3) Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) para análise de atendimentos individuais e coletivos de crianças; 4) Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para levantamento de casos notificados de violência e 5) Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI) para análise das coberturas vacinais.

Franco da Rocha apresentou, em 18 de março de 2020, o primeiro caso no sistema e-SUS VE para a faixa etária de 0 a 9 anos e em 26 de março de 2020, no SIVEP Gripe. De março a outubro de 2020, foram registrados 83 casos leves, com Franco da Rocha como município de notificação no sistema e-SUS VE. No SIVEP Gripe foram identificados 20 casos graves de crianças, com Franco da Rocha como município de notificação e/ou residência.

A Covid-19 acometeu mais as crianças na faixa etária de 5-9 anos, raça/cor branca, sexo feminino para casos leves e sexo masculino para casos graves. Sinais e sintomas como tosse, febre, desconforto respiratório foram descritos e a presença de condições preexistentes também foi observada e associada a 60% dos casos graves. A classificação de SRAG por Covid-19 ocorreu em três crianças da faixa etária de 1-4 anos, com a evolução para um óbito.

Com relação aos demais indicadores observados, constatou-se o impacto indireto da pandemia no declínio das atividades de rotina da atenção primária, redução das coberturas vacinais e um discreto aumento na notificação dos casos de violência.

Sobre a abordagem qualitativa, foram selecionados nove atores-chave que atuam no sistema municipal de saúde de Franco da Rocha, envolvendo a secretária municipal de saúde, a diretora da AB, uma apoiadora da AB, a gerente de uma UBS, um Agente Comunitário de Saúde, um profissional do Comitê de Violência, um profissional do Comitê de Vigilância de Óbitos Infantis, Fetais e Maternos, uma profissional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e um profissional do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSij). As entrevistas semiestruturadas ocorreram de forma virtual por meio das plataformas de videoconferência Teams e Zoom, foram gravadas e degravadas para possibilitar a análise temática de conteúdo.

Observou-se que os profissionais implementaram estratégias para o atendimento e acompanhamento remoto das crianças, gestantes e puérperas (por recursos tecnológicos como Telessaúde, aplicativos e telefones). Os horários de funcionamento dos equipamentos de saúde foram ampliados para proporcionar atendimentos presenciais mais espaçados e os atendimentos domiciliares foram adotados em diversos casos.

Apesar da organização de novas estratégias para garantir a imunização das crianças, houve redução da cobertura vacinal, em parte pela falta de entendimento sobre a importância da vacinação, como também pelo medo dos familiares em frequentar os serviços de saúde nesse período. Outra barreira foi o fechamento das escolas, medida adotada para contenção do vírus, que impossibilitou informes e acompanhamento das famílias em parceria com os serviços de saúde e a ausência de ambiente seguro para as crianças cujos responsáveis saem para trabalhar. O medo da infecção pelo vírus também foi uma barreira observada entre os profissionais de saúde, contudo o diálogo e as adaptações da equipe para contemplar os atendimentos, as ações e o acompanhamento intersetorial para cuidado das crianças vulneráveis e a garantia de leitos pediátricos, além da compreensão dos familiares, contribuíram para minimizar os impactos negativos da pandemia sobre a saúde das crianças.

O estudo possibilitou a identificação de diversas estratégias e arranjos, que possibilitaram ao sistema de saúde de Franco da Rocha a realização de ações preconizadas pelos sete eixos estratégicos da PNAISC e a garantia do cuidado das crianças, apesar de algumas barreiras identificadas.

Lições aprendidas

Alguns desafios característicos das pesquisas realizadas em parceria com os serviços de saúde foram vivenciados no eixo da Saúde das Crianças. A disponibilidade de agenda dos gestores e profissionais de saúde para participar das atividades propostas constitui-se um grande desafio. Além disso, por vezes a falta de compreensão sobre o papel do Instituto de Saúde gera ansiedade nos profissionais, que se sentem avaliados.

Faz-se necessário romper a todo o instante com a visão de que a avaliação sempre levará a punições e mostrar, na prática, que os processos avaliativos podem ser extremamente úteis para o fortalecimento e qualificação dos processos de trabalho. Porém, os produtos obtidos, como o Caderno da Criança, bem como os resultados apresentados dos

estudos desenvolvidos em 2019 e 2020, demonstram o grande esforço empreendido pelo município, pesquisadores e alunas para o alcance dos objetivos estabelecidos e o grande potencial dessa parceria.

Sob o ponto de vista da formação, pode-se dizer que a parceria possibilitou às alunas da especialização vivenciar os desafios de um sistema municipal de saúde e a importância do SUS para a garantia do direito à saúde das crianças, especialmente durante a pandemia de Covid-19. Além disso, esse campo de prática possibilitou o desenvolvimento de sete Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC)^{12-34,35,36,37,38}.

No tocante à pesquisa, a parceria tem possibilitado gerar conhecimentos sobre a implementação de ações e estratégias de atenção às crianças no âmbito municipal e realizar estudos com aplicação prática.

Por fim, tudo que envolveu esse processo, desde a participação do município no processo de definição de prioridades para direcionar as propostas de trabalho, até o engajamento de gestores, profissionais de saúde, pesquisadores e alunas durante todos esses anos têm sido um grande aprendizado para todos os atores envolvidos.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança : orientações para implementação. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília (DF); 2018.
2. Ruoff AB, Andrade SR de, Schmitt MD. Atividades desenvolvidas pelos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm* [internet]. 26 de junho de 2017 [acesso em 20 fev 2021];38(1):e67342. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100505&lng=pt&tlng=pt
3. Victora CG, Aquino EM, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* [internet]. maio de 2011 [acesso em 20 fev 2021];377(9780):1863–76. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673611601384>

4. Venancio SI, Saldiva SRDM, Monteiro CA. Tendência secular da amamentação no Brasil. *Rev Saude Publica* [internet]. dezembro de 2013 [acesso em 03 out 2018];47(6):1205–8. Disponível em: www.scielo.br/rsp
5. UFRJ - Universidade Federal do Rio Janeiro. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI-2019: Resultados preliminares - Indicadores de aleitamento materno no Brasil [internet]. 2020 [acesso em 20 fev 2021];53(9):1689–99. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>
6. Rasella D, Aquino R, Santos CAT, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet* [internet]. julho de 2013 [acesso em 20 fev 2021];382(9886):57–64. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23683599/>
7. ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Especial Abrasco sobre o aumento da mortalidade infantil e materna no Brasil [internet]. [acesso em 20 fev 2021] Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/especial-abrasco-sobre-o-aumento-da-mortalidade-infantil-e-materna-no-brasil/36777/#:~:text=Pela%20primeira%20vez%20desde%201990,acima%20do%20registrado%20em%202015.>
8. Caldas ADR, Santos RV, Borges GM, Valente JG, Portela MC, Marinho GL et al. Mortalidade infantil segundo cor ou raça com base no Censo Demográfico de 2010 e nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 17 maio 2021]; 33 (7). e00046516. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000705007&lng=en&nrm=iso>. doi:10.1590/0102-311x00046516.
9. Lansky S, Friche AA de L, Silva AAM da, Campos D, Bittencourt SD de A, Carvalho ML de, et al. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saude Publica* [internet]. agosto de 2014 [acesso em 20 fev 2021];30(1):192–207. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Ss5zQXrmrGrGJvcVMKmJdqR/?format=pdf&lang=pt> doi:10.1590/0102-311X00133213

10. Ministério da Saúde (BR). Atlas da obesidade infantil no Brasil [internet]. 2019 [acesso em 20 fev 2021];1:1–13. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br>
11. Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha (SP). Caderno de Atenção à Saúde Reprodutiva, Pré-Natal, Parto e Puerpério de Franco da Rocha (CARSGPP). São Paulo: Instituto de Saúde; 2018.
12. Mustapha RSD. Caderno de Atenção à Saúde da criança do município de Franco da Rocha: descrição e análise do processo de elaboração [internet]. São Paulo: Instituto de Saúde, 2019. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Especialização em Saúde Coletiva. [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/4p295>
13. Ouverney AM, Noronha JC de. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais [internet]. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. v. 3, p.143–182. [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/42.pdf>
14. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília (DF); 2004.
15. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília (DF); 2018.
16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de Cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília (DF); 2010.
17. Ministério da Saúde (BR). Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2017.
18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento. Brasília (DF);2012.

19. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDPI Neonatal : quadro de procedimentos. 5. ed. Brasília (DF);2014.
20. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido : guia para os profissionais de saúde. 2. ed. Brasília (DF); 2014.
21. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília (DF); 2014.
22. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Triagem neonatal biológica: manual técnico. Brasília (DF);2016.
23. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica : cuidado compartilhado. Brasília (DF); 2016.
24. Ministério da Saúde (BR). Manual de quadros de procedimentos : Aidpi Criança : 2 meses a 5 anos. Brasília (DF); 2017.
25. Ministério da Saúde (BR). Caderneta de Saúde da Criança: Passaporte da Cidadania. 12. ed. Brasília (DF); 2018.
26. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SP). Linha de Cuidado criança: manual de acompanhamento da criança. 3. ed. São Paulo : SES/SP; 2018.
27. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SP). Linha de Cuidado criança: manual de neonatologia. 2. ed. São Paulo: SES/SP; 2018.
28. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SP). Linha de Cuidado criança: manual do gestor. São Paulo: SES/SP; 2018.
29. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília (DF); 2019.
30. Fretheim A, Munabi-Babigumira S, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 6: Using research evidence to address how an option will be implemented. Health Research Policy and Systems. 2009; 7(1):S6. doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S6

31. Keith RE, Crosson JC, O'Malley AS, Crompton D, Taylor EF. Using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) to produce actionable findings: a rapid-cycle evaluation approach to improving implementation. *Implement Sci* [internet]. 10 de dezembro de 2017 [acesso em 20 fev 2021];12(1):15. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28187747/>
32. Safadi MAP. The intriguing features of Covid-19 in children and its impact on the pandemic. *J Pediatr* [internet]. maio de 2020 [acesso em 20 fev 2021];96(3):265-8. Disponível em: [/pmc/articles/PMC7158814/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32158814/)
33. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F. Mitigate the effects of home confinement on children during the Covid-19 outbreak. *Lancet* [internet]. 21 de março de 2020 [acesso em 20 fev 2021];395(10228):945-7. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067362030547X>
34. Milhomens LM. A vigilância do desenvolvimento infantil como estratégia de cuidado na primeira infância em um município da grande São Paulo. São Paulo: Instituto de Saúde; 2019.
35. Figueredo LC. Atenção integral às crianças de mães privadas de liberdade: desafio ou utopia? São Paulo: Instituto de Saúde; 2019.
36. Silva LALB. A continuidade do cuidado a crianças de 10 a 12 anos no município de Franco da Rocha: transição da infância para adolescência. São Paulo, 2019.
37. Tiossi CM. Saúde da criança: os desafios de implementar uma nova Linha de Cuidado no município de Franco Da Rocha/ SP. São Paulo: São Paulo: Instituto de Saúde; 2020.
38. Tafarello EC. Efeitos diretos e indiretos da pandemia de Covid-19 na saúde das crianças de Franco da Rocha/SP. São Paulo: Instituto de Saúde; 2021.
39. Silva IA. Barreiras e facilitadores para a garantia da atenção integral à criança durante a pandemia da Covid-19. São Paulo: Instituto de Saúde; 2021.

Promoção de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes em Franco da Rocha: panorama, desafios e respostas

Regina Figueiredo^I, Daniela Saraiva Clara^{II}, Thais Aparecida Alves Turno^{III},
Jacqueline Araújo da Silva^{IV}, Jenifer Daniele de Lima Santos^V

Introdução

A adolescência é uma construção histórica e social recente. Essa expressão popularizou-se durante o século XX, dissociando o período de puberdade em diante, quando a pessoa está deixando de ser criança à idade adulta propriamente dita, de forma a explicitar socialmente esse período de preparação do indivíduo para se tornar independente. Nesse período, além das alterações físicas relativas principalmente aos atributos sexuais e reprodutores e mudanças psicológicas, provocadas por mudanças de estruturas cerebrais¹, há alterações de contexto social; geralmente haverá mais desprendimento da família, mais autonomia nas integrações sociais e agrupamento, que de acordo com as diferenças de classe social,

-
- I Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é cientista social e antropóloga, doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pesquisadora científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde.
- II Daniela Saraiva Clara (dani_saraiva@outlook.com) é enfermeira, especialista em Saúde Coletiva, enfermeira no Centro de Saúde Irineu Buller de Almeida, da Prefeitura Municipal de Bastos - SP.
- III Thais Aparecida Alves Turno (thaisturno@hotmail.com) é obstetritz, especialista em Saúde Coletiva e obstetritz autônoma.
- IV Jacqueline Araújo da Silva (jack.araujo23@gmail.com) é obstetritz, especialista em Saúde Coletiva, mestranda do Programa de Mudança Social e Participação Política da EACH-USP e obstetritz do Hospital Regional Jorge Rossman do Governo do Estado de São Paulo, em Itanhaém - SP.
- V Jenifer Daniele de Lima Santos (jeniferlimas@outlook.com) é obstetritz, especialista em Saúde Coletiva e mestranda do Programa de Mudança Social e Participação Política da EACH-USP.

cor e sexo/gênero, integrará culturalmente o indivíduo, moldando seus comportamentos por “tribo” de pertencimento que construirá suas preferências e identidades^{2,3}. A “Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo”⁴ explicita esta compreensão ao distinguir a adolescência da puberdade, realçando que a mesma “considera a adaptação às novas estruturas físicas, psicológicas e ambientais com as quais esse novo corpo entrará em contato”, portanto, apontando que será nesse período que ocorrerá a “inserção social, profissional e econômica na sociedade adulta”.

No Brasil, conforme a Lei nº 8.069 que sanciona o ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente⁵ e incorpora os princípios adotados pela Convenção sobre os Direitos da Criança das Nações Unidas⁶, houve a introdução do conceito de adolescência e direitos no meio legal, promovendo uma importante mudança na proteção da infância e da adolescência brasileira, tornando indivíduos dessas fases “sujeitos de direito” e o Estado responsável pela promoção de sua cidadania e sua proteção, inclusive frente à família, se necessário.

Assim, essa população passa a ser alvo de políticas públicas, que antes apenas as via como pertencente ao pátrio poder familiar e, por isso, as abordava exclusivamente em situação de infração de “menores”, conforme orientação do antigo “Código do Menor”, ao mesmo tempo em que culturalmente alçava as meninas adolescentes que se tornavam mães à idade adulta, sem prestar-lhe nenhuma atenção específica.

O ECA, ao definir, em seu segundo artigo, os indivíduos adolescentes como “aquelas entre 12 e 18 anos incompletos”⁵, especifica a necessidade da integralidade de seus direitos, aponta as obrigações do Estado nas várias esferas que compõem a sua vida, de forma a “assegurar todas as oportunidades para o desenvolvimento do sujeito, afirmando com prioridade os direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura e ao lazer”. Assim, a saúde do adolescente é encampada nas políticas públicas e, conseqüentemente, não há como ignorar a inclusão da sexualidade nesse direito, uma vez que os contatos afetivo-sexuais se iniciam nessa etapa da vida.

O documento “O SUS e a Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens no Brasil,”⁷ afirma que adolescentes devem ter os mesmos direitos que os adultos quanto à saúde, aspecto também preconizado no

“Caderno de Atenção Básica: Saúde Sexual e Reprodutiva”, ambos produzidos pelo Ministério da Saúde⁸. Nesse sentido, a atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, objetivada em todas as áreas do poder público e, em especial, no Sistema Único de Saúde, por meio de seus serviços e equipes de Atenção Básica, se faz indispensável.

O Ministério da Saúde⁸ destaca ainda, como pressupostos para a promoção da saúde, o incentivo à autonomia e o empoderamento dos indivíduos adolescentes, afirmando esses itens como necessários ao estabelecimento de seu vínculo com os serviços e favorecimento de seu autocuidado. A sexualidade é apontada, portanto, como inerente e que deve estar livre de violência, discriminação e imposições, independentemente do estado civil, crença, idade ou condição física do adolescente, orientando que seja considerado o total respeito ao corpo do indivíduo, o seu direito à escolha de parcerias e a decisão livre e responsável do momento e da quantidade de filhos que desejam ter, tal como orienta o item constitucional de direito ao exercício do planejamento familiar e reprodutivo,⁹ além do direito ao acesso a informações, aos meios e técnicas para controlar o ter ou não filhos, que permitem a prevenção da gravidez, tal como indica a Lei nº 9.263 de Planejamento Familiar,⁹ e também têm direito à proteção contra as infecções sexualmente transmissíveis (IST)⁸. De acordo com os critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos contraceptivos, adolescentes, em geral, são elegíveis para usar os mesmos métodos contraceptivos que adultos¹¹, inclusive o dispositivo intrauterino (DIU).

Ainda que o país se comprometa de diversas formas com a atenção à saúde sexual e reprodutiva, os adolescentes parecem encontrar barreiras no acesso a esse direito, principalmente preventivo, inclusive contraceptivo. O Ministério da Saúde aponta que, no ano de 2020, 16,6% do total de internações por gravidez, parto e ou puerpério foram de jovens de 15 a 19 anos e 0,9% de meninas de 10 a 14 anos.¹² Essas gestações, quando fazem parte do projeto de vida desses jovens, devem ser acolhidas e respeitadas pelos serviços e profissionais; entretanto, essas são minoria e “grande parte das adolescentes engravida de forma indesejada e fruto de relações de risco sem proteção.”^{13,14} Por isso, constata-se que o acesso aos serviços de saúde e à atenção em saúde sexual e reprodutiva, incluindo a contracepção e seu favorecimento, não têm sido efetivos na população adolescente.

Ponto de partida – a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes em Franco da Rocha

A partir de uma demanda do próprio município de Franco da Rocha ao Instituto de Saúde, em 2017, iniciou-se uma parceria, que entre outros temas, solicitava assessoria com relação à saúde sexual e reprodutiva, visando a redução da morbimortalidade materna⁷. Dentre os itens de saúde sexual e reprodutiva, destacou-se a grande ocorrência de gravidez na adolescência nesse município¹¹.

Nesse sentido, em 2017, com alunos do curso de Aprimoramento em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde,^{VI} fizemos o primeiro levantamento, utilizando coleta de dados secundários e entrevistas com 36 diferentes categorias de profissionais de saúde de 10 das 11 UBSs de Franco da Rocha, para avaliar o panorama da saúde de adolescentes.¹⁵

Os resultados desse levantamento de 2017 mostraram que os adolescentes do município representavam 15,1% da população local e que os fatores de mortalidade masculina estavam ligados a causas externas: traumatismos, lesões e agravos à saúde causados por violência ou outra causa exógena; do total de gestações no município, cerca de 16,4% se davam entre adolescentes mães entre os 10 e os 19 anos, na época, sendo a principal (74%) causa de internação de adolescentes mulheres e que 42,1% dessas adolescentes realizaram menos que sete consultas de pré-natal, quantidade orientada na política estadual. As ISTs se colocavam como a segunda causa dos óbitos evitáveis entre adolescentes homens e a terceira nas adolescentes mulheres.¹⁵

Nas entrevistas, foi observado que os fluxos de atendimento a adolescentes não eram padronizados e não atendiam aos preceitos do ECA ou às diretrizes do Ministério da Saúde, havendo grande divergência de respostas entre os profissionais de um mesmo serviço e entre as UBSs quanto ao estímulo aos adolescentes para cuidarem de sua própria saúde e serem atendidos sem necessidade de familiares acompanhantes. Verificou-se ainda que tais atendimentos não eram realizados em nove das 10 UBSs analisadas por Silva e Santos.¹⁵

O desconhecimento dos preceitos de sigilo e autonomia recomendados pelo Ministério da Saúde atingia a maioria dos entrevistados, prin-

VI Esse curso de Aprimoramento do Instituto de Saúde se transformou em Especialização em Saúde Coletiva em 2018.

cipalmente gerentes e agentes comunitários de saúde. As autoras ressaltaram que esses fatores se constituíam enquanto

“barreiras organizacionais, de comunicação interna, de falta de educação permanente e incluem a presença de discursos morais e socialmente construídos influenciando o atendimento aos adolescentes e que impactam nos indicadores de saúde”¹⁵.

Também foi observado que os procedimentos relacionados à gestação na adolescência eram os padronizados nesses serviços e disponíveis em quase todas as unidades, assim como o fluxo de encaminhamentos para IST, colposcopia e cauterização do colo uterino e as demandas espontâneas ligadas às adolescentes.

Já na prevenção de ISTs e gestações, as autoras registraram haver “estigma do adolescente e preconceitos no atendimento, questões de gênero, impasses no serviço, (...) necessidade de acompanhante”, entre outros dificultadores, apesar de 89,7% dos profissionais entrevistados referirem haver o Programa Saúde na Escola em sua unidade, parceria incentivada entre o setor de saúde e educação com verba federal, que poderia ser utilizada para ações de promoção de saúde sexual e reprodutiva e prevenção.¹⁵

Tal diferença permite afirmar que a sexualidade das adolescentes só era visibilizada e trabalhada quando as meninas já estavam grávidas, remetendo ao tabu de lidar com as práticas sexuais femininas.

Em 2018, junto ao Programa de Aprimoramento do Instituto de Saúde, outro levantamento nas mesmas UBSs foi novamente realizado por Turno,¹⁶ utilizando entrevistas com gestores, em uma primeira etapa, e com profissionais de saúde, em uma segunda, além de ter ouvido alguns adolescentes nesses serviços, registrou que a demanda pela realização de testes de gravidez era, em sua maioria, feita por adolescentes. Assim, as gestações de adolescentes verificadas, além dos abortos de adolescentes registrados, bem como casos de sífilis, sífilis congênita e outras ISTs, demonstraram que, apesar dos testes de gravidez serem procurados, não estava havendo uso de contraceptivos por adolescentes no município, o que motivava a procura por testes gestacionais. Isso demonstra que a orientação contraceptiva não estava se efetivando com relação a esse público, além de apontar a falta de uso de preservativo tão fundamental também para adolescentes¹⁷, que seria o potencial protetor dos casos de IST.

**Tabela 1 – Eventos em saúde sexual e reprodutiva
em Franco da Rocha, por ano. 2018 a 2020**

	2016	2017	2018	2019	2020
Partos 10 a 14 anos	11	8	10	4	2
Abortos 10 a 14 anos	3	0	1	1	1
Total gestação finalizadas em parto e aborto hosp, 10 a 14 anos	14	8	11	5	3
Partos 15 a 19 anos	228	193	205	169	163
Abortos 15 a 19 anos	15	22	22	20	12
Total gestação finalizadas em parto e aborto hosp, 15 a 19 anos	243	215	227	189	175
Partos hospitalares totais de adolescentes 10 a 19 anos	239	201	215	173	165
Abortos hospitalares totais adolescentes 10 a 19 anos	18	22	23	21	13
TOTAL GERAL partos abortos em ADOLESCENTES (10 a 19 anos)	257	223	238	194	178
Total de casos de sífilis adquirida	84	219	242	130	63
Sífilis adquirida por homens	57	99	113	72	27
Sífilis adquirida por mulheres	27	120	129	58	36
casos de sífilis em gestantes	13	57	46	30	19
sífilis em gestantes de 10 a 14 anos	0	0	0	0	0
sífilis em gestantes de 15 a 19 anos	5	11	17	10	7
Total caso de hepatite B	7	10	13	8	s/ inform.
Hepatite B em homens	3	5	11	5	s/ inform.
Hepatite B em mulheres	4	5	2	3	s/ inform.

Total de diagnósticos de HIV/aids	32	24	27	12	7
Diagnósticos de HIV/aids em pessoas de 15 a 24 anos	6	3	4	1	0
Diagnósticos HIV/aids em homens	28	18	20	9	5
homens homossexuais	9	9	9	5	1
homens bissexuais	1	1	2	0	1
homens heterossexuais	4	2	5	1	1
homens usuários de drogas injetáveis	0	1	0	0	0
homens categoria ignorada	14	5	4	3	2
Diagnósticos HIV/aids em mulheres	4	6	7	3	2
diagnósticos HIV/aids em gestantes no parto	4	15	7	10	2

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde/DATASUS.

Chama a atenção que, mesmo com relações de risco, a busca da contracepção de emergência por esse público foi referida como “baixa” por 75% dessas UBSs estudadas por Turno¹⁶. Isso pode ser explicado pelo fato que esta autora constatou que, para ter acesso ao medicamento, 50% desses serviços afirmaram ser necessária uma consulta médica para a sua liberação, o que tiraria o caráter emergencial de uso e dificultaria o acesso do público adolescente.

Turno¹⁶ também pesquisou, nas UBSs, o oferecimento dos testes rápidos e registrou que, em 75% delas os profissionais alegaram baixa procura pelo público adolescente; da mesma forma que observou que, na época de seu levantamento, havia ausência de preservativos nos *displays* de vários serviços; ambos os fatores preocupantes, uma vez que, no próprio ano de sua investigação, em 2018, foram detectados 4 novos casos de HIV no município¹². Assim, esta autora, além de observar pessoalmente a presença de adolescentes na maioria desses serviços (em grande parte grávidas), supôs que deveria haver pouca abordagem dos adolescentes da comunidade com relação à saúde sexual e reprodutiva, o que foi confirmado em pesquisa, apesar de 75% das UBSs distribuírem preservativos

– vistos como o principal contraceptivo indicado para esse público por promover a dupla prevenção, contra a gravidez e contra as infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Um fator interessante da abordagem dos adolescentes, verificada por Turno¹⁶ era a de que, além de ser passiva, ou seja, de espera de procura dos próprios adolescentes pelo serviço, se pautava em discordâncias entre cada serviço e até entre os próprios profissionais de saúde de um mesmo serviço, quanto ao atendimento de adolescentes que buscassem o serviço sozinhos. Em várias UBSs essa atenção estava condicionada à presença de um acompanhante ou responsável e a idade para dispensa dessa necessidade não era consensual.

Isso foi quantificado no trabalho de Silva e Santos¹⁵, que mostrou que cada UBS dispensava a necessidade de acompanhamento de adolescentes considerando uma idade diferente, não havendo padronização municipal.

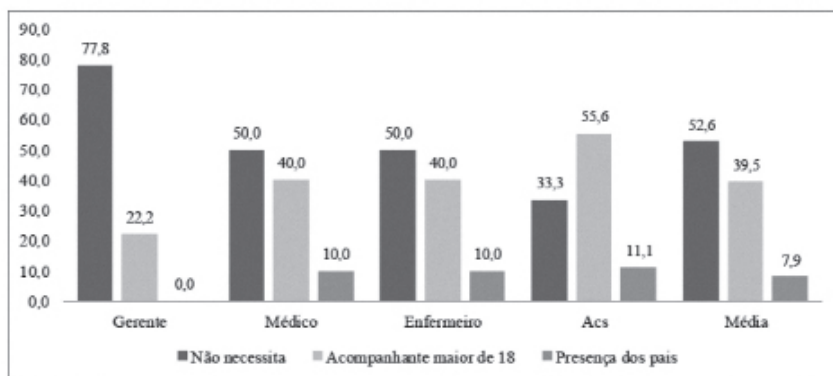
Tabela 2 – Idade em que UBSs afirmam dispensar necessidade de acompanhante responsável para atender os adolescentes. 2017.

	Idade (em anos)
UBS I	15
UBS II	13
UBS III	17
UBS IV	13
UBS V	12
UBS VI	16
UBS VII	15
UBS VIII	16
UBS IX	14
UBS X	15
média	14

Fonte: Silva e Santos (2018).

Além disso, Silva e Santos¹⁵ mostraram que, em cerca de 66,6% dos serviços, os próprios profissionais divergiam entre si quanto à idade de dispensa desta necessidade, mostrando também a falta de comunicação interna.

Gráfico 1 – Condicionamento do atendimento de adolescentes entre UBS de Franco da Rocha com relação à necessidade de presença ou autorização de pais e/ou responsáveis – 2017¹⁵.



Esse fato se mostrava como essencial, uma vez que a falta de atenção individual e a requisição de familiares afeta o sigilo, o que no caso de adolescentes com vida sexual ativa muitas vezes provoca o afastamento dos serviços de saúde.

Também chamava a atenção, no levantamento de Turno de 2018¹⁶, o fato de que a maioria das UBSs não realizavam atividades de interesse das adolescentes, nenhuma afirmou realizar grupos educativos com esse público (apenas incluía adolescentes gestantes nos grupos de grávidas), e poucas realizavam grupos ou atividades fora do serviço, geralmente esporádicas, geralmente nas escolas e as ações realizadas pelas UBSs não eram divulgadas para esse público.

Tabela 3 – Barreiras vistas pelos adolescentes para a não adesão às atividades oferecidas pelas UBSs. Franco da Rocha (SP), 2018.

Barreiras	Nº	%
Horário incompatível	0	0,0
As atividades não interessam	3	37,5
A equipe não faz essas atividades	0	0,0
Não sabe se a equipe faz essas atividades, não há divulgação	5	62,5

Fonte: Turno, 2018¹⁶.

Estratégias de intervenção implementadas

Em 2016, iniciou-se a aproximação com a equipe de Coordenação da Atenção Básica do Município e, de forma exploratória, criado, no segundo semestre, um grupo de referência para formação em Saúde Sexual e Reprodutiva no município, procurando sentir e perceber não só a estruturação do município quanto à Atenção Básica, mas também a forma de relacionamento, organização e interlocução da coordenação e profissionais de saúde. Esses profissionais participantes vieram por livre participação e interesse de alguns serviços, por isso tinham formações variadas e diferentes cargos.

Os grupos abordaram saúde sexual, vulnerabilidade, contracepção e legislação de adolescentes, em dois encontros de período integral, situação em que se percebeu o desconhecimento, a confusão de impressões e a dificuldade de abordagem da sexualidade na adolescência, que impactava em todo o atendimento familiar e de saúde. Nesse sentido, utilizou-se a estratégia de depuração de caso, procurando, a partir de um caso fictício de uma adolescente grávida numa família com vários problemas, orientar a separação de demandas e encaminhamentos necessários a cada indivíduo envolvido na situação, de forma a esclarecer a orientação das ações de saúde.¹⁸

Em 2017, a Secretaria de Saúde de Franco da Rocha demandou cadernos estratégicos para servir de parâmetro para a atuação de profissionais da Atenção Básica, assim foi elaborado pela equipe do Instituto de Saúde o “Caderno de Atenção à Saúde Reprodutiva, Pré-Natal, Parto e Puerpério”¹⁹ especialmente para o município.

Considerando as conclusões de Silva e Santos¹⁵ sobre a importância de se criar estratégias de padronização do fluxo de atendimento e de atualização profissional sobre a legislação e políticas de saúde de adolescentes foi elaborado e incluído nas últimas páginas desse caderno o “Protocolo de Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes,”¹⁹ que textualmente explicitava essas condutas além de orientar que adolescentes “devem ser incentivadas a procurar os serviços de Atenção Básica e/ou outros serviços de saúde disponíveis” para obter a educação sexual e, inclusive, de prevenção de gravidez. Esse protocolo dava ênfase aos princípios de autonomia e sigilo dos procedimentos a serem aplicados junto aos adolescentes, de forma que os profissionais de saúde se sentissem seguros para atuar com esse público e realizar de forma autônoma: consultas, orientações, exames, vacinações, indicação contraceptiva e tratamentos necessários à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes.

Assim, no início de 2018, foi lançado o “Caderno de Atenção à Saúde Reprodutiva, Pré-Natal, Parto e Puerpério,”¹⁹ contendo o “Protocolo de Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes” em suas páginas finais. O Caderno foi distribuído para todos os profissionais de saúde das equipes das UBS, além do serviço de referência Casa da Mulher e equipes das diversas coordenações e foi disseminado a partir de uma capacitação e atualização técnica, realizada inicialmente em três turmas, depois reorganizadas em duas, que reuniram cerca de 70 profissionais vindos de todas as 11 UBSs do município.

As formações de 2018 utilizaram estratégias participativas e versaram sobre vários temas referentes à saúde sexual e reprodutiva, abordados em três módulos para cada grupo. O primeiro encontro abordou planejamento reprodutivo; o segundo, saúde sexual/reprodutiva e atenção à saúde dos adolescentes; e o terceiro, pré-natal, parto e puerpério.¹⁶

O encontro que abordou a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes incluiu em suas discussões: o perfil de adolescentes do município e seus

comportamentos típicos, tanto sexuais, como de lazer, trabalho, estudo etc.; a importância da adaptação do serviço para suas necessidades reais quanto à saúde sexual e reprodutiva; o papel do profissional de saúde frente a essas carências; a falta de separação e desligamento de opiniões e atitudes de ordem moral, das tarefas profissionais que deveriam estar pautadas em critérios técnicos e deliberações normativas municipais, estaduais e federais; e a atualização dessas orientações, por meio da apresentação das diretrizes do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde e, agora, também do próprio município de Franco da Rocha, por meio do Protocolo citado, esclarecendo dúvidas sobre efeitos legais e publicações dos diferentes conselhos das diversas categorias profissionais de saúde sobre procedimentos relativos à atenção em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes.

Em paralelo, o Instituto de Saúde, junto ao programa de Especialização em Saúde Coletiva, preparou outro levantamento, aprofundando a pesquisa sobre a situação de atendimentos em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes nas UBSs. Esse levantamento, além do mais, questionou os profissionais entrevistados sobre os temas de interesse para uma capacitação da equipe do serviço: o tema da saúde do adolescente foi apontado como o de maior interesse e indicado por 58,3% (sete) gestores desses serviços, seguido pelo pré-natal de alto risco, citado por 33,3% (quatro UBSs) e pela sífilis, referida por 16,7% (duas UBSs).¹⁶

Em 2019 foi decidido que o deslocamento dos serviços de saúde dificultava as atualizações dos profissionais e que, ao mesmo tempo, nem sempre pessoas representantes de serviços capacitados tinham condições de fazer o repasse dos conteúdos para todos os colegas de sua UBS. Assim, ficou combinado que a equipe do Instituto de Saúde faria as capacitações em todas as 11 UBS *in loco*, utilizando horários alternados, metade da equipe do serviço de manhã e a outra metade à tarde, de forma a não ser necessário o fechamento do serviço para o público.

Resultados

Infelizmente, em janeiro de 2019, o Governo Federal recém-eleito finalizou a contratação de médicos cubanos que estavam atuando no município por meio do Programa “Mais Médicos”. Isso causou uma de-

sorganização em várias UBSs, que ficaram sem médicos de família, sobrecarregando as equipes locais e desorganizando o fluxo de atenção à saúde. Isso, obviamente, prejudicou várias áreas, inclusive o atendimento em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes.

Em abril de 2019, novos médicos foram contratados pelo Programa Mais Médicos para substituir as vagas que ficaram em aberto após a saída dos profissionais cubanos, ao mesmo tempo em que foram contratadas enfermeiras e técnicas de enfermagem para preencher as vagas desses serviços.

Em 2020, outros grupos da Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde iniciaram pesquisa em Franco da Rocha. O eixo de Saúde Sexual e Reprodutiva do Adolescente optou por fazer uma avaliação do impactos das formações oferecidas em 2019, por meio da realização de entrevistas baseadas em roteiro aberto, com profissionais-chave da Atenção Básica, incluindo nove profissionais de nove diferentes UBSs (três gerentes, três médicos e três enfermeiros/as), além do gerente e da ginecologista atuante no serviço de referência Casa da Mulher, o que totalizou 11 entrevistas para análise qualitativa sobre a atenção à saúde sexual e reprodutiva do adolescente.

Esse levantamento²⁰ revelou que os profissionais que participaram das formações de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, realizadas em 2019, avaliaram-nas positivamente, apontando que ajudaram no esclarecimento de dúvidas quanto ao atendimento de adolescentes em sexualidade, o que gerou maior confiança para o trabalho das equipes e maior liberdade, principalmente quanto aos esclarecimentos dados sobre a possibilidade de atenção autônoma de adolescentes e a não necessidade de presença ou autorização dos pais para a realização das consultas, exames e outros procedimentos.

Clara²⁰ observou que profissionais treinados implementaram ações de divulgação e incentivo à ida de adolescentes às UBSs, principalmente com “busca ativa” de adolescentes na comunidade ou em residências (mudança de atitude de dois serviços), o que motivou a maior frequência desse público aos serviços.

Isso reforça as considerações da Febrasgo (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia) de que:

“A garantia de confidencialidade e privacidade, fundamental para ações de prevenção, favorece a abordagem de temas como sexualidade...”²¹.

Esses profissionais também citaram que as formações melhoraram a receptividade e o aumento da atenção aos adolescentes de forma autônoma, embora tenham relatado que a presença dos pais nas consultas seja comum. Já em serviços onde os profissionais não participaram das capacitações ou que tiveram uma postura passiva frente ao público adolescente (observado em quatro UBSs), os profissionais relataram estar com pouca frequência de adolescentes, atribuindo, muitas vezes, a culpa desta baixa procura aos próprios adolescentes, demonstrando falta de compreensão de seus papéis na promoção da saúde e redução de vulnerabilidades desse público e até reflexão contraditória, já que muitos descrevem a alta procura de testes de gravidez, inclusive devido à insegurança que sentem com relação à eficácia do contraceptivo. Frente a este, o Instituto de Saúde já propôs novas turmas de capacitação para profissionais contratados pelo município.

Também se observou que, após a formação, o momento pós-teste de gravidez passou a ser uma oportunidade para a orientação contraceptiva das adolescentes, embora, frequentemente, essa orientação seja realizada de maneira rápida e que os métodos mais utilizados pelas adolescentes, segundo os profissionais de saúde entrevistados pós-capacitação sejam a pílula anticoncepcional e a injeção.

A contracepção de emergência passou a ser um pouco mais procurada por adolescentes na maioria dos serviços, e todas as UBSs passaram a ofertá-la e os profissionais relataram uma grande mudança de postura com relação a esse método após as formações sobre o Protocolo de Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes realizadas, passando a vê-lo como estratégico e passível de uso pelas adolescentes²⁰, o que está em consonância com as orientações do Ministério da Saúde, que aponta esse método como chave para as falhas contraceptivas típicas da adolescência.²²

O uso do DIU por adolescentes continua insignificante e alguns profissionais que não participaram das formações demonstram desinformação quanto à sua prescrição, acreditando que o DIU de cobre de tamanho único não possa ser indicado para esse público, contrariando orientações do Ministério da Saúde²³ e da Organização Mundial de Saúde.²⁴

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) mais relatadas como diagnosticadas no município de Franco da Rocha pelos profissionais de saúde foram a sífilis e o HPV. A sífilis praticamente só é diagnosticada em gestantes, visto que ainda há baixa procura de testes rápidos de IST entre as mulheres, inclusive adolescentes. Com relação ao HPV, alguns gestores referem baixa cobertura vacinal; ao contrário dos profissionais que relataram boa cobertura.²⁰

Algumas UBSs relataram ter iniciado grupos de adolescentes após as capacitações e outros passaram a atuar fora do serviço²⁰ embora com a Covid-19 este trabalho tenha sido interrompido, como veremos a seguir.

Devido ao cenário de chegada da Covid-19 e seus impactos no país,²⁵ as entrevistas feitas em 2020 incluíram o impacto da epidemia nos serviços e nessas ações com adolescentes, visto que considera-se que a pandemia poderia acarretar na postergação do início do cuidado de saúde sexual e reprodutiva desse público e no distanciamento dessa população com relação aos serviços de saúde, a falta de início, acesso e o risco de descontinuidade do cuidado sexual e reprodutivo de adolescentes, incluindo o acesso às consultas médicas, aos contraceptivos e também aos preservativos para a prevenção de IST. Ressalta-se que o Fundo de População das Nações Unidas²⁶ alertou que apenas nos primeiros meses a pandemia poderia gerar 7 milhões de gestações a mais no mundo; situação frente a qual a própria Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia se posicionou, orientando a manutenção das consultas presenciais e também por teleconsulta, a retirada do método contraceptivo em serviços de saúde, o uso de aplicativos para lembrança às pacientes e a entrega residencial desses contraceptivos pelos agentes de saúde, além do investimento em métodos contraceptivos de longa duração, como o dispositivo intrauterino (DIU), além da garantia e facilitação de acesso à contracepção de emergência.²⁷

O impacto da Covid-19

Seguindo a tendência de outros municípios e orientações estaduais e do Ministério da Saúde²⁵, Franco da Rocha elaborou o “Plano Municipal de Contingência para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus,”²⁸ com

medidas visando conter a expansão da Covid-19. Entre as medidas orientadas no primeiro semestre de 2020 estão, além do distanciamento social entre as pessoas, o uso de máscaras de proteção e higienização de locais e mãos com álcool gel, o fechamento das escolas e orientação de quarentena com permanência nos lares e evitação do espaço público para manter a população isolada e evitar o contágio, atendendo às orientações da Organização Mundial de Saúde.²⁹

Especificamente para a área de saúde o Plano orienta a avaliação periódica do número de casos, com monitoramento pela imprensa e até redes sociais, a integração dos setores de vigilância sanitária, gestão e farmácia na assistência aos casos ou suspeitas e, para a rede assistencial, o estabelecimento de protocolos de acolhimento e espera para os usuários sintomáticos e a articulação com outros serviços.

O município não orientou ações específicas para adolescentes e esses passaram a ser atendidos nas consultas já agendadas que tiveram número reduzido, embora os horários de funcionamento dos serviços tenham sido estendidos.

Os profissionais referiram que a população de adolescentes respeitou o isolamento social apenas inicialmente, abandonando-o com o decorrer do tempo. Isso, somado ao fechamento escolar, provocou aumento do tempo dedicado por esse público a encontros com amigos e namorados, turmas para uso de narguilé, além de festas em sítios próximos, nas quais, inclusive, houve um caso de violência sexual contra adolescentes.²⁰

Também percebeu-se um aumento de gestação na adolescência durante a pandemia, além de aumento na busca de testes de gravidez. Apesar disso, os profissionais relataram não ter tido dificuldades em fornecer métodos contraceptivos para esse público. Esse aumento foi confirmado pelos registros da Secretaria de Saúde de Franco da Rocha, os quais apontam que as gestações entre adolescentes de 12 a 17 anos do município, considerando a soma das internações hospitalares por partos e abortos, aumentou 8%, de 87 entre janeiro e outubro de 2019, para 94 no mesmo intervalo de 2020. Considerando apenas as internações por aborto entre 12 e 17 anos, o aumento chegou a 83,3%, de seis internações de janeiro a outubro de 2019 para 11 nesse mesmo intervalo de 2020.²⁰

Esse aumento foi referido, apesar de estratégias terem sido incluídas para a lembrança da continuidade de uso de contraceptivos, que passaram a ser utilizadas pelas UBSs, como ligações telefônicas, WhatsApp etc., visando o contato com as usuárias. Essa foi uma inovação que a pandemia trouxe, uma vez que o levantamento de 2017¹⁶ registrou que essas redes sociais não eram aproveitadas.

A pandemia do coronavírus também impactou no acesso a testes rápidos de IST, inclusive de adolescentes, devido ao receio de circulação social. Essa diminuição, no entanto, não se refletiu, até o momento, no registro de casos de IST entre adolescentes. Mas o município continuou a registrar casos de sífilis, inclusive de sete gestantes adolescentes de 15 a 19 anos¹². Isso reforça a ideia de que a saúde de adolescentes precisa ser focada em situação de epidemias, para que não acarrete morbidades.¹⁸

Considerações finais

A parceria desenvolvida pelo Instituto de Saúde com o município de Franco da Rocha se mostrou frutífera e transformadora para a promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. O entrosamento das equipes envolvidas neste trabalho permitiu o desenvolvimento de estratégias, que incluíram documentos técnicos e formações para atualização de gestores e profissionais de saúde.

Ao integrar direitos sexuais e reprodutivos como básicos para a atenção em saúde do adolescente percebeu-se a demanda pelo tema, a grande receptividade dos profissionais às ações propostas e um certo alívio quanto ao esclarecimento de questões de cunho jurídico para a ampliação de iniciativas, como a perspectiva de atenção individualizada e a atração de adolescentes mais explícita para os serviços, além da abordagem da sexualidade, o que impactou positivamente na promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes em vários serviços e, principalmente, na orientação contraceptiva e de prevenção à gravidez não planejada.

Ainda é preciso criar mais ações específicas para sensibilização dos novos profissionais contratados e também com relação à sensibilização

de adolescentes quanto à prevenção das ISTs, para que seja feita a sua detecção além dos exames de pré-natal.

Registra-se que a Covid-19 vem impactando as ações e os serviços de saúde, e verifica-se impacto na saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, uma vez que a pandemia pegou todos os municípios desprevenidos, fazendo-os ter que se adaptar com urgências às principais demandas de assistência aos doentes, além das ações de isolamento e afastamento social.

Referências

1. Oliveira PA, Scivoletto S, Cunha PJ. Estudos neuropsicológicos e de neuroimagem associados ao estresse emocional na infância e adolescência. *Rev Psiquiatr Clín.* 2010; 37(6):270-27.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília (DF); 2007.
3. Moraes S, Vitale MSS. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. *Rev Assoc Med Bras.* [internet] 2012; 58(1):48-52. [acesso em 6 mai 2021]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000100014>.
4. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SP). Linha de Cuidado para a saúde na adolescência e juventude para o Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. São Paulo; 2018.
5. Brasil. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente [internet]. Brasília (DF); 1990. [acesso em 17 mai. 2020]. Disponível em: [https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8069-13-julho-1990-372211-norma-atualizada-pl.doc](https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8069-13-julho-1990-372211-norma-1990-372211-norma-atualizada-pl.doc).
6. Organização Mundial das Nações Unidas - ONU. Convenção internacional sobre os direitos da criança. Brasília(DF); 1989.
7. Ministério da Saúde (BR). O SUS e a saúde sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens no Brasil. Brasília (DF); 2013.
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caderneta de saúde da adolescente. Brasília (DF); 2010.

9. Brasil. Lei no 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [internet]. Brasília (DF); 19 de setembro de 1990b. [acesso em 27 mai 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
10. Brasil. Lei no 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Lei do Planejamento Familiar [internet]. Brasília (DF); 1996 [Internet]. [acesso em 17 mai 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm.
11. World Health Organization - WHO. OMS roda com critérios médicos de elegibilidade para o uso de métodos anticoncepcionais 2015. Brasília (DF); 2015.
12. Ministério da Saúde (BR). Informações epidemiológicas e de morbidade DATASUS [internet]. [acesso em 6 mai 2020]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>.
13. Figueiredo R. Atenção em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes desacompanhados. In: Jesus NF, coordenador. Adolescência & saúde 4: construindo saberes, unindo forças, consolidando direitos. São Paulo: Instituto de Saúde; 2018; p.73-78,
14. Borges ALV, Schor N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. Cad Saude Publica [internet]. 2002 [acesso em 5 fev 2021];21(2):499-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200016&lng=en&nrm=iso.
15. Silva JA, Santos JDL. Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes em Franco da Rocha: um panorama da Atenção Básica de Franco da Rocha. São Paulo: Instituto de Saúde; 2018. Trabalho de Conclusão de Curso de Aprimoramento em Saúde Coletiva.
16. Turno TAA. Promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente: análise situacional e implementação de novas estratégias no município de Franco da Rocha. São Paulo: Instituto de Saúde; 2019. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde Coletiva.
17. Souza CP, et al. Adolescentes: maior vulnerabilidade às IST/aids? Rev Tend Enferm Profis. 2017; 9(4):2289-2295.

18. Nascimento AM, Monteiro IF, Lima RR, Silva SRO, Figueiredo R, Silva, MDLG, Rocha VM. Técnica de Depuração em estudos de caso: visando facilitar a discussão da assistência à saúde de adolescentes. *BIS, Bol Inst Saude*. 2017; 18(2):95-107.
19. Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha (SP). Caderno de atenção à saúde reprodutiva, pré-natal, parto e puerpério. Franco da Rocha; 2018.
20. Clara DS. Desafios e respostas da Atenção Básica do município de Franco da Rocha na atenção à saúde sexual e reprodutiva do adolescente e o impacto da Covid-19. São Paulo: Instituto de Saúde; 2021. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde Coletiva.
21. Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. Contracepção e ética: diretrizes atuais durante a adolescência. *Adolesc Saude*. 2005; 2(2):6-7.
22. Figueiredo R, Seixas I. Prevenção de gestações não-planejadas, abortos e oferta de contracepção de emergência para adolescentes. In: Jesus NF, coordenador. *Adolescência & saúde 4: construindo saberes, unindo forças, consolidando direitos*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2018. p.79-82.
23. Ministério da Saúde (BR). Manual técnico para profissionais de saúde - DIU com cobre T Cu 380 A. Brasília; 2018.
24. Lubianca J. Opções de Anticoncepção na Adolescência [internet]. 2016 [acesso em 29 jul 2021]; 1(17):1-11. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjmkf2vg7bwAhUTHLkGHacSAawQFjACegQIAhAD&url=https%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fbra%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26view%3Ddownload%26alias%3D1545-opcoes-anticoncepcao-na-adolescencia-5%26category_slug%3Dserie-uso-racional-medicamentos-284%26Itemid%3D965&usq=AOvVaw0DDYXOgJTT6TBJE87prw9p
25. Ministério da Saúde (BR). Painel coronavírus [internet]. Brasília [acesso em 10 set 2020]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br>

26. United Nations Population Fund - UNFPA. Impact of the Covid-19 pandemic on family planning and ending gender-based violence, female genital mutilation and child marriage [internet]. Nova Iorque; 2020. [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em: <https://www.unfpa.org/resources/impact-Covid-19-pandemic-family-planning-and-ending-gender-based-violence-female-genital>. [acesso em: 27 abr 2021]. Disponível em: <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/tabelas>. 7 mai. 2020.
27. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. Anticoncepção durante a pandemia por Covid-19 [internet]. [acesso em 6 mai 2020]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/covid19/item/1002-anticoncepcao-durante-a-pandemia-por-Covid-19>.
28. Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha (SP). Plano municipal de contingência para infecção humana pelo novo coronavírus. Franco da Rocha; 2020.
29. Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS. Considerações sobre ajustes das medidas de distanciamento social e medidas relativas a viagens no contexto da resposta à pandemia de Covid-19 [internet]. 2020 [acesso em 20 set 2020]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52045/OPASBRACOV1920039a_%20por.pdf?sequence=8&isAllowed=y.

Atenção integral à saúde do idoso: uma prática em construção

Tereza Etsuko da Costa Rosa^I, Katia Karina G. Ferreira de Jesus^{II},
Fernanda dos Santos Pavoni^{III}, Natália Gotardo^{IV}, Mariana Bento do Prado^V,
Rayssa Colegnac^{VI}, Raquel Lourenço^{VII}, Larissa Ferreira de Abreu Pereira^{VIII},
Gisele da Silva Almeida^{IX}, Gabrielle Silva Este^X,
Caio Pereira dos Santos^{XI}, Victor Nascimento Cunha^{XII}

Apresentação

Este capítulo refere-se a uma demanda inédita do município de Franco da Rocha que ocorreu em 2017: Atenção à Saúde do Idoso. Essa demanda faz parte do desenvolvimento da parceria com o Instituto de Saúde, junto ao módulo de práticas do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva, ou Programa de Especialização do Instituto de Saúde da Secretaria do Estado de São Paulo, a partir de 2018.

-
- I Tereza Etsuko da Costa Rosa. (tererosa@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, mestre e doutora em Saúde Pública, pesquisadora científica e professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva e do Programa de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde/SES/São Paulo.
- II Katia Karina Gonçalves Ferreira de Jesus. (katia.goncalves@unifesp.br) é psicóloga e assistente social, especialista em Saúde Coletiva e especialista em Saúde do Idoso pela Unifesp, residente do Programa de Residência Multiprofissional da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.
- III Fernanda dos Santos Pavoni. (nandahpavoni@gmail.com) é psicóloga, especialista em Saúde Coletiva, técnica em Dependência Química do CAPS AD Ermelino Matarazzo/Unidade de Acolhimento.
- IV Natália Gotardo Muniz de Souza. (nataliagotardomuniz@gmail.com) é psicóloga, especialista em Saúde Coletiva, é psicóloga do Centro Dia do Idoso da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (UNIBES).
- V Mariana do Bento Prado. (mariprado22@hotmail.com) é profissional de educação física, especialista em Saúde Coletiva, é profissional de Educação Física do Nasf/Equipe Multidisciplinar na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Santa Marcelina).
- VI Rayssa Colegnac. (rayssacolegnac@yahoo.com.br) é biomédica, especialista em Saúde Coletiva, assistente na Coordenação de Gestão Estratégica da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.
- VII Raquel Gonçalves Lourenço. (raqueelourenco@gmail.com) é psicóloga, especialista em Saúde Coletiva, psicóloga do CAPSij II Campo Limpo da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Einstein).
- VIII Larissa Ferreira de Abreu Pereira (larissafapereira@gmail.com) é psicóloga, especialista em Saúde Coletiva.
- IX Gisele da Silva Almeida (gisele.s.almeida@gmail.com) é psicóloga, especialista em Saúde Coletiva.
- X Gabrielle Silva Este (gabrielle.este@gmail.com) é enfermeira, especialista em Saúde Coletiva.
- XI Caio Pereira dos Santos (caio.p.s.guti@gmail.com) é nutricionista, especialista em Saúde Coletiva, nutricionista da Universidade Paulista - UNIP/SP.
- XII Victor Nascimento Cunha (ft.victorcunha@gmail.com) é fisioterapeuta, especialista em Saúde Coletiva.

O intenso envelhecimento populacional vem sendo acompanhado de políticas específicas, voltadas à população idosa, na agenda de diversos setores governamentais. Esse fenômeno vem ocorrendo mais recentemente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Tradicionalmente, nas sociedades contemporâneas, pela vinculação imediata entre aposentadoria e velhice, com imagens de improdutividade, pobreza e invalidez, a Assistência Social é uma das áreas com ações consolidadas voltadas aos idosos.

Felizmente, gradativamente, sobretudo na área da Saúde, as políticas específicas vêm sendo construídas, reconhecendo-se a necessidade de ultrapassar os limites do setor para o alcance da integralidade da atenção para esse segmento etário. E mais, no âmbito da política de saúde do idoso esforços têm sido envidados para introduzir o paradigma da capacidade funcional no sentido de superar a dualidade saúde-doença.

O município de Franco da Rocha também vem acompanhando o fenômeno do envelhecimento, ainda que em ritmo mais lento, como podemos observar em dados atualizados sobre o município. De acordo com a atualização da Fundação Seade¹, a população idosa do Município representa quase 11,3% em relação à população total. Trata-se de um número menor em relação a outros municípios, entretanto, o crescimento proporcional do grupo etário de maiores de 60 anos nos últimos anos (35%) foi significativo e necessita de uma atenção para as necessidades específicas desse segmento. Frente a esse contexto, o município propôs o tema da saúde do idoso no âmbito da parceria do município com o Instituto de Saúde.

Considerando que o município tinha iniciativas bastantes incipientes relacionadas a programas e políticas em saúde para a população idosa, elencamos, inicialmente, as seguintes prioridades:

- 1) enfatizar o trabalho na Atenção Básica, considerando-a como porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS); e como articuladora e coordenadora do cuidado e de ações e demandas aos serviços de saúde, cabendo a esse nível de atenção o direcionamento da assistência à saúde da pessoa idosa;
- 2) a produção de um material de apoio aos profissionais de saúde para o cuidado ao idoso;
- 3) implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

4) implementação, mediante validação dos serviços, da rede de atenção integral à saúde da pessoa idosa e, paralelamente, construção e implantação da Linha de Cuidado de atenção integral à saúde da pessoa idosa;

Outros temas como a violência sofrida por idosos, a institucionalização como alternativa de cuidado e atenção dada à população envelhecida em Hospitais Psiquiátricos despontaram como relevantes e justificáveis para serem analisadas no âmbito do município de Franco da Rocha, para a qualificação da atenção à saúde da pessoa idosa. Diretrizes gerais do Ministério da Saúde^{2,3,4,5}, da Política Nacional do Idoso⁶ e do Estatuto do Idoso⁷ foram adotadas como fundamentação dos materiais e discussões promovidas com os profissionais envolvidos no decorrer dos trabalhos desenvolvidos no município.

0 cenário de prática em três tempos

Primeiro tempo – 2017

Nesse ano, o trabalho prático realizado por duas aprimorandas desenvolveu-se em quatro etapas:

- 1) indicação do local onde seria realizado o trabalho propriamente;
- 2) análise situacional das demandas apresentadas em reunião com os gerentes da unidade para tomada de decisão da operacionalização do trabalho;
- 3) planejamento e pactuação com os gerentes; e
- 4) a execução da estratégia de intervenção pactuada.

O local para dar início ao trabalho foi indicado pelo gestor de saúde do município. Tratou-se de uma Unidade Básica de Saúde Mista que tem a maior abrangência territorial, conhecida como Parque Vitória. Pelo panorama situacional da unidade e de seus profissionais apresentado pelos gerentes, decidimos que seria interessante basearmos todo o trabalho de saúde do idoso na problematização e na reflexão sobre o tema. É preciso esclarecer que a nossa presença (orientadora e duas alunas do

programa), introduzindo a saúde do idoso como um tema a ser tratado na unidade desvinculado dos casos de diabetes e de hipertensão arterial, causou uma certa inquietação e incompreensão por parte dos gerentes.

Tomando os pressupostos básicos propostos pela Educação Permanente em Saúde⁸, foram planejados quatro encontros temáticos para serem executados em grupos operativos⁹, formados por profissionais de saúde da unidade.

Inicialmente, partiu-se do suposto, como acordado com a gerência da unidade, de que profissionais de todas as categorias participariam dos grupos, entretanto, compareceram aos encontros somente Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Esses profissionais foram convocados para participarem dos grupos como uma atividade dentro do cumprimento da carga horária diária que é realizada dentro da unidade.

Apesar disso, o objetivo dos encontros foi mantido: problematizar diversas questões que tinham como foco: 1) Mitos e preconceitos do envelhecimento; 2) o dia a dia do trabalho e a saúde dos idosos; 3) o território e a saúde do idoso; e 4) a integralidade na saúde do idoso.

A estratégia de intervenção com grupos operativos, combinada às técnicas de pesquisa – ação-participativa como o photovoice –, possibilitaram as reflexões e problematizações, confrontadas com a realidade local e com a troca de experiências dos participantes. O primeiro e o segundo encontros tiveram como objetivo problematizar e promover reflexões sobre os mitos do envelhecimento, sobre as percepções da velhice e sobre a relação com a prática no cotidiano.

Os dois últimos encontros permitiram um exercício prático de territorialização em saúde, por meio de técnicas que auxiliaram na participação e desenvolvimento de raciocínio voltado para o reconhecimento da situação de saúde no território, bem como o mapeamento dos recursos, levando em conta o princípio da integralidade para os cuidados da pessoa idosa.

Durante os encontros foi possível perceber a dinâmica grupal, a dinâmica institucional e o mais importante: o desenvolvimento de novos conhecimentos, as reflexões com maior criticidade, a revisão dos conceitos, valores, o diálogo e a interação entre os participantes no movimento dialético, indo ao encontro da proposta grupal.

Observamos na prática o complexo funcionamento do elo entre a comunidade e os serviços da Atenção Básica de saúde, tendo os ACSs como atores-chave desse processo.

Lições aprendidas nesse ano – Os temas discutidos de forma aberta e acolhedora favorecem a ampliação do olhar crítico sobre ideias míticas que temos sobre o envelhecer, bem como a percepção de si e dos outros, o que, a médio e longo prazo, podem resultar em mudança coletiva entre agentes comunitários de saúde. Os ACSs são os que conhecem as famílias, suas peculiaridades relacionadas às dinâmicas no que tange aos cuidados à saúde e o território enquanto espaço vivo, ocupado não somente de objetos, de recursos, de problemas e de necessidades, mas um espaço onde se constroem relações sociais. Eles foram capazes de produzir ao final do processo um mapa da área de abrangência subdividido em microárea e mapeado com os recursos. O processo de construção do mapa de recursos permitiu compreender que a integralidade no cuidado da saúde do idoso só pode ser alcançada se houver ações de promoção e prevenção em parcerias com a rede intersetorial e a participação social.

Segundo tempo – 2018

Nesse ano o trabalho foi realizado por quatro especializandas, pactuando-se com o município de que todas as decisões sobre as atividades das alunas seriam realizadas com base em discussão da Câmara Técnica, planejada e executada pelos gestores municipais. Essa foi uma parte importante do desenvolvimento da parceria, tanto para o andamento do trabalho quanto para as especializandas que puderam participar e atuar, em um colegiado formado por gestores e profissionais da Rede de Atenção à Saúde (Ministério da Saúde)¹⁰ do município, num processo de estruturação e organização de um programa de saúde em particular, no caso, da pessoa idosa.

Na primeira reunião da Câmara Técnica pactuou-se a elaboração de um material de apoio contendo diretrizes básicas, baseadas em evidências científicas, dirigido aos profissionais de saúde, sobretudo os que atuam na Atenção Básica.

Elaboração do Caderno de Saúde do Idoso do município de Franco da Rocha

Com base no Caderno de Atenção Básica n.º 19, Envelhecimento e Saúde, do Ministério da Saúde⁴, após discussão na Câmara Técnica, selecionamos os temas a serem abordados no Caderno. Coerente com as diretrizes ministeriais, com direcionamento teórico e metodológico claro, propusemos introduzir e enfatizar o conceito de capacidade funcional com vistas à construção da Linha de Cuidado para a atenção à saúde da pessoa idosa em Franco da Rocha⁵.

Como as iniciativas municipais de atenção específica à saúde do idoso ainda eram bastante incipientes, passamos a enfatizar os instrumentos de avaliação global do idoso (estado mental, cognitivo, psíquico, físico, social, mobilidade física). A implantação de um instrumento de avaliação global do idoso na Atenção Básica é fundamental para prestar um cuidado de qualidade, na medida em que é por meio dessa avaliação que se amplia a identificação de problemas que, em geral, não são relatados pelo idoso na consulta médica de rotina².

Os outros aspectos selecionados a serem abordados no Caderno foram:

- O envelhecimento: tópicos gerais; contextualização do envelhecimento no tempo; os marcos legais brasileiros atuais e as políticas públicas para o envelhecimento; o envelhecimento populacional e as consequências para o setor Saúde (transição demográfica e epidemiológica); perfil epidemiológico do município; a saúde do idoso e avaliação global de saúde da pessoa idosa; a caderneta de saúde do idoso; rede de atenção integral à saúde do idoso; Linha de Cuidado com o fluxograma da RAS (Redes de Atenção à Saúde) de acordo com o perfil de capacidade funcional.

Produziu-se a primeira versão do Caderno, tendo como conceito norteador a capacidade funcional, que é o resultado da interação de todas as capacidades físicas e mentais desenvolvidas durante o período de vida do indivíduo. A capacidade funcional pode variar de um espectro de independência total, em todas as atividades cotidianas com autonomia completa de decisões, até a dependência total nas atividades diárias e perda completa de autonomia na tomada de decisão¹¹. Intervenções dos

serviços de saúde para adiar o máximo possível as perdas funcionais são muito importantes para a manutenção da qualidade de vida do idoso.

Para colocar essas ideias em articulação com a prática foram realizados dois movimentos: 1) adaptação do instrumento de avaliação global do idoso contido no Caderno de Atenção Básica 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa⁴; 2) adaptação dos perfis de funcionalidade encontrados no documento Diretrizes para a Implementação da Linha de Cuidado de Atenção à Saúde Integral da pessoa Idosa⁵.

O primeiro teve como objetivo apresentar e disponibilizar instrumentos para uma avaliação inicial, com vistas a identificar e classificar o perfil de funcionalidade do idoso, sendo eles:

- Perfil 1 – Pessoas idosas independentes e autônomas para realizar as atividades de vida diária;
- Perfil 2 – Pessoas idosas com necessidade de adaptações ou supervisão de terceiros para realizar atividades de vida diária;
- Perfil 3 – Pessoas idosas dependentes de terceiros para realizar as atividades da vida diária.

O segundo com o objetivo de, em decorrência da avaliação e da classificação do perfil de funcionalidade 1, 2 ou 3, os profissionais poderem direcionar os idosos para os serviços da rede mais adequados a suas necessidades.

A construção da Linha de Cuidado

Para a elaboração da Linha de Cuidado, o primeiro passo foi identificar e mapear na rede de serviços de saúde do município os pontos potenciais de atenção à saúde do idoso. Além dos serviços do setor Saúde, a secretaria de assistência social, do esporte, cultura e lazer foram mapeados para serem incluídos na rede de atenção à saúde integral do idoso.

Por meio de informações coletadas com profissionais atuantes nos respectivos serviços, buscou-se captar o perfil do serviço, o fluxo de idosos e as demandas mais frequentes dessa população, elaborando-se um fluxograma preliminar da rede de atenção à pessoa idosa do município.

A partir disso, constituiu-se na câmara técnica um espaço para discussão, com os representantes dos diferentes serviços e setores, e para a validação da Linha de Cuidado. Na Linha de Cuidado pactuada temos as unidades básicas de saúde como ordenadoras da rede e os demais serviços que se articulam de acordo com a necessidade dos idosos. O fluxograma foi pensado a partir das articulações possíveis entre os serviços, compreendendo o que os serviços já oferecem aos idosos do município, articulados com as necessidades identificadas pelos profissionais.

Considerando-se que a implantação da caderneta de saúde do idoso seria fundamental para a efetivação e funcionamento da Linha de Cuidado, o instrumento foi apresentado em um encontro de sensibilização com as equipes da UBS Parque Vitória. A Caderneta deve passar a ser ferramenta de gestão, planejamento em saúde e fortalecimento do cuidado ao idoso em diferentes instâncias¹².

Realizamos uma oficina de sensibilização para a utilização da ferramenta em que teve a participação intensa da maioria dos profissionais e de usuários idosos da unidade.

Lições aprendidas nesse ano – O processo de elaboração da primeira versão do Caderno contribuiu com movimentos de reflexão, planejamento e avaliação das práticas assistenciais acerca da saúde da pessoa idosa do município. Demandou um aprofundamento das discussões e revisões sobre o material produzido. Contudo, apontou um movimento atual importante com relação à necessidade de se discutir e pensar estratégias para trabalhar com a complexidade do envelhecimento. A Linha de Cuidado pactuada proporciona, principalmente aos profissionais da saúde, ferramentas e conhecimento para que, a partir do que já existe no território, promova a articulação entre os dispositivos municipais que ofertam ações e serviços à pessoa idosa. O propósito que norteou todo desenvolvimento do trabalho foi o de preservar pelo maior período possível a autonomia e a independência, o que consequentemente contribuirá para sua qualidade de vida.

Outros aspectos relevantes identificados nos projetos de pesquisa das especializadas e que podem ser considerados para a qualificação do cuidado para a população idosa de Franco da Rocha:

- 1) as potencialidades da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município que se destacaram como um elemento estratégico para os avanços no cuidado à pessoa idosa, e que tem atuado em abordagem interprofissional, intersetorial e de grupos coletivos;
- 2) Os profissionais dos serviços de saúde não identificam o Programa Academia da Saúde (PAS), implementado no município, como um ponto de atenção da rede. A implementação de uma articulação do PAS com as equipes da Atenção Básica, promovendo discussão de casos e reuniões de matriciamento, pode contribuir com a promoção da saúde e produção do cuidado para a população idosa.
- 3) o desafio de inserir socialmente um segmento populacional de egressos do hospital psiquiátrico Juquery, atualmente idosos, mantidos internados e isolados por 30 a 45 anos, o que acarretou a quebra de vínculos com as pessoas fora dos muros do manicômio.

Terceiro tempo – 2019

Em 2019, três especializadas responsáveis em dar continuidade ao trabalho, juntamente com a Câmara Técnica, decidiram priorizar a implantação da Linha de Cuidado e a revisão/aprimoramento do Caderno de Saúde do Idoso. A estratégia adotada para a implantação da Linha de Cuidado foi, primeiramente, implementar a Caderneta de Saúde do Idoso, já apresentada à UBS Parque Vitória, no ano anterior, e a submissão do Caderno para apreciação na Câmara Técnica para os profissionais da RAS. Os profissionais de saúde identificaram a necessidade de acrescentar alguns temas de modo a aprimorar o documento: a questão da violência e da saúde mental no envelhecimento. As sugestões foram acatadas e os temas foram acrescentados ao Caderno, contemplando os seguintes aspectos:

- 1) Presença da violência no cotidiano da maioria dos idosos, pois segundo Minayo¹³, os abusos e as negligências contra essa população ocorrem principalmente em seus próprios lares. Os conflitos familiares associados às dificuldades econômicas e às condições

desfavoráveis nos espaços físicos como sinais de alertas para os profissionais de saúde para possíveis ocorrências de violência contra os idosos. O abandono e a violência como determinantes do ingresso de idosos em Instituições de Longa Permanência¹⁴.

- 2) Os sofrimentos psíquicos mais comuns entre os idosos, tais como a depressão, que pode levá-los ao suicídio, e os quadros de demência¹⁵. Além disso, foram destacados alguns agravos sinalizadores de sofrimento psíquico às equipes de Atenção Básica, tais como a insônia persistente, perdas de familiares e/ou pessoas próximas, maus tratos, doença incapacitante ou severa, sintomas psicóticos, ausência de apoio social, institucionalização, antecedentes depressivos, risco ou tentativa de suicídio.

A implantação da Caderneta de Saúde do Idoso

É importante salientar que a utilização da Caderneta de saúde como ferramenta de avaliação global e acompanhamento da saúde do idoso é a primeira etapa para a implantação da Linha de Cuidado de Saúde do Idoso. Assim, com o objetivo de sensibilizar e ratificar a importância da utilização da caderneta do idoso foi desenvolvida uma atividade grupal, baseada na Educação em Saúde⁸, com os profissionais da UBS. As atividades foram desenvolvidas, com abordagem em coletivo, em duas etapas: uma delas um debate mais geral sobre o processo de envelhecimento e a outra sobre o uso e relevância da Caderneta, por meio de casos hipotéticos de usuários idosos. O trabalho foi realizado na UBS Parque Vitória, unidade que sediou todas as atividades no eixo do idoso.

Outros aspectos relevantes identificados nos projetos de pesquisa das especializadas e que devem ser considerados para a qualificação da atenção integral à saúde da população idosa de Franco da Rocha:

- 1) Idosos e Serviços de Residências Terapêuticas (SRT) para egressos de hospitais psiquiátricos – O Hospital Psiquiátrico Juquery de Franco da Rocha (instituição paradigmática, por várias décadas,

na política de assistência psiquiátrica no estado de São Paulo), que teve papel fundamental na formação e desenvolvimento da cidade, também deixou e continua desvelando cicatrizes dolorosas. Com a constatação de que os moradores dos SRT são, majoritariamente, idosos, discutimos as articulações desses Serviços com os outros pontos da RAS do idoso e a reinserção social desses idosos egressos do Hospital Psiquiátrico Juquery.

2) Problemática da institucionalização de idosos em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) como solução para os casos de violência por abandono e negligência. A rede de proteção social do município é bastante ativa e oferta uma série de atividades com o intuito de promover a convivência social da população idosa. Entretanto, para a qualificação do cuidado ao idoso, há necessidade de inserção mais efetiva da rede de proteção social do município na RAS, com a formalização de articulações entre os setores.

Possíveis avanços a partir da parceria

Podemos dizer que a velhice como objeto de cuidados específicos é bastante desafiadora num município relativamente jovem, no que diz respeito à sua estrutura populacional, que acumula uma série de problemas de natureza social e econômica. A população envelhecida com novas necessidades e demandas, que precisam ser conhecidas e respondidas, é fortemente prejudicada por antigas agendas da saúde. Também é importante frisar a importância que tem de acumular idosos em sua população, porque significa compartilhar de um triunfo que a humanidade vem comemorando. No entanto, em alguns contextos não é nada simples organizar uma rede de serviços que dê conta das novas demandas e transformar suas práticas de modo a garantir um cuidado integral, integrado e continuado a uma determinada população.

Frente a essa contextualização, podemos dizer que a parceria Instituto de Saúde-Franco da Rocha alcançou alguns avanços.

O tema do envelhecimento ou, mais especificamente, a saúde do idoso foi incluída na agenda do município para além da assistência às pessoas com hipertensão e diabetes, introduzindo-se o conceito de capacidade funcional. Deu-se início ao processo de implantação/implementação de instrumentos de avaliação funcional baseado em métodos científicos. Não foi possível avaliar o nível de engajamento dos profissionais da Unidade Básica de Saúde na adesão às mudanças no processo de trabalho e de procedimentos nos atendimentos aos idosos. Durante as visitas, em diferentes períodos, à UBS Parque Vitória, onde ocorreram as intervenções, observamos algumas mudanças, possivelmente em decorrência do trabalho desenvolvido. Houve mudança no processo de trabalho para oferecer um atendimento prioritário aos idosos na UBS e formaram-se grupos de idosos para a realização de atividade física nas dependências da unidade com o deslocamento do educador físico do Programa Academia da Saúde para a UBS.

Contudo, entende-se que as mudanças que se pretendeu imprimir são processuais e gradativas e vai depender da lente sensibilizadora do olhar para as necessidades dos idosos, que foi adicionada ao cotidiano das equipes de saúde.

Espera-se que ocorra a adesão à Linha de Cuidado do idoso por outros níveis de serviços de atenção ao idoso, na medida em que os fluxos de atendimento aos idosos entre os pontos da rede de atenção forem discutidos e validados por seus respectivos gestores.

A articulação entre os profissionais da Saúde e os da Assistência Social promovida durante a realização das atividades deve se manter e se fortalecer, o que será uma conquista fundamental para a qualificação da atenção integral à saúde do idoso.

Por fim, mas não menos fundamental, a parceria deixa o Caderno de Saúde do Idoso, que pretende contribuir nas mudanças do processo de trabalho na assistência aos idosos de Franco da Rocha. Esse material foi elaborado por seis especializadas, interessadas e profundamente comprometidas, que se debruçaram na complexa tarefa de elaboração de um material de apoio aos profissionais de saúde do município. Além disso, outro mérito do Caderno é que a sua elaboração recebeu a contribuição dos profissionais que atuam na rede de serviços que presta assistência aos idosos.

2020 – Desafios e impactos da pandemia

A partir da declaração da situação de emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, uma das medidas instituídas para o enfrentamento da Covid-19 foi a recomendação do isolamento social. Com isso houve uma adaptação das atividades práticas do Programa de Especialização como parte da assessoria ao município de Franco de Rocha.

1.1 Em respeito aos protocolos de proteção ao coronavírus e, ao mesmo tempo, com a necessidade de proporcionar a vivência prática aos especializandos, decidimos idealizar um trabalho que fosse viabilizado por meio virtual.

1.2 A partir do consenso de que os eixos desenvolvidos no município de Franco da Rocha direcionariam o olhar para as respostas da gestão municipal de saúde no enfrentamento da Covid-19, decidimos analisar esse aspecto da gestão focalizando o impacto da pandemia em dois aspectos: os efeitos da síndrome respiratória aguda grave (SRAG) na população idosa e os efeitos do isolamento social na pandemia para as situações de violência contra o idoso e de acidentes domésticos.

1.3 Nessa época, as evidências indicavam que o SARS-CoV-2 infectava pessoas de todas as idades, no entanto, os idosos e pessoas com condições médicas preexistentes apresentavam maior risco de desenvolver complicações graves da Covid-19. Essas condições impactaram duplamente a população idosa em razão da associação entre comorbidades e infecção pelo vírus da Covid-19¹⁶. O objetivo foi verificar a existência de uma atenção especial a idosos como grupos vulneráveis, pois estudos indicavam que apenas a orientação de isolamento social não seria uma estratégia suficientemente eficaz para os idosos, devido às suas características de saúde, socioeconômicas e das formas de relações sociais e de composição domiciliar¹⁷.

A análise dos dados secundários (no período de 26 de fevereiro a 31 de dezembro de 2020) confirmou que não somente há uma maior letalidade da SRAG por Covid-19 na população idosa do município e da região, como também que a vulnerabilidade é muito maior no grupo de 80 anos

e mais. Esses achados corroboraram a tendência tanto em nível nacional quanto internacional¹⁸. As análises para os recortes de sexo e raça/cor denunciaram as dinâmicas de vulnerabilização de grupos específicos dentro da população idosa, uma vez que maiores taxas de letalidade de SRAG e, em especial, de SRAG por Covid-19 são encontradas em idosos do sexo masculino e em idosos negros.

Como hipótese explicativa sobre as altas taxas que acometeram a população idosa, em que pesem os fatores de risco intrínsecos a esse segmento etário e da ausência ou incipiência de estratégias focalizadas para a proteção dessa população, podemos deduzir que a população idosa pode ter sido menos sensível, por motivos justificados ou não, às recomendações de isolamento social e de quarentena domiciliar, expondo-se mais à Covid-19. A literatura¹⁷ corrobora tal afirmação, de modo que estudos indicam que o isolamento como medida exclusiva para a população idosa não pareceu ser uma estratégia eficaz para a proteção desse grupo.

Acidentes e situações de violência contra o idoso na pandemia e as respostas da Gestão Municipal de Saúde

O isolamento social imposto pela pandemia da Covid-19 trouxe à tona alguns indicadores preocupantes acerca da violência, tendo também o idoso como uma das vítimas. No início de março de 2020, o disque 100 registrava três mil denúncias de casos de violência contra a pessoa idosa no Brasil e já em maio esse número passava para 17 mil casos denunciados, de acordo com a Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa¹⁹.

Sem dúvida, o isolamento social como medida de prevenção do novo coronavírus impôs uma grande tensão nos domicílios, não só devido ao intenso e inevitável convívio familiar, mas também pelos prejuízos econômicos gerados pela suspensão das atividades presenciais. Imagina-se o agravamento dessa situação para as famílias numerosas convivendo no mesmo ambiente em moradias inadequadas em tamanho e em infraestrutura²⁰. O que chama mais a atenção é que na maioria dos casos o

autor da violência é uma pessoa do convívio familiar e não são denunciadas pelo medo da retaliação¹⁹. Esses dados reforçaram a importância de identificar e incluir o tema para a discussão no âmbito do município de Franco da Rocha e refletir sobre as estratégias para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa.

Comparando-se os dados de janeiro a agosto de 2019 e nos mesmos meses de 2020, de acordo com o Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), observamos que, contrariando as informações do disque denúncia, houve uma diminuição de cerca de 45% nas denúncias em 2020, o que foi notável para todos os profissionais entrevistados. Entretanto, a literatura²¹ corrobora os resultados observados em Franco da Rocha, onde 67% dos casos ocorreram na própria residência do idoso e sete das nove ocorrências foram praticadas por pessoas do convívio social próximo à vítima. Assim, o setor da saúde se faz importante no enfrentamento da violência familiar. Entretanto, os profissionais que trabalham nessa área tendem a subestimar a importância desse fenômeno, tendo sua atenção voltada apenas às lesões físicas, raramente se empenhando em prevenir ou identificar a origem das injúrias²².

Observamos também que há um despreparo dos profissionais de saúde em lidar com as vítimas que recorrem aos serviços devido ao desconhecimento de como agir frente a esses casos, o que é coerente com a literatura²². De acordo com o Núcleo da Violência, recentemente criado no município, durante a pandemia houve monitorização de casos já cadastrados via telefone, entretanto, não houve nenhuma ação mais direta de prevenção ou rastreamento de possíveis casos de violência. Existe, ainda, uma resistência por parte dos profissionais, provavelmente, como mencionado anteriormente, por não se sentirem preparados para lidar com situações que envolvem violência.

No tocante às quedas de idosos, o sistema de internação hospitalar de Franco da Rocha apontou um aumento de 16% no número de internações por quedas de idosos em 2020 em relação ao ano anterior, notadamente entre as mulheres (61% dos casos).

Nesses casos, além dos custos diretos, pode significar para a família ônus para a economia doméstica, devido à perda de produtividade dos cuidadores desses idosos²³.

Contudo, a maioria da população idosa não se reconhece como um grupo vulnerável a quedas, assim como não reconhece os riscos domésticos que contribuem para sua ocorrência. Nesse sentido, é fundamental a contribuição dos serviços de saúde na divulgação de informações sobre os fatores de risco para a prevenção das quedas na população idosa²⁴.

A título de conclusão, podemos afirmar que são enormes os desafios de uma política de saúde de atenção integral às pessoas idosas, que busque eliminar a discriminação por idade e que reconheça a diversidade existente entre essas pessoas. O período da pandemia do novo coronavírus revelou e potencializou, por um lado, as vulnerabilidades específicas da pessoa idosa e, por outro, as lacunas existentes na qualificação do cuidado que incluía as condições crônicas, mas que vá além do cuidado delas.

No momento atual, em que o distanciamento social ainda continua como estratégia prioritária para o controle das SRAG-Covid-19, a estruturação e fortalecimento dos serviços da Atenção Básica à Saúde (ABS), por sua abrangência territorial, são de extrema importância, não só para a população idosa, mas para outros grupos vulneráveis que vão emergindo à medida que evolui a pandemia. Nesse sentido, faz-se necessário repensar o processo de trabalho dos profissionais da ABS com base em uma articulação intensa e efetiva com a Vigilância Epidemiológica, cujas informações podem ser uma importante ferramenta de monitoramento da saúde das pessoas do território.

Referências

1. Fundação Seade. Perfil dos Municípios Paulistas: 2020 [internet]. São Paulo. [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em <https://painel.seade.gov.br/populacao-2020/>
2. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria Nº 2.528 DE 19 de outubro de 2006a [internet]. [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática – DAET. Coordenação Saúde da Pessoa Idosa. Diretrizes para o Cuidado das pessoas idosas no Sus: Proposta de Modelo de Atenção Integral. In: XXX Congresso Nacional De Secretarias Municipais de Saúde. COSAPI: Brasília (DF); 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf
4. Ministério da Saúde (BR). Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Caderno de Atenção Básica nº19 [internet]. Brasília (DF); 2006. [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para a atenção integral à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde-SUS [internet]. – Brasília (DF); 2018. [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf
6. Brasil. Lei nº 8.842, 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. 5 jan 1994.
7. Brasil. Lei nº 10.741, de 1. outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. 3 out 2003.
8. Falkenberg MB, Mendes TL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciênc. saúde coletiva [internet]. 2014 [acesso em 10 mar 2021];19:847-852. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kCNFQy5zkw4k6ZT9C3VntDm/?lang=pt>
9. Bastos ABBI. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. Psicólogo Informação [internet]. 2010 [acesso em 10 mar de 2021];14(14): 160-69. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092010000100010
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS [internet]. Brasília (DF); 2014. [acesso em 10 mar 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_re-des_atencao_saude_sas.pdf

11. Ramos LR. Saúde Pública e envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional. *Bol Inst Saúde* [internet]. 2009 [acesso em 10 mar de 2021];47: 42-43. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/recursos/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_n47.pdf
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caderneta de saúde da pessoa idosa*. 4. ed. [internet]. 2017 [acesso em 10 mar de 2021]. Disponível em <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/CADERNETA-PESSOA-IDOSA-2017-Capa-miolo.pdf>
13. Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19:783-791.
14. Lopes VM, Scofield AMTS, Alcântara RKL, Fernandes BKC, Leite SFP, Borges CL. O que levou os idosos à institucionalização? *Rev enferm UFPE* [internet] 2018 [acesso em 20 fev 2021]; 12(9): 2428-35. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a234624p2428-2435-2018>
15. WHO - World Health Organization. *Promoting Mental Health* [internet]. Geneva: World Health Organization; 2004. Disponível em https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
16. OPAS - Organização Panamericana de Saúde. *Folha Informativa sobre Covid-19* [internet]. 2020 [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>
17. Borges GM, Crespo CD. Aspectos demográficos e socioeconômicos dos adultos brasileiros e a Covid-19: uma análise dos grupos de risco a partir da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2020 [acesso em 20 fev 2021];36(10):e00141020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YKRHjz3cSF5sphHX3WVzJRm/?format=pdf&lang=pt>. doi:10.1590/0102-311X00141020
18. Barbosa IR, Galvão MHR, Souza TA, Gomes SM, Medeiros AA, Lima KCL. Incidência e mortalidade por Covid-19 na população idosa brasileira e sua relação com indicadores contextuais: um estudo ecológico. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* [internet]. 2020 [acesso em 20 fev 2021];23(1):e200171. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/84SR89v94tDTH3tdppdDjtj/?lang=pt&format=pdf> doi.org/10.1590/1981-22562020023.200171

19. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (BR). Violência contra a pessoa idosa: vamos falar sobre isso? Perguntas mais frequentes sobre direitos das pessoas idosas [internet]. Brasília (DF); 2020. [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/junho/cartilhacombateviolenciapessoaidosa.pdf>
20. Moraes CL, Marques ES, Ribeiro AP, Souza ER. Violência contra idosos durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: contribuições para seu enfrentamento. *Ciênc. Saúde Coletiva* [internet] 2020 [acesso em 20 fev 2021]; 25(2):4177-4184. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/xwYtcGKkhm3wvMT5hK4kqPL/?format=pdf&lang=pt>
21. Santos ACPO, Silva CA, Carvalho LS, Menezes MR. A construção da violência contra idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [internet]. 2007 [acesso em 10 mar 2021]; 10(1):115-128. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/9z3BgfHGDcNpcGnN5WR3Cvg/?format=pdf&lang=pt>
22. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev. Saúde Pública* [internet] 2007 [acesso em 10 mar 2021]; 41(3):472-7. Disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/268289793.pdf>
23. OMS - Organização Mundial Da Saúde Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice. Secretaria de Estado da Saúde: São Paulo; 2010.
24. Chehuen Neto JA, Braga NAC, Brum IV et al. Percepção sobre queda e exposição de idosos a fatores de risco domiciliares. *Ciênc Saúde Coletiva* [internet]. 2018 [acesso em 10 mar 2021]; 23(4):1097-1104. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n4/1097-1104>

Saúde Mental: trajetória do trabalho desenvolvido no município de Franco da Rocha e considerações sobre o impacto da pandemia

Lígia Rivero Pupo^I

Apresentação

Desde o final da década de 1970, em paralelo ao movimento sanitário, que propôs enxergar a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira mobilizou profissionais de saúde, usuários e ex-usuários dos serviços psiquiátricos, familiares e gestores públicos, em torno da superação do modelo manicomial e asilar de cuidado em saúde mental, buscando o resgate dos direitos, necessidades e identidade social desses pacientes em sofrimento mental e a superação da violência e exclusão social a que eram submetidos.¹

Tal movimento, durante as décadas de 1970 e 1980, discutiu e estruturou coletivamente novas formas de organizar e operar o cuidado em saúde mental, saindo de um modelo biomédico, tutelar, hospitalocêntrico/ambulatorial, centrado no diagnóstico psiquiátrico, fragmentado na atenção, com exclusão social e baixa participação dos indivíduos com sofrimento mental; para um modelo descentralizado de cuidado, de base territorial e comunitária, visando integralidade, participação dos usuários, atendimento multidisciplinar e um trabalho intersetorial, longitudinal e contextualizado, com serviços organizados em rede. Tal modelo é denominado modelo psicossocial de cuidado.¹⁻⁵

^I Lígia Rivero Pupo Bento (ligia@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, mestre em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo, pesquisadora científica V do Instituto de Saúde - SES/SP.

A primeira década dos anos 2000 foi de extrema importância para a fundamentação e para a formalização jurídico-legal da Reforma Psiquiátrica Brasileira, da Política Nacional de Saúde Mental e do modelo de atenção psicossocial. A Lei nº 10.216⁶, de abril de 2001, dispôs sobre a proteção dos direitos dos indivíduos portadores de sofrimento mental, sobre a limitação à internação psiquiátrica e sobre o redirecionamento do modelo assistencial para serviços de natureza comunitária. Em fevereiro de 2002, a Portaria nº 336⁷ estabeleceu as modalidades dos serviços substitutivos de atenção ambulatorial e comunitária chamados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), definidos por ordem de porte, complexidade e abrangência populacional. Em 2003, o Programa de Volta para Casa⁸ gerou efeitos imediatos sobre a reinserção psicossocial de egressos de internações psiquiátricas, na medida em que garantia o auxílio-reabilitação psicossocial para a atenção e o acompanhamento dessas pessoas em seus territórios. Em 2004, a Portaria nº 2.197⁹ criou, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. Por fim, a Portaria nº 3.088, de 2011,¹⁰ estabeleceu as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), com vários serviços substitutivos organizados em rede.

Essa rede de serviços substitutivos se propôs a operar na perspectiva da desinstitucionalização da pessoa com sofrimento mental, deslocando o foco da doença para o sujeito – com suas experiências, contextos, necessidades e desejos –, incluindo sua família e rede social, visando principalmente o resgate de sua autonomia, de seus direitos individuais e sociais e sua reinserção social.¹⁻⁵

Entretanto, apesar dos investimentos na implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Mental, do financiamento da Rede de Atenção Psicossocial e da mudança na visão de cuidado, vários estudos e pesquisas nacionais têm apontado que ainda são muito os problemas e dificuldades que precisam ser enfrentados para a efetiva implantação e incorporação do modelo psicossocial nas unidades de saúde do SUS, incluindo a Atenção Básica (AB).

Na dimensão da gestão, da macropolítica do cuidado e do trabalho em rede, os principais problemas identificados têm sido: 1) o despreparo dos profissionais da Atenção Básica para reconhecimento/identificação das demandas e riscos em saúde mental, e para o manejo do sofrimento mental;^{4,11}

2) o entendimento de que a saúde mental deve ser abordada apenas por especialistas com a consequente fragmentação do cuidado e lógica de encaminhamento e desresponsabilização (o usuário de CAPS muitas vezes não é visto como pertencente também à AB);¹²⁻¹⁵ 3) a ausência de linhas de cuidado específicas para cada problema/condição de sofrimento mental;^{16,17} 4) a baixa articulação entre os serviços da rede pública de saúde;⁴⁻¹⁸ 5) a falta de leitos em hospitais gerais e despreparo do Samu, UPA e serviços de urgência-emergência para manejo de situações de sofrimento mental.¹⁹

Na dimensão da organização dos serviços e do cuidado ofertado, vários fatores também têm sido identificados como problemáticos à implantação do modelo psicossocial de cuidado. São eles: 1) a descontinuidade e fragmentação da atenção;¹⁸ 2) a baixa participação dos usuários e das famílias no planejamento e decisão sobre as ações de cuidado;¹² 3) o uso limitado e restrito dos múltiplos recursos do território, uma vez que as ações são desenvolvidas principalmente dentro da unidade;^{14,15} 3) a burocratização e enrijecimento do cuidado ofertado, com oferta de atividades repetitivas, homogêneas e genéricas e não singularizadas e individualizadas;¹⁷ 4) a medicalização da atenção em saúde mental, no sentido de que muitas experiências humanas perturbadoras e angustiantes de natureza social, conjuntural e intersubjetivas são interpretadas como de causalidade orgânica e biológica, diagnosticadas como doenças e, portanto, manejadas por meios principalmente farmacológicos;^{4,14-18} 5) a prática de repetição e troca de receitas sem reavaliação das necessidades e do sofrimento envolvido em cada situação;¹⁴⁻¹⁸ 6) a ausência de seguimento clínico e psicossocial;¹⁷ 7) a impotência dos profissionais diante da vulnerabilidade social e baixa articulação com a rede Suas;¹⁵⁻¹⁸ 8) a dificuldade de atenção às situações de crise emocional – tanto nos CAPS quanto na UPA e nos Hospitais Gerais.¹⁴

Prioridades no ano de 2015 – a medicalização da atenção à saúde mental

Como já foi indicado neste livro, no ano de 2015 foi instituído, por meio da Portaria IS nº 3, de junho de 2015, o Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde (NEv-IS), que integra a Rede para Políticas Informadas

por Evidências do Ministério da Saúde (EVIPNet). Esse núcleo permitiu ao Instituto de Saúde produzir Sínteses de Evidências Científicas para informar políticas públicas, baseadas na metodologia da Rede EVIPNet.

No mesmo ano de 2015, a gestão do município de Franco da Rocha, baseada no diagnóstico em saúde feito no ano anterior pelos alunos do então programa de Aprimoramento Profissional, decidiu ter como um dos focos de intervenção por parte desse programa, a temática da saúde mental no município. Na área de saúde mental, a gestão local identificou como principais problemas nesse momento: a prescrição excessiva de medicamentos psicotrópicos; a medicação como principal terapia de escolha para problemas de saúde mental; o fácil acesso a receitas médicas e sua liberação indiscriminada; a ausência de outros projetos terapêuticos não medicamentosos; a ausência de protocolos que orientassem a dispensação de psicotrópicos; o excesso da prática de “troca de receitas” sem reavaliação dos casos; pacientes com sofrimento mental e suas famílias muito focados na valorização do tratamento medicamentoso. Para compreender melhor a situação e identificar estratégias e opções de enfrentamento a esses problemas, os alunos desse ano construíram uma síntese de evidências para discutir propostas de abordagem desses dilemas, com os diferentes atores envolvidos nessas questões.

Vale lembrar que apesar de existirem diferentes abordagens terapêuticas para o tratamento dos transtornos mentais (TM), nos últimos 20 anos, verificou-se um aumento significativo do consumo e utilização de psicofármacos, não apenas em quantidade, mas também em duração de uso, por períodos às vezes maiores do que os informados na evidência científica.²¹ Uma abordagem racional da prescrição de psicotrópicos precisa incluir uma definição sobre para quais pacientes os psicotrópicos fornecem uma maior probabilidade de evitar hospitalização, minimizar a carga da doença, contribuir para realização das atividades da vida cotidiana e realização pessoal. Por sua vez, uma prescrição inapropriada ocorre quando o risco dos agentes prescritos supera o seu benefício, especialmente quando existem alternativas mais seguras de tratamento.²²

No município de Franco da Rocha, o problema identificado foi caracterizado como: prescrição excessiva de medicamentos psicotrópicos, principalmente de antidepressivos. Após algumas reuniões, o grupo de alunos e pesquisadores iniciou o trabalho buscando responder a estas questões:

no momento existiam prescrições exageradas e/ou inadequadas de psicofármacos no município, especialmente de antidepressivos? Se sim, quais as características dessas prescrições? O que poderia ser feito para reduzir a taxa de prescrições desnecessárias e inadequadas desses medicamentos? Com o intuito de compreender e delinear melhor esse problema, foi feito um levantamento e investigação de 3.293 receitas de psicofármacos dispensados no período de 15 de março a 15 de maio de 2015 pela farmácia central do município. Em cada receita foram levantadas as seguintes informações: qual o medicamento prescrito, sua data de retirada, a idade e sexo do paciente, a especialidade médica de quem prescreveu o medicamento, a dosagem (mg), a posologia (mg) e o tempo de prescrição (dias).

A análise dos dados mostrou que mais da metade dos medicamentos controlados do município de Franco da Rocha, dispensados pela farmácia central do município, eram antidepressivos (55,8%), seguidos de estabilizadores de humor, ansiolíticos e, por último, antipsicóticos. Observou-se, naquele momento, que o indicador de Franco da Rocha para a dispensação de antidepressivos (DDD) por mil habitantes/dia estava bem superior àquele encontrado em outros estudos no estado de São Paulo e em outros países. Assim, a síntese de evidências buscou identificar opções que pudessem contribuir para a redução de prescrições inadequadas ou desnecessárias de antidepressivos no município de Franco da Rocha – a partir de revisões sistemáticas, estudos de custo-efetividade ou documentos de política – e identificar barreiras e estratégias para sua implantação.

Tabela 1. Média de consumo de doses diárias definidas por mil habitantes/dias e por medicamento dispensado em Franco da Rocha^{23,24}

Medicamento dispensado	DDD por mil hab/dia		
	Franco da Rocha	Assis (2006)	Chile (2004)
Antidepressivos	63,16	17,0	11,7
Benzodiazepínicos	6,52	15,3	N.C.*
Estab. de humor	13,04	20,7	N.C.*
Neurolépticos	2,87	0	N.C.*

*N.C. – Não consta no estudo.

A partir disso, os alunos buscaram nas bases de dados Health Systems Evidence, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed os termos: *“prescrição”, “dispensação”, “psicotrópicos”, “medicação”, “psicoativas”, “antidepressivos”, “benzodiazepínicos”, “tranquilizantes” e “estabilizadores de humor”*, em inglês e português; e encontraram 748 resultados, que foram posteriormente examinados e selecionados em 62 artigos. Numa leitura mais cuidadosa, 24 artigos foram escolhidos para leitura completa, sendo 11 revisões sistemáticas. A qualidade das revisões sistemáticas foi avaliada pelo instrumento AMSTAR.

A síntese de evidências identificou quatro opções para a redução de prescrições inadequadas ou excessivas de antidepressivos, que se concentraram em duas grandes vertentes: a) qualificar as prescrições realizadas, tornando-as mais precisas, apropriadas e focadas nos casos realmente necessários; b) oferecer boas e efetivas alternativas terapêuticas que possam substituir ou qualificar o tratamento proposto.

As opções identificadas na literatura científica foram:

1) Ampliar a atuação de profissionais farmacêuticos e de outros membros da equipe multidisciplinar na qualificação das prescrições de antidepressivos realizadas pelos médicos;

- Essa opção inclui um conjunto de intervenções que visavam fornecer apoio técnico aos médicos, para qualificar o comportamento de prescrição, reduzindo o uso inadequado de medicamentos psicotrópicos. Essas intervenções tinham como objetivo que a prescrição de medicamentos pudesse ser conduzida com base em evidências atualizadas, possibilitando a criação de diretrizes e protocolos clínicos que levassem em consideração o uso racional de medicamentos.
- As intervenções propostas consistiram em: visitas educativas de farmacêuticos a médicos, consultorias, discussões de caso, reuniões em equipe multidisciplinar para discutir as prescrições de psicotrópicos, transferências de informações atualizadas sobre prescrições e avaliação/revisão de medicamentos prescritos.

2) Disponibilizar materiais técnicos e intervenções de natureza educativa para reduzir a prescrição inadequada ou desnecessária de antidepressivos;

- Formação continuada e acesso a protocolos de atendimento clínico para diferentes situações, com informações atualizadas a respeito de indicações, riscos e consequências do uso de psicotrópicos. Essa opção envolvia, portanto, a realização de encontros formativos e/ou capacitações nos locais de trabalho e a elaboração de protocolos e/ou diretrizes para orientar a prescrição de medicamentos psicotrópicos.

3) Realizar intervenções centradas nos pacientes para reavaliar, ajustar e readequar a prescrição dos antidepressivos;

- A participação dos pacientes, tanto na escolha do tratamento como na revisão da medicação e na decisão sobre sua retirada, mostrou-se um fator eficaz no sucesso do tratamento. A literatura científica tem mostrado que os pacientes são elementos decisivos tanto na prescrição excessiva ou desnecessária de psicotrópicos como na precisão e adequação dessas prescrições. Os pacientes têm uma importância decisiva na determinação da adequação do uso de determinada medicação (real necessidade, benefício, risco de reações adversas, potenciais interações medicamentosas, adesão, preferências, objetivos do cuidado, expectativas, mudanças nos sintomas). Assim, tanto a indicação como a retirada processual da medicação (deprescribing process) devem ser feitas de forma centrada no paciente e com a intensa participação dele.

4) Disponibilizar abordagens terapêuticas e modelos de cuidado alternativos aos psicotrópicos, que se mostrem eficientes na redução de depressão.

- Essa opção pretendeu oferecer alternativas não farmacológicas para o cuidado do sofrimento mental, por exemplo: a inserção de profissional de saúde mental no cuidado e cuidado colaborativo. Tal opção mostrou o impacto de outras propostas de ações não medicamentosas na diminuição do uso desnecessário e inadequado de antidepressivos, seus benefícios e a eficácia terapêutica.

Após a identificação e delineamento das opções, foram realizadas considerações sobre a equidade na sua implementação, possíveis dificuldades que podem surgir e estratégias para superação dessas adversidades. A *“Síntese de Evidências para Redução de Prescrições Inadequadas de Antidepressivos no município de Franco da Rocha”*²⁵ foi posteriormente

discutida em um diálogo deliberativo com representantes dos vários serviços municipais e estaduais responsáveis pela atenção à saúde mental, representantes da Secretaria Municipal de Saúde e do Instituto de Saúde. O objetivo foi discutir a possibilidade de uso dessas opções para diminuir o problema apresentado pelo município.

Prioridades no ano de 2016 – identificar lacunas e potencialidades na atenção à saúde mental, existentes no cuidado ofertado pela rede de Atenção Básica à saúde do município

Das quatro opções levantadas pela síntese de evidências, a gestão do município de Franco da Rocha considerou como ação prioritária o investimento em abordagens terapêuticas e modelos de cuidado alternativos aos psicotrópicos, principalmente aqueles que poderiam ser desenvolvidos pela Atenção Básica. Por esse motivo, com o objetivo de conhecer melhor a resposta dada até o momento pela Atenção Básica do município em relação à saúde mental, e o papel dos outros pontos de atenção da RAPS, o então Programa de Aprimoramento do Instituto de Saúde, em 2016, realizou um diagnóstico situacional das ações desenvolvidas nos serviços de Atenção Básica em relação à saúde mental, realizando visitas e entrevistas com gestores de todas as Unidades Básicas de Saúde (na época eram 10 unidades).

Para conhecer o funcionamento e o papel dos outros pontos de atenção da RAPS, foram entrevistados representantes do Instituto Acqua (responsável pela saúde das pessoas privadas de liberdade do município), da Academia de Saúde, a apoiadora de Saúde Mental que representava o NASF recém criado, a gerente do único Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Adulto) existente no momento, a gerente da Unidade de Saúde Mental e Reabilitação, assim como o psiquiatra e as psicólogas do Centro de Especialidades. Vale lembrar que o município de Franco da Rocha estava ainda no processo de implantação de sua Rede de Atenção psicossocial (RAPS). É importante considerar que o NASF ainda incipiente, contribuía na época para a discussão da demanda de Saúde Mental, e buscava atuar como referência para as UBS na organização do fluxo e encaminhamentos pertinentes em cada caso.

Em todos os serviços foi investigado: qual a lógica do cuidado em saúde mental, qual o perfil dos usuários atendidos, como eram identificadas as demandas e necessidades de saúde mental, como era realizado o acolhimento a essas demandas, qual era o fluxo de cuidado existente para manejá-las, como era o trabalho em equipe multidisciplinar, qual era o papel do NASE, que ações eram propostas em rede, como era feita a dispensa de medicamentos, qual o papel da família no cuidado, qual a relação da AB com o CAPS, expectativas e necessidades dos profissionais em relação à atenção à saúde mental.

Verificou-se que, nos casos identificados como urgência e emergência, os usuários eram encaminhados para o Centro de Atenção Integral à Saúde Mental (CAISM) e/ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Nos outros casos, em que eram identificados transtornos mentais graves/crônicos ou alguma situação de crise, eram acionados o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) ou o CAPS. No entanto, os profissionais da rede básica não tinham clareza sobre seu papel no cuidado e qual seria o equipamento mais adequado para encaminhar determinada demanda.

Após essas entrevistas e análises, os alunos realizaram uma reunião com representantes dos pontos de atenção entrevistados e com a apoiadora de saúde mental do município, para apresentar tanto as principais lacunas e problemas identificados na atenção à saúde mental como discutir sugestões para possíveis encaminhamentos. Abaixo o quadro de lacunas e sugestões apresentado:

Quadro 1. Lacunas.

Lacunas	Possíveis encaminhamentos
1. Dificuldade dos profissionais da Atenção Básica em identificar as demandas de Saúde mental.	1. Qualificar o acolhimento e o instrumento de identificação dos problemas e necessidades em saúde mental.
2. Ausência de um fluxo estabelecido para o cuidado em Saúde Mental.	2. Construção coletiva de fluxos de atenção, lógica de cuidado dentro de cada unidade e entre os serviços do município.

3. Abordagens de cuidado centradas na medicação e encaminhamentos.	3. Apropriação de abordagens terapêuticas não medicamentosas, por exemplo: grupos voltados para o cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica.
4. Prática de troca de receita.	4. Discussão da prescrição com a equipe, com farmacêuticos e com usuários. Reavaliação do caso e reflexão sobre a terapêutica utilizada (GAM).
5. Demanda dos profissionais por capacitação em Saúde Mental.	5. Educação permanente sobre Saúde Mental e matriciamento regionalizado/aumento do número de equipes de NASF.
6. Falta de integração e articulação entre os profissionais dos diferentes serviços da Saúde Mental do município.	6/7. Fórum/grupo de trabalho para debates, discussão e atualização em Saúde Mental e articulação da rede com representantes-chave dos serviços e da gestão.
7. Desconhecimento da Política Nacional de Saúde Mental e do papel e função de cada dispositivo de cuidado em Saúde Mental da RAPS.	

As discussões efetuadas nessa reunião ofereceram subsídios para a construção de uma proposta de intervenção inicial, focada principalmente na Atenção Básica, mas com a participação de profissionais do CAPS, e com a apoiadora de saúde mental (NASF). Em função desse debate, o Instituto de Saúde propôs a realização de três oficinas com esse mesmo grupo, pedindo ainda a participação de dois profissionais por UBS, além do gestor, sendo, pelo menos, um Agente Comunitário de Saúde (ACS). A temática das oficinas buscou abarcar ao máximo as lacunas que foram apresentadas acima. Os objetivos das três oficinas foram: a) propiciar uma reflexão conjunta que possibilitasse o reconhecimento de queixas e necessidades de saúde mental e a discriminação entre sofrimento mental comum e transtornos graves; b) explorar a compreensão das queixas e dos problemas; c) desenvolver um raciocínio de cuidado para a condução dos casos; d) explorar o conceito de promoção de saúde mental e sua potencialidade na unidade básica de saúde e capacitar para a análise dos tipos de ações possíveis em promoção de saúde mental e como desenvolvê-las.

Foram escolhidos os seguintes temas para as oficinas:

Oficina 1 – Educação em saúde: condução e manejo de grupos educativos – A proposta do tema de educação em saúde partiu da necessidade relatada, de maior compreensão do uso de grupos para as ações de educação em saúde na unidade e seu potencial para o manejo de casos de saúde mental. Essa oficina visou: a) proporcionar aos participantes uma vivência que possibilitasse a aprendizagem de condução e manejo de grupos educativos; b) favorecer a troca de saberes, reflexões, discussões sobre educação em saúde.

Figura 1. Oficina 1: Educação em Saúde.



Oficina 2 – Reconhecendo e planejando o cuidado de necessidades em saúde mental – A proposta do tema dessa oficina partiu: dos relatos dos profissionais sobre suas dificuldades em identificar necessidades de saúde mental e realizar adequadamente os encaminhamentos para o usuário com sofrimento mental; da dificuldade em distinguir o sofrimento mental comum/leve dos transtornos moderados e graves – e conhecer as possibilidades de intervenção em cada caso, bem como o papel e potencial de ação da rede básica. Os objetivos dessa oficina foram: a) instigar a reflexão sobre a lógica de cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica; b) propiciar o reconhecimento de queixas e necessidades em Saúde Mental; c) discriminar o sofrimento mental comum dos transtornos graves; d) explorar e compreender as demandas; e) desenvolver um raciocínio de cuidado para

a condução dos casos. Os principais documentos para a elaboração dessa oficina foram: o manual MhGap Intervention Guide da Organização Mundial de Saúde (2016)²⁶ e o Caderno de Atenção Básica nº 34 de Saúde Mental, publicado pelo Ministério da Saúde em 2013.²⁷ Para garantir uma contextualização dessas temáticas, foi solicitado às UBS que levassem casos e situações reais de sofrimento mental comum e de transtorno mental grave, indicando como identificaram e cuidaram do problema e quais recursos foram utilizados para manejá-lo.

Figura 2. Oficina 2 – Reconhecendo e planejando o cuidado de necessidades em saúde mental



Oficina 3 – Promoção da Saúde Mental²⁸ – A proposta desse tema partiu da necessidade, amplamente abordada na literatura científica, da Atenção Básica exercer seu papel de promotora da saúde mental da população sob seus cuidados, utilizando-se de recursos do território, não lidando apenas com o sofrimento mental já instalado. Nessa perspectiva, saber rastrear situações de vulnerabilidade psicossocial, identificar determinantes de riscos para saúde mental e saber como interferir neles pode favorecer a melhoria da qualidade de vida da população. Os objetivos dessa oficina foram: a) propiciar a reflexão conjunta sobre o conceito de promoção de saúde mental e sua potencialidade na Atenção Básica; b) refletir sobre temas de promoção de saúde e fatores que impactam na saúde mental; c) discutir sobre possíveis ações de promoção de saúde, com base em casos pertinentes à ação da Atenção Básica.

Figura 3. Oficina 3 – Promoção da Saúde Mental



Prioridades no ano de 2017 – Fortalecimento dos CAPS do município, enquanto rede especializada em saúde mental.

No ano de 2017, houve uma mudança na gestão municipal, e o município tinha acabado de implantar dois novos CAPS, além do CAPS adulto: um CAPS ad (álcool e drogas) e um CAPS IJ (infanto-juvenil), e um recém inaugurado Centro de Convivência (CECO. Por esse motivo, em reunião com a gestão foi solicitado ao Instituto de Saúde que ajudasse no fortalecimento dessas novas equipes, em seu papel enquanto serviço especializado de saúde mental e em seu relacionamento com o restante da rede. Com o intuito de aprofundar as possibilidades do trabalho, inicialmente o grupo de alunos do Instituto de Saúde optou por conhecer cada serviço, suas demandas e dificuldades específicas, de modo a planejar melhor o que seria ofertado em termos de atividades, discussões e reflexões. Assim, foram visitados o CAPS Adulto (o único em funcionamento há aproximadamente três anos), o CAPS ad, o CAPS ij e o CECO, todos recém inaugurados, para conhecer os serviços, conversar com os gerentes e os técnicos, a fim de compreender suas reais necessidades.

Nessas conversas, a questão da formação em saúde mental apareceu de diferentes formas, que incluíam dúvidas e dificuldades em relação: ao acolhimento, à organização do fluxo do trabalho, ao potencial dos serviços

(o que podem ou não oferecer), aos limites e possibilidades do trabalho em rede, ao atendimento à crise, às dificuldades e potencialidades da articulação intersetorial, além da solicitação pelos profissionais de maior conhecimento sobre experiências/práticas de sucesso ou inovadoras em saúde mental.

Como resultado dessas conversas e visitas, foi proposta a realização de três oficinas de discussão e reflexão no ano de 2017, a primeira introdutória à temática de CAPS e saúde mental; a segunda com foco na saúde mental infantojuvenil e o papel do CAPS ij; e a terceira sobre manejo de usuários de álcool e outras drogas, redução de danos, e o papel do CAPS ad. Em todas elas estavam presentes os gerentes dos CAPS e um técnico de cada unidade, além dos pesquisadores e alunos do Instituto de Saúde.

Oficina 1 – Oficina sobre o papel dos CAPS e o cuidado em saúde mental – Teve como objetivo discutir e refletir sobre o que é o CAPS enquanto ponto de atenção da RAPS, sobre o seu funcionamento, potencial e limites de atuação, características, como conhecer o seu público, relacionamento com o território, papel da reabilitação e reinserção psicossocial, trabalho em rede, e ferramentas para o cuidado em saúde mental.^{29,30}

Oficina 2 – Saúde mental infantojuvenil e o papel do CAPS II – Teve como objetivo discutir e refletir sobre o sofrimento mental de crianças e adolescentes; características importantes do cuidado em saúde mental a ser ofertado para crianças e adolescentes; principais problemas de sofrimento mental enfrentados por crianças e adolescentes (que sinais e sintomas são indicativos dessa condição); como a violência contra a criança e adolescente pode se manifestar, qual o papel do CAPS II no cuidado.^{31,32}

Oficina 3 – Cuidado em Álcool e Drogas e o papel do CAPS ad – Teve como objetivo discutir e refletir sobre as relações entre os sujeitos e o uso das substâncias psicoativas, reflexões sobre essas relações e escolhas, a abordagem de redução de danos e o papel do CAPS ad.³³

Essas três oficinas buscaram contribuir no fortalecimento das equipes e do papel e particularidades da assistência especializada em saúde mental em seus diferentes formatos, bem como observar semelhanças e

especificidades no trabalho dos CAPS. Nesse momento, o funcionamento, a organização das ações do serviço e o cuidado ofertado foram o centro da discussão. Não foi possível aprofundar o trabalho em rede.

Prioridades no ano de 2018 – A Rede de Atenção Psicossocial: o papel dos pontos de atenção e as ferramentas para o planejamento e organização do cuidado em Saúde Mental.

Nesse ano, os gestores municipais, baseando-se na experiência bem-sucedida do “Caderno de Saúde Reprodutiva, Atenção à Gestação, Parto e Puerpério” elaborado em conjunto com o Instituto de Saúde no ano anterior, definiram que seria importante elaborar um instrumento de alinhamento e apoio ao cuidado ofertado, tanto para a saúde da criança como para a saúde mental. A proposta seria a elaboração de um Caderno de Atenção Psicossocial.

Para isso, os alunos e pesquisadores do Instituto de Saúde levantaram manuais e documentos de diretrizes em saúde mental, tanto nacionais como internacionais, que pudessem servir de modelo, e debateram tais formatos de documentos em reuniões da câmara técnica do município, para definir as características desse caderno. Essas reuniões geraram uma proposição inicial de estrutura para esse documento:

- Capítulo I: Uma nova perspectiva na saúde mental do Brasil: o modelo psicossocial.
- Capítulo II: Uma fotografia de Franco da Rocha: situação atual e transição do modelo psiquiátrico para o modelo psicossocial.
- Capítulo III: Um olhar ampliado sobre saúde mental: principais conceitos, cenários e objetivos do cuidado na atenção psicossocial.
- Capítulo IV: A rede de atenção psicossocial: o papel de cada ponto de atenção.
- Capítulo V: A organização do cuidado em saúde mental.
- Capítulo VI: Manejo do sofrimento mental.
- Capítulo VII: A abordagem do uso abusivo de álcool e outras drogas.
- Capítulo VIII: A abordagem dos medicamentos na atenção psicossocial.

Optou-se por fazer uma busca e pesquisa na literatura e seleção de conteúdo para a escrita dos primeiros três capítulos, de natureza mais histórica e teórico-conceitual. Para os outros dois capítulos, de natureza mais técnica-operacional, o pactuado era que tanto o conteúdo quanto o texto fossem selecionados e elaborados somente após discussão e debate realizado com os profissionais da RAPS do município.

Foram selecionados, pelos pesquisadores do IS, dois capítulos para as atividades de discussão e reflexão em rede, sendo o primeiro: *“A rede de atenção psicossocial: o papel de cada ponto de atenção no cuidado em saúde mental”*, onde se visava discutir o trabalho em redes de atenção, o papel da AB no cuidado em saúde mental, o papel da atenção especializada e o papel da rede de urgência e emergência na atenção à saúde mental. O outro foi o capítulo *“A organização do cuidado em saúde mental: acolhimento, avaliação de risco e Projeto Terapêutico Singular (PTS)”*, onde se visava discutir o acolhimento das questões em saúde mental, a avaliação de risco em saúde mental, o papel dos projetos terapêuticos singulares, o apoio matricial como ferramenta para gestão compartilhada do cuidado, a organização do cuidado e o fluxo de atenção em saúde mental nos diferentes serviços de Franco da Rocha.

Para discutir o papel de cada ponto de atenção da RAPS de Franco da Rocha, foi proposto o desenvolvimento de uma grande oficina de trabalho com a participação de representantes de todos os pontos de atenção da RAPS do município: UPA, CAPS ad, CAPS IJ, CAPS adulto, UPA, Residências Terapêuticas, Ceco, gerentes de UBS, articuladora de AB, articuladora de saúde mental, diretores de assistência especializada e de Atenção Básica, profissionais do NASF e CAISM.

O objetivo foi discutir conjuntamente as características do trabalho em rede (a partir da reflexão sobre casos concretos) e discutir com cada um dos serviços representados: a finalidade de cada ponto de atenção o papel de cada serviço dentro da RAPS; os objetivos específicos dos serviços relacionados ao cuidado em saúde mental; que população deveria atender; problemas e condições de saúde pelas quais o serviço é responsável; o que deveria oferecer; com que serviços deveria se relacionar e como. Essa discussão foi fundamentada por várias portarias e alguns documentos de diretrizes existentes sobre cada um desses pontos de atenção.^{27,29-34}

Antes da realização dessa oficina, os alunos do Instituto de Saúde realizaram um dia de observação do funcionamento de cada ponto de atenção (principalmente da rede especializada), além de conversas com o gerente e profissionais, desenhando conjuntamente a lógica do fluxograma de funcionamento do serviço (desde a chegada do usuário ao serviço, recepção, critérios de inclusão, avaliação de risco, planejamento do cuidado, intervenções, atendimento domiciliar, ações intersetoriais e em rede, encaminhamento, desistências ou alta). Após a oficina, foi proposto aos profissionais que revissem seu fluxograma de funcionamento e de cuidado e avaliassem se havia algo a alterar após a discussão. Os fluxogramas poderiam ser considerados adequados à clientela do serviço e estavam conseguindo responder aos problemas mais prevalentes? A forma como o serviço havia se organizado até hoje contribuía para uma resposta efetiva para cada tipo de problema em saúde mental? Todo esse material desenvolvido para a oficina foi posteriormente utilizado na elaboração do capítulo relacionado a essa temática.

Após essa oficina, com o objetivo de também alinhar o conteúdo teórico-técnico operacional do capítulo *“A organização do cuidado em saúde mental”*, foi proposta uma segunda oficina, dessa vez com todos os profissionais de toda a rede especializada em saúde mental: CAPS adulto, CAPS ad, CAPS IJ e CECO. A finalidade dessa segunda oficina foi discutir com esses profissionais as principais ferramentas de organização do cuidado propostas pelo Ministério da Saúde para a estruturação dos serviços da RAPS: acolhimento, avaliação de risco, e Projeto Terapêutico Singular (PTS).^{35,36} Nessa oficina, para cada uma dessas ferramentas de cuidado, discutiu-se: o que é (acolhimento, avaliação de risco e PTS), quais seus objetivos, quando realizar/utilizar, como aplicar essa ferramenta no serviço, seus resultados esperados, quem deve realizar. Da mesma forma, o material produzido para a discussão nessa oficina foi utilizado para escrita do capítulo referente a essa temática.

Prioridades no ano de 2019 – Apoio matricial em saúde mental: suas potencialidades e dificuldades.

Nesse ano, a gestão municipal considerou como prioridade a temática do apoio matricial em saúde mental, uma vez que as equipes de Atenção

Básica e especializada não estavam conseguindo desenvolver essa atividade, considerada fundamental tanto para a resolutividade de casos de sofrimento mental no território como para a formação continuada e fortalecimento das equipes da Atenção Básica no manejo de problemas de saúde mental. A gestão considerava que o matriciamento não estava acontecendo de forma sistemática, e sim pontual e desorganizada, e que as equipes tinham diferentes visões sobre essa atividade. Além disso, também foi relatada uma falta de clareza sobre a potência e uso dessa ferramenta para qualificar o trabalho em rede no território.

O matriciamento, ou apoio matricial, é uma ferramenta de gestão do trabalho, que envolve o compartilhamento de saberes entre duas ou mais equipes, normalmente entre uma especializada e uma de referência. Essa prática visa articular os serviços de saúde em busca da ampliação do olhar dos profissionais acerca de determinados temas e situações recorrentes no território em que atuam. Além disso, ao promover essa ampliação do olhar dos trabalhadores, o matriciamento assegura um cuidado integral, territorial e aumenta a resolubilidade do cuidado.^{37,38,39}

Há, nesse modelo de atenção, uma corresponsabilização pelos casos de todos os níveis de saúde. Para isso, é necessário garantir o matriciamento também como espaço institucional para troca de saberes entre os profissionais e construção de vínculos entre eles, que passam a poder contar uns com os outros diante de alguma dificuldade relacionada ao caso.⁴⁰ Essa vinculação entre profissionais, além de propiciar um ambiente de trabalho mais saudável e humanizado, assegura ainda um rompimento com a lógica de encaminhamentos e de desresponsabilização por parte dos serviços. Trabalhadores articulados entre si garantem, também, um maior vínculo com os usuários, com os serviços de saúde e com a sua própria rede de cuidado.

Para lidar com a demanda municipal em relação ao matriciamento, foi proposta a execução de três oficinas de trabalho com os diferentes atores municipais responsáveis pela realização da atividade de matriciamento no município: gerentes e representantes de todas as UBS, representantes da equipe do NASE, gerente do CAPS adulto, gerente do CAPSad, gerente do CAPS II, gerente do CECO, articulador de Atenção Básica e articulador de saúde mental. Essas oficinas visavam alinhar a compreensão conceitual e operacional da estratégia de apoio matricial; identificar problemas e difi-

culdades em sua execução no município; analisar os problemas identificados e levantar propostas para superação dessas dificuldades.

A primeira oficina teve como objetivo construir um breve alinhamento conceitual sobre o tema e iniciar um processo de reflexão sobre como cada um dos serviços se posicionava naquele momento acerca do matriciamento, como fazia uso do potencial dessa estratégia, desalinhamentos em relação à estratégia de apoio matricial, o que consideravam importante mudar e quais obstáculos existiam para tais mudanças. A partir dessa oficina, levantou-se uma série de problemas e dificuldades para a execução do apoio matricial entre os serviços da RAPS do município.

A segunda oficina teve a finalidade de fortalecer o significado e sentido do matriciamento enquanto ação em rede, e refletir sobre o papel e a contribuição de cada uma das equipes na construção dessa estratégia. A partir de casos e situações concretas, foram discutidos: qual o papel do NASF, das equipes de Atenção Básica, dos CAPS e da urgência-emergência nessas ocorrências, e como a estratégia de matriciamento poderia funcionar com a participação dessas equipes. O intuito foi visualizar e experimentar a prática do matriciamento entre as equipes, a partir de situações concretas.

A terceira e última oficina retomou os problemas e dificuldades para a prática do matriciamento no município, e usando ferramentas do Planejamento Estratégico Situacional (PES), objetivou descrever, analisar e propor formas de manejo e enfrentamento de cada um dos problemas, considerados mais importantes para a qualificação do apoio matricial em Franco da Rocha. Analisou-se para cada problema: suas causas, seus impactos, os atores responsáveis, possibilidades, vontade de intervir no problema e construção de uma matriz de ações possíveis, com responsáveis e datas viáveis.

Prioridades no ano de 2020 – A pandemia de Covid-19 e as necessidades e respostas da Rede de Atenção Psicossocial nesse período.

Esse ano se caracterizou pela disseminação do novo coronavírus (SARS-CoV-2), que por conta de sua alta transmissibilidade, gerou vários efeitos nocivos na saúde coletiva, implicações sociais e econômicas para

os envolvidos, além de um intenso impacto na saúde mental da população em geral e, especificamente, na saúde mental dos profissionais de saúde. A pandemia gerou uma importante pressão para o rastreamento, monitoramento e cuidado do sofrimento mental, bem como uma necessidade de reorganização das ações para responder às demandas emergentes. Tais encargos também ocasionaram um impacto emocional e físico nos próprios profissionais de saúde do SUS, que enfrentaram continuamente as situações de sofrimento, adoecimento e perdas na população. Por esses motivos, o Instituto de Saúde, em parceria com a Secretaria Municipal de Franco da Rocha, definiu um projeto para avaliar o impacto da Covid-19 no município e as respostas desenvolvidas localmente.

Com relação à saúde mental, pesquisas e estudos no mundo todo estavam indicando que os profissionais de saúde em geral estavam experimentando momentos de tensão, excesso de trabalho, cansaço extremo, sensação de ameaça à vida, perdas econômicas, medos e ansiedade sobre o futuro, preocupações com o adoecimento e morte e angústia pelo afastamento de pessoas queridas.^{41,42,43} Outras pesquisas também indicavam o desafio de adequar as práticas cotidianas dos pontos de atenção da RAPS para o contexto da pandemia, preparando os serviços para um trabalho mais articulado, integral e em rede, de forma a diminuir os efeitos desse momento na vida das pessoas.^{44,45,46} Assim, os objetivos do eixo em saúde mental nesse ano foram: refletir sobre os desafios do trabalho em rede e as respostas ao sofrimento mental desenvolvidas pelos serviços da RAPS durante a pandemia; e refletir sobre as estratégias de apoio emocional e psicossocial desenvolvidas pelo município junto aos profissionais de saúde.

Em função do distanciamento social necessário nesse período, as atividades da especialização foram todas efetuadas a distância e foi realizado um estudo de caso de abordagem qualitativa para compreender potencialidades e dificuldades da resposta municipal à Covid-19, no âmbito da saúde mental. Inicialmente, os alunos da especialização buscaram, na literatura nacional e internacional, compreender quais as principais questões de saúde mental foram mais relevantes durante a pandemia de Covid-19, e quais as principais respostas e estratégias de cuidado foram desenvolvidas. Posteriormente, foram realizadas 12 entrevistas com profissionais atuantes no município du-

rante o enfrentamento da pandemia de Covid-19, sendo quatro profissionais da gestão, três da Atenção Básica e cinco da atenção especializada.

Percebeu-se, pelas entrevistas, que houve articulação em rede desde o início da pandemia, pois criou-se um Comitê Municipal de Enfrentamento, e a partir de grupos técnicos, houve a definição conjunta de uma resposta municipal. Alguns profissionais tiveram de ser afastados, o que causou momentaneamente certo desfalque na rede e a necessidade de sua reestruturação. Paralelamente a isso, houve o fortalecimento da rede pelo reforço das equipes nas unidades básicas de saúde por meio das contratações de novos profissionais nesse período.

Na tentativa de se evitar a possível superlotação no serviço público de urgência e emergência, houve a captação de pessoas com sinais e sintomas de Covid-19 na rede básica. Em todos os serviços de atenção, os atendimentos não pararam, mas foram criadas estratégias para a continuidade dos serviços, assim como métodos para o atendimento de demandas novas e emergenciais. A principal adequação realizada foi a retirada do trabalho em grupo dos pontos de atenção (NASF/UBS e CAPS), e a continuidade do cuidado aconteceu via WhatsApp, telefone e afins.

Observou-se o aumento de demandas espontâneas relacionadas a tentativas de suicídio com ou sem automutilação, ocasionando a organização de um “ambulatório de crise” pelo CAPS Adulto. A rede se fortaleceu na pandemia, houve uma mobilização e realização de ações em rede, como a estruturação de uma equipe na Vigilância Sanitária para o monitoramento via telefone a indivíduos positivos para Covid-19 e o atendimento domiciliar pela rede básica aos indivíduos que obtivessem complicações.

O diálogo entre os equipamentos foi essencial para o enfrentamento dessa nova situação, ao passo que devido ao afastamento dos trabalhadores da rede, alguns técnicos se colocaram à disposição para substituírem ou ajudarem nas equipes que necessitassem de recursos humanos. Foi consenso entre as trabalhadoras que o trabalho em rede foi fortalecido nesse período, houve uma maior integração entre os colegas e maior compartilhamentos de angústias pessoais e profissionais.

Durante a pandemia, o CAPS continuou sendo um serviço de porta aberta, ofertando o acolhimento e a escuta qualificada para o sofrimento mental dos indivíduos. Observou-se, entretanto, a necessidade de o

CAPS expandir o trabalho em rede para além da atenção especializada e exercer um trabalho mais em conjunto com o NASF. A pandemia fortaleceu, assim, o trabalho em rede, e aproximou a Atenção Básica da atenção especializada. Os serviços deram direcionamento a várias situações relacionadas à saúde mental, reinventando as formas de atendimento e reorganizando os equipamentos.

Com relação ao cuidado ofertado aos profissionais de saúde da rede durante a pandemia, foi amplamente referido que não houve episódio de falta de disponibilidade ou dificuldade de acesso ao uso de EPIs durante a pandemia, e a biossegurança no ambiente de trabalho sempre foi uma preocupação da gestão.

Foram identificadas ações de capacitação para o uso correto de EPIs, e ocorreram algumas reuniões e ações pontuais que abordaram questões de saúde e sofrimento mental na pandemia. As orientações ou capacitações ofertadas aos profissionais foram, em sua maioria, realizadas a distância, fator que gerou uma inequidade no acesso para alguns profissionais com maior dificuldade de conexão à internet em suas residências.

A rotina de trabalho também passou por significativas alterações, levando os profissionais a reinventarem seu trabalho (como os CAPS que passaram de atendimentos em grupo para individuais e ou atendimentos a distância). Os profissionais também precisaram se adequar a mudanças nas equipes (profissionais afastados e novas contratações) e remanejamento de funções (remanejamento de profissionais para ajudar em alguns serviços). O revezamento de equipes, assim como a troca de turnos, o atendimento em pares, os plantões alternados e os horários de descanso, vistos na literatura como importantes técnicas nas ações de prevenção ao sofrimento mental no trabalho, não foram estratégias realizadas no município. Entretanto, a gestão atuou de forma a fortalecer as equipes por meio da comunicação entre profissionais e gestores, criando uma rede de confiança e direcionamento das necessidades de saúde mental, se preocupando não apenas com assuntos técnicos, mas também com questões psicossociais e humanas.

As principais dificuldades relatadas pelos profissionais nesse primeiro ano de pandemia foram: a dificuldade dos usuários em respeitarem as medidas de segurança dentro das unidades, a falta do período de férias, a elevada carga de trabalho, dificuldades com o adoecimento e morte de colegas e fa-

miliares e o pouco contato com a família. Essas dificuldades geraram sentimento de incapacidade, luto, esgotamento, angústia, desânimo, estresse, ansiedade e o medo de se contaminar no transporte e no ambiente de trabalho e de contaminar familiares e amigos pertencentes aos grupos de risco.

Para enfrentamento desses sintomas de adoecimento psíquico, a gestão ofertou também algumas ações de grupo (grupos de apoio, espaços de conversa, relaxamento em grupo, ginástica laboral), como também apoio psicológico e intervenção psiquiátrica feitos tanto presencialmente como a distância, por teleatendimento, videochamada e grupos de conversa no WhatsApp. Essas ações foram importantes para responder às demandas de sofrimento emocional, entretanto, notou-se a carência de um planejamento mais macro, com ações mais estruturadas, de rastreamento de adoecimento psíquico entre os profissionais de todos os serviços e ações longitudinais de cuidado, que abrangessem toda a rede de forma continuada.

Durante as ações desse ano, foi possível perceber que o município de Franco da Rocha se mobilizou para enfrentar e lidar com os novos desafios apresentados em relação à saúde mental durante a pandemia de Covid-19. A rede de saúde mental se organizou para não interromper totalmente os atendimentos da RAPS e continuou a atuar com porta aberta ao sofrimento mental, mudando suas abordagens de cuidado para adequar-se a esse momento. A pandemia potencializou a criatividade e a união dos profissionais da rede do SUS e, de certa forma, impôs a necessidade de maior troca entre os diversos pontos de atenção.

Lições aprendidas

Em todos esses anos de trabalho com o município de Franco da Rocha, no eixo de saúde mental, foi possível acompanhar o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a reflexão crítica sobre as ações de cuidado ofertadas, bem como sobre os fluxos e formas de organização do trabalho. O trabalho foi bem abrangente, contemplando diferentes níveis de atenção e serviços da RAPS, múltiplas temáticas e, portanto, não pôde ser suficientemente aprofundado para cada um dos assuntos abordados, mas foi possível visualizar o crescimento das equipes e a qualificação delas.

Muitas lacunas e problemas foram levantados e identificados, mas não necessariamente resolvidos e abordados de forma sistemática e satisfatória. Mesmo assim, a consciência sobre essas questões foi ampliada.

A gestão de Franco da Rocha sempre se manteve interessada, aberta e disposta a qualificar suas ações e seus serviços, e os profissionais que participaram das ações de reflexão, formação e discussão durante todos esses anos sempre se mostraram muito comprometidos com a qualificação da atenção psicossocial em saúde mental. Por isso, essa experiência foi muito gratificante para todos os pesquisadores envolvidos em cada ano, assim como para os alunos do aprimoramento e, posteriormente, da especialização.

Para os alunos, foi ainda uma experiência de aprendizado sobre o funcionamento de uma gestão municipal, compreensão dos tempos necessários para mudanças dentro de uma gestão pública, entendimento sobre os obstáculos e dificuldades na implementação de estratégias de cuidado, compreensão sobre o funcionamento concreto dos serviços, bem como oportunidade de reflexão sobre a complexidade das ações em rede.

Referências

1. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-168.
2. Gama CAP, Onocko Campos R. Saúde Mental na Atenção Básica – Uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). *Cad Brasil Saúde Mental*. 2009; 1(2):112-131.
3. Souza AC, Rivera FJU. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. *Rev Tempus Actas Saúde Colet*. 2010; 4(1):121-132.
4. Moline J, Lopes SMB. Saúde Mental na Atenção Básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. *Saúde Soc*. 2013; 22(4):1072-1083.
5. Angelini CR, Caccia-Bava MCG. A gente sente que precisa e pode...: os desafios para a inclusão da saúde mental na Atenção Básica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015; 10(36):1-9.

6. Brasil. Lei nº 10.216, de 06 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 [internet]. Diário Oficial da União. 9 abr 2001. [acesso em 20 set 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece sobre modalidade as diferentes modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) [internet]. Diário Oficial da União. 19 Fev 2002. [acesso em 20 set 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.
8. Brasil. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da União. 1 Ago 2003. [acesso em 2020 set 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União. 2004 out 14 [acesso em 2020 set 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html#:~:text=Redefine%20e%20amplia%20a%20aten%C3%A7%C3%A3o,SUS%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Diário Oficial da União. 30 dez 2011. [acesso em 2020 set 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
11. Gerbaldo TZ, Arruda AT, Horta BL, Garnelo Luiza. Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica à saúde do Brasil. Trab Educ Saúde. 2018; 16(3):1.079-1.094.

12. Gryscek G, Pinto AAM. Saúde Mental: como as equipes de saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? *Cien Saude Colet*. 2015; 20(10):3255-3262.
13. Gerbaldo TZ, Arruda AT, Horta BL, Garnelo L. Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica à saúde do Brasil. *Trab Educ Saúde*. 2018; 16 (3):1079-1094.
14. Moreira MIB, Onocko-Campos RT. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. *Saúde Soc*. 2017; 26(2):462-474.
15. Campos DB, Bezerra IC, Jorge MSB. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. *Trab Educ Saúde* [internet]. 2020[acesso em 20 jan 2020]; 18(1): e0023167. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/mrtmx4tPcKJf8QzSKgsq7Vy/?format=pdf&lang=pt>
16. Gerbaldo TZ, Arruda AT, Horta BL, Garnelo L. Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica à saúde do Brasil. *Trab Educ.Saúde*. 2018; 16(3):1079-1094.
17. Paulon S, Protazio M, Tschiedel R. Eu sei o que é saúde mental!: Pesquisar e Cuidar como Fios da Mesma Trama. *Rev Polis e Psique*. 2018; 8(1):6-32.
18. Aosani TR, Nunes KG. A saúde mental na Atenção Básica: a percepção dos profissionais de saúde. *Rev Psicol Saúde*. 2013; 5(2):71-80.
19. Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na Atenção Básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Cien Saude Colet*. 2009; 14(2):477-486.
20. Portaria IS nº 3, de junho de 2015
21. Hull SA, Aquino P, Cotter S. Explaining variation in antidepressant prescribing rates in east London: a cross sectional study. *Family Practice*. 2005;22(1):37-42.
22. OMS - Organização Mundial de Saúde. Guia para a Boa Prescrição Medica. Bucweitz C, tradutor. Porto Alegre: Editora Artmed; 1998.
23. Lamb IGM. A prescrição de psicofármacos em uma Região de Saúde do estado de São Paulo: análise e reflexão sobre uma prática [dissertação] [internet]. Assis: Universidade Estadual Paulista. Fa-

- culdade de Ciências e Letras de Assis; 2008 [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/97588>. Acessado em: 18 fev 2016.
24. Jirón M, Machado M, Ruiz I. Consumo de antidepressivos en Chile entre 1992 y 2004. *Rev Med Chile* [internet]. 2008 [acesso em 20 fev 2021];136(9):1147-1154. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v136n9/art09.pdf>. Acessado em: 18 fev 2016.
 25. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: Estratégias para a redução de prescrições inadequadas de antidepressivos no município de Franco da Rocha [internet]. Brasília(DF); 2019 [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_saude_antidepressivos.pdf
 26. OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de Atenção Básica à saúde. Brasília (DF): OPAS; 2018.
 27. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Brasília (DF); 2013. (Cadernos de Atenção Básica; 34).
 28. WHO – World Health Organization. Promoting mental health : concepts, emerging evidence, practice : summary repor. A report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (Vi-cHealth) and the University of Melbourne. Geneva: WHO; 2004
 29. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF); 2004.
 30. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica*, 2006; 22(5):1053-1062.
 31. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional do Ministério Público. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS : tecendo redes para garantir direitos. Brasília (DF); 2014.

32. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. 2. ed. Brasília (DF); 2005.
33. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília (DF); 2003
34. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília (DF);2004.
35. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília (DF); 2011.
36. Vasconcelos MGF, Jorge MSB, Catrib AMF, et al. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. Interface (Botucatu). 2016; 20 (57):313-23.
37. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saude Publica. 2007; 23 (2):399-407.
38. Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa LFA, Vasconcelos MGF. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. Cien Saude Colet 2013;18 (7): 2157-2166.
39. Ministério da Saúde (BR). Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Chiaverini DH, organizadora. Brasília (DF);2011.
40. Machado DKS, Camatta MW. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde. Cad Saude Colet. 2013; 21(2): 224-232.
41. Melo BD, Pereira DR, Serpeloni F, Kabad JF, Souza MS, Rabelo IVM, et al. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid-19: recomendações para gestores. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
42. IASC – Inter-Agency Standing Committe. Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de Covid-19. 2020

43. Weintraub ACAM, Silva ACLG, Melo BD, Lima CC, Barbosa C, Pereira DR, et al. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid-19: orientações aos trabalhadores dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz;2020.
44. Gazignato ECS, Silva CRC. Saúde mental na Atenção Básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. Saúde debate. 2014; 38(101):296-304.
45. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília (DF): OPAS; 2011.
46. Franco CM, Franco TB. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. 2012.

O olhar da gestão municipal

Lorena Rodrigues de Oliveira^I

Conforme o relato do capítulo 3 deste livro, a atuação do Instituto de Saúde (IS) no município de Franco da Rocha teve como base as necessidades de saúde do território, identificadas por meio da escuta dos gestores e trabalhadores, bem como por diagnósticos de saúde e pesquisas. Todo processo foi uma construção coletiva entre o município e o Instituto de Saúde, o que aproximou as áreas de pesquisa, ensino e gestão, promovendo um intercâmbio de conhecimento. Pode-se afirmar, portanto, que a parceria proporcionou a articulação da prática do conhecimento científico do ensino e da pesquisa com as necessidades do município. Dessa maneira, os pesquisadores e os alunos da especialização puderam conhecer, interagir e promover ações que contribuíssem para a melhoria da realidade da atenção à saúde de Franco da Rocha.

Para conhecermos a visão da gestão municipal de Franco da Rocha sobre os sete anos desta parceria, entrevistamos a secretária de saúde Lorena Rodrigues de Oliveira. Este capítulo tem por objetivo apresentar o resultado dessa entrevista.

Sou a Lorena. A minha formação inicial não é na área da saúde, mas, sim, na área de educação. Sou formada em história, licenciada em pedagogia e fiz mestrado em educação. Pelas circunstâncias de gestão e da militância, eu vim trabalhar na saúde, a princípio como secretária adjunta. A minha experiência anterior foi em formação de professores com oficina pedagógica. Aqui em Franco da Rocha, que é a cidade que eu moro, eu fui diretora de gestão e, depois, secretária adjunta de saúde no ano de 2013, onde tive o primeiro contato com a gestão em saúde. Assumi

^I Lorena Rodrigues de Oliveira (lorena.oliveira@francodarocha.sp.gov.br), historiadora, pedagoga e especialista em Direito Sanitário, mestre em educação, vice-prefeita de Franco da Rocha/Secretária de Saúde.

a Secretaria Municipal da Saúde de Franco da Rocha no ano de 2014. Então fui secretária de 2014 até 2020, quando tive meu segundo filho e me afastei. Sou mãe do Inácio e da Maria Antônia. Afastei-me novamente quando participei do processo eleitoral como candidata a vice-prefeita. Agora eu sou vice-prefeita da cidade e retornei também à Secretaria da Saúde.

Também participei ativamente do Conselho dos Secretários Municipais. Fui diretora do Conselho Fiscal, Conselho de Representantes Regionais, da diretoria do COSEMS-SP (Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde de São Paulo). Foi sempre aqui no município, mas uma trajetória bem longa.

O tempo da parceria com o Instituto de Saúde conciliou quase o meu tempo como secretária de saúde.

Foi uma parceria muito produtiva, muito importante e fundamental para as ações que nós desenvolvemos ao longo desse tempo, desses anos. Nestes anos, construímos e consolidamos o sistema de saúde municipal. Organizamos as redes de cuidado, onde o Instituto teve um apoio importante técnico. Desenvolveram pesquisas em conjunto com o município para a realização do diagnóstico da rede, dos problemas, das necessidades e, então, conseguiram organizar as linhas de cuidado. Enxergo que foi uma parceria muito importante e que acrescentou muito, tanto para a equipe de gestão quanto para as equipes da assistência. A parceria envolveu desde a equipe que compunha a secretaria comigo quanto as equipes assistenciais que passaram por momentos de formação, de repensar prática, de organizar fluxo, de fazer diagnóstico.

O Instituto auxilia a gestão muitas vezes a enxergar aspectos que não estavam identificados pela equipe. Justamente porque ele transita entre os profissionais da assistência e os profissionais da gestão. Houve situações em que o instituto trouxe para a gestão posicionamentos da equipe assistencial que a gestão não estava enxergando, um olhar dos profissionais da assistência e que não estavam sendo atendidos pela equipe de gestão. Então tem um trânsito diferente, mas que se complementa. Isso auxilia a gestão nas decisões que impactam lá a ponta da assistência, além de auxiliar a assistência a entender as decisões da gestão.

O instituto tem a preocupação de fazer que os seus alunos enxerguem a realidade como ela de fato é. Porque há sempre uma distância, uma lacuna entre a formação teórica e a aplicação dela na prática. Eu

enxergo isso com os profissionais de saúde e, muitas vezes, eles nos relatam isso. É uma percepção que eu tenho dificuldade de compreensão, de processos, de fluxos, de desafios do dia a dia que não fazem sentido de acordo com a formação desses profissionais. Então o instituto teve esse olhar. Essa é uma ação fundamental para que a gente forme novos profissionais da saúde com o olhar voltado à prática, às dificuldades cotidianas, aos enfrentamentos que são necessários, à dificuldade entre aquilo que a gente acredita ser um fluxo correto e o que de fato a gente encontra na prática. Então penso que teremos – já temos – profissionais da saúde mais preparados.

Eu só vejo como positiva essa parceria, tanto que hoje estamos no processo de continuidade, de reformulação da parceria.

Uma das ações que fizemos em conjunto foi a organização da rede de cuidado voltada à saúde materno-infantil. Elaboramos o *Caderno de atenção à saúde reprodutiva, pré-natal, parto e puerpério*. É um caderno de orientação, de organização dos atendimentos e foi construído em parceria com os técnicos e pesquisadores do Instituto, a equipe técnica da Secretaria e a equipe assistencial. É voltado para a necessidade de organização dos fluxos, para identificar problemas e organizar a Linha de Cuidado. No ano seguinte à implantação desse caderno, já vimos muitos resultados positivos. Um deles, que a gente está comemorando uma marca aí do ano de 2020, foi a redução da mortalidade infantil. Então o caderno foi discutido em 2017, construído em 2018, implantado em 2019 e, em 2020, a gente teve uma redução muito relativa da mortalidade infantil. Em números absolutos, nós tínhamos 20, 25 óbitos infantis em 2019, e 11 óbitos infantis em 2020. Nosso diagnóstico para esse êxito foi que realmente conseguimos organizar a Linha de Cuidado. Para isso, o caderno materno-infantil, feito em parceria com o Instituto, foi um dos caminhos que nos ajudou nesta organização. A parceria nos ajudou a pensar, fazer o diagnóstico das necessidades da rede, a organizar a Linha de Cuidado e sensibilizar as equipes para esse tema, para as suas práticas, para repensar as práticas que eram desenvolvidas, organizar o fluxo, envolver as unidades, envolver todos os agentes, maternidades, unidades básicas, casa de atenção especializada, saúde da mulher. Isto é, todo mundo pensando o tema e organizando o fluxo. Isso foi fruto dessa parceria.

Há alguns pontos que ainda precisamos aprimorar. Mas não é algo do Instituto, mas da nossa organização. Temos dificuldade de conciliar o trabalho da parceria com a agenda da equipe assistencial. Então as equipes estão muito voltadas, principalmente neste momento, para o atendimento. É uma dificuldade que temos de organizar agendas, de tempo para que as equipes consigam pensar, refletir, organizar, levantar dados e, a partir disso, pensar em alternativas e caminhos aqui para a rede. Não pense que é algo que diz respeito ao IS, mas, na parceria, é um desafio para que a gente consiga garantir isso. Por exemplo, para fazer o *Caderno de atenção à saúde reprodutiva*, nós tínhamos que liberar tempo da agenda das equipes para sentar e pensar o fluxo. É um desafio, mas que não é um obstáculo. A gente vai continuar enfrentando e nos organizando para o desenvolvimento do trabalho.

Por fim, acho que só resta ressaltar a importância de toda a produção do Instituto de Saúde durante todos esses anos, construindo saúde pública, conseguindo garantir reflexão, garantir produção, garantir avanços no campo daquilo que a gente está produzindo. Principalmente nos municípios, que são quem está mais na ponta, quem está diretamente fazendo a assistência com a população, enfrentando os desafios, cada vez mais assumindo as responsabilidades, os municípios no Brasil como um todo. E a pandemia evidenciou isso, os municípios estão assumindo cada vez mais responsabilidades. A produção e a reflexão que o instituto produz são muito importantes neste processo.

O olhar da instituição

Luiza Sterman Heimann^I

O foco deste capítulo não é a minha história, mas ela tem relação com o modo como vejo este programa de formação no Instituto de Saúde. O Instituto foi criado pelo professor Walter Leser, quando Secretário de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) em 1969.

Vivia-se um contexto de busca de mudanças do modelo explicativo da saúde e da doença nas populações. Objetivava-se a crítica do modelo biologicista e de fragmentação dessa explicação, considerando a complexidade e a determinação social desse processo.

Nesse momento, o então secretário de estado da saúde promoveu uma reforma administrativa onde o Instituto teria como missão apoiar as demais estruturas da SES-SP em implantar um novo modelo de atenção. Cabe ressaltar que alterar o modelo de saúde fragmentado que historicamente estava institucionalizado na política brasileira não foi e não é uma tarefa fácil.

Ao olhar essa história, podemos afirmar que a SES-SP já tinha avançado na construção da base para essa mudança mesmo antes da institucionalização do capítulo da saúde na Constituição de 1988. Dentre muitas ações, podemos destacar: a contratação de sanitaristas para os postos de comandos da rede de serviços de saúde públicos estaduais; a transformação dos hospitais para o controle de determinadas doenças infecto-contagiosas e doenças mentais em hospitais gerais; a criação do Instituto de Saúde, entre outras.

O Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) fez parte desta história. Tendo em vista a dificuldade de romper com o modelo de atenção fragmentado, nesse período, o PAP reproduzia o modelo hegemônico,

^I Luiza Sterman Heimann (dirgeral@isaude.sp.gov.br) é médica sanitarista, mestre em Medicina Preventiva e diretora do Instituto de Saúde da SES-SP.

inclusive dentro do IS. Na década de 1990 há uma nova reforma administrativa da SES-SP e adequação das suas funções/atividades devido ao avanço da implementação do SUS no estado. Com isso abriu-se espaço para repensar o papel do Instituto de Saúde nesse novo contexto, que culminou na sua institucionalização por meio do decreto nº 55.004, de 09/11/2009. De acordo com o decreto, uma das missões do Instituto é também formar trabalhadores para o SUS, além da produção, difusão e socialização do conhecimento.

Com isso, o aprimoramento deixa de ser gerenciado por uma comissão que estava ligada à Direção do IS e passa a ser coordenado pelo Núcleo de Formação e Desenvolvimento Profissional, cujas atividades, nas diferentes modalidades de ensino, passaram a responder às necessidades do SUS. Isso significa que não basta o pesquisador querer dar um determinado curso, mas considerar à qual necessidade o curso estaria respondendo demanda, seja ela dos serviços, pelos órgãos representativos da gestão do sistema, pelos gestores ou por qualquer um dos atores envolvidos no Sistema de Saúde. Isso significa que a atividade de formação, em particular o PAP, sempre tem que estar voltada para responder às necessidades do SUS num determinado território no Estado de São Paulo, programa financiado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Desenvolvemos uma forma de pensar e fazer a formação de trabalhadores para o SUS neste programa específico, que é voltado para jovens recém-formados não médicos, com duração atualmente de um ano e uma grade curricular composta por atividades teórico-práticas.

No que concerne à parte teórica, esta foi construída tendo como base os fundamentos da Saúde Coletiva. A parte prática é executada pelo trabalho multidisciplinar em serviços/programas do SUS em municípios. Espera-se que esta proposta de formação profissional seja capaz de qualificar profissionais da saúde de maneira a atuar de forma crítica, com uma visão ampliada do processo saúde doença, sabendo realizar um diagnóstico de saúde, identificar problemas e propor soluções.

Buscando a coerência com os objetivos do programa de especialização, a proposta pedagógica adotada é baseada em três paradigmas: o saber, o saber ser e o saber fazer. Do ponto de vista institucional podemos considerar esse programa uma inovação e tem sido um desafio para os professo-

res. Para os alunos, pelas avaliações que temos realizado, o fato de ter um módulo teórico e depois outro prático mudou a vida deles. Muitos nunca tinham ouvido falar da Saúde Coletiva durante a graduação e muito menos do SUS. Quem conhecia, foi a partir de sua vivência no uso de um serviço público sem ter noção do Sistema de Saúde e sua complexidade.

Outra inovação que considero fundamental no nosso PAP é a organização da sua parte prática. Os alunos chegam e falam “eu quero atender”, querem entrar nos serviços e começar a atender doentes, essa é a expectativa. Temos que desconstruir isso, focar em identificar problemas e tentar solucioná-los no campo da prática. Não faz sentido trabalhar dentro de quatro paredes no IS, eles precisam conhecer o SUS real. Qual seria então o grande parceiro do Instituto para que os alunos pudessem conhecer e aprender no SUS real? Uma vez que o gestor estadual do SUS São Paulo gerencia basicamente os serviços de média e alta complexidade e a porta de entrada no SUS é do âmbito municipal, nós construímos uma parceria com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS-SP) que nos indica o local onde os alunos irão desenvolver o trabalho do módulo prático da sua especialização respondendo a uma necessidade do sistema local de saúde. Trabalhamos com alguns municípios nessa trajetória. Santos foi um deles, Embu das Artes foi outro município em que ficamos por alguns anos e depois fomos para Franco da Rocha, no qual estamos há sete anos.

Foram muitas as possibilidades que a parceria com o município de Franco da Rocha possibilitou ao IS. O fato de a parceria ter durado sete anos nos permitiu acompanhar grandes transformações que ocorreram na implementação do SUS no município. A elaboração do diagnóstico de saúde foi um marco tanto para o município, no sentido de elaborar seu plano municipal de saúde a ser apresentado na Conferência Municipal de Saúde, quanto para o IS que trabalhou com esse tema na formação dos alunos do aprimoramento/especialização.

Nos anos que se seguiram após a elaboração do diagnóstico foram identificados vários problemas para serem trabalhados no âmbito dessa parceria, que resultaram na sustentabilidade do programa.

À medida que a gestão municipal foi se fortalecendo e o SUS foi sendo implementado no município, as demandas exigiram novas respos-

ta do IS, desde promover a qualificação e expansão da Atenção Básica por meio de ações de formação dos trabalhadores; suporte à implantação da Estratégia de Saúde da Família; organização das redes de cuidado e avaliação de tecnologias.

Para além das demandas relacionadas à atenção, outras demandas emergiram em relação às práticas gerenciais, em especial na área de planejamento e regulação. Como exemplo, podemos citar o trabalho realizado dessa parceria na área de saúde mental, que é uma questão complexa e particular do município de Franco da Rocha.

É importante frisar que a manutenção do projeto político de governo no município nos últimos anos, inclusive na área da saúde e independentemente das mudanças dos gestores, foi um importante fator que garantiu a sustentabilidade da parceria.

A formação dos trabalhadores para o SUS, sejam eles para a prestação dos serviços assistenciais, da gestão de serviços e do sistema ou na produção do conhecimento exige, para além do saber, uma postura e valores que resultem na melhoria das condições de vida da saúde da população.

Nesses sete anos de parceria, foram muitas as lições aprendidas tanto para o IS quanto para o município. Temos muito a agradecer a toda equipe de Franco da Rocha pelo trabalho desenvolvido conjuntamente.

Experiências vividas no curso de aprimoramento/especialização na ótica dos alunos egressos

Camila Monson Tiossi^I, Larissa Ferreira de Abreu Pereira^{II}, Jessica de Lucca da Silva^{III}, Mayara Fozzatti Garcia^{IV}, César Donizetti Luquine Júnior^V, Cintia de Freitas Oliveira^{VI}, Louise Coraça Figueiredo^{VII}, Raquel de Jesus Siqueira^{VIII}, Luciana de Mendonça Freire^{IX}, Dellen Moraes^X

Introdução

Este capítulo tem como objetivo incorporar ao livro a percepção dos egressos do curso de Aprimoramento/ Especialização em Saúde Coletiva sobre sua formação, a partir de sua inserção no campo de práticas no município de Franco da Rocha de 2014 a 2020.

Conforme visto ao longo do livro, a parceria entre o município de Franco da Rocha e o Instituto de Saúde teve o seu início no ano de 2014, e contribuiu com a formação de 128 alunos e alunas do Programa de Aprimoramento/Especialização de diferentes categorias profissionais, preparando-os para atuarem no Sistema Único de Saúde.

- I Camila Monson Tiossi, (camila.tiossi@hotmail.com) é assistente social formada pela UNIFESP e especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde - SES/SP.
- II Larissa Ferreira de Abreu Pereira (larissafapereira@gmail.com) é psicóloga, especialista em Saúde Coletiva.
- III Jessica de Lucca da Silva (jessicadelucCAPSi@gmail.com) é psicóloga, especialista em Saúde Coletiva, assistente de pesquisa no Instituto de Saúde (IS) - SES/SP; Bolsista da Fiocruz Brasília.
- IV Mayara Fozzatti Garcia (mayaraf.garcia@gmail.com) é psicóloga com Aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde, especialista em Educação em Saúde na SPD-M-PAIS.
- V César Donizetti Luquine Júnior (cezar.zlj@gmail.com) é psicólogo, especialista em Saúde Coletiva e aluno de doutorado em Saúde Coletiva na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- VI Cintia de Freitas Oliveira (cintiafl5@gmail.com) é obstetriz, especialista em Saúde Coletiva, diretora técnica de Saúde I do Núcleo de Fomento e Gestão de Tecnologias de Saúde, no Centro de Tecnologia de Saúde para o SUS/SP, do Instituto de Saúde (SES-SP).
- VII Louise Coraça Figueiredo (louise_figueiredo@hotmail.com) é psicóloga, especialista em Saúde Coletiva.
- VIII Raquel de Jesus Siqueira (raquel.obstetriz@gmail.com) é obstetriz, mestre em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da USP, funcionária pública do estado de SP - Hospital do Ipiranga.
- IX Luciana de Mendonça Freire (luciana.m.freire@gmail.com) é especialista em Saúde Coletiva, gestora em Saúde Coletiva na Secretaria de Saúde do Estado do Acre.
- X Dellen Moraes (moraes_dellen@hotmail.com) é especialista em Saúde Coletiva.

Para ilustrar a vivência dos alunos no contexto dessa assessoria e seu papel na formação profissional em Saúde Coletiva, alguns egressos das turmas de 2014 a 2020 foram convidados a responder uma entrevista, por meio de questionário eletrônico. Dez pessoas dos diversos anos contribuíram.

Ainda que essa iniciativa não tenha um caráter avaliativo, mas sim ilustrativo de como essa experiência foi vivenciada por alguns egressos, destacamos aqui algumas potencialidades que essa parceria proporcionou enquanto campo de formação profissional, a partir dos relatos apresentados a seguir.

E1 - Construção coletiva do trabalho

Durante as aulas, foi possível desenvolver conhecimentos teóricos sobre a Saúde Coletiva, aprender ferramentas e participar de debates interessantes com os professores, convidados e colegas de turma, o que é fundamental. Porém, há entendimentos e reflexões que só aparecem quando temos a oportunidade de aplicar essas ferramentas no mundo real, no encontro próximo com os profissionais e moradores. Assim, aprendi a olhar e respeitar o território, encontrar e analisar os dados nos sistemas, diagnosticar os problemas e os avanços na saúde, mas também contextualizar os dados com observações feitas, experiências anteriores e com a realidade narrada por diferentes atores.

Uma experiência marcante foi visitar o hospital psiquiátrico de Franco. Estudar a luta antimanicomial e as políticas de saúde mental é tocante, mas pisar naquele lugar, ouvir as histórias e saber que há pessoas que vivem até hoje internadas, porque perderam os vínculos com a sociedade, é uma vivência que influencia e transforma a prática profissional e pessoal.

Pensando em profissão, o trabalho me mostrou que é possível aliar pesquisa, gestão e experiências locais para fortalecer as políticas públicas, mas que a experiência só é produtiva quando soluções são pensadas coletivamente, com os atores envolvidos, respeitando e valorizando o trabalho realizado anteriormente, acolhendo as dificuldades e pensando em soluções que são executáveis naquele contexto.

Acredito que o ponto forte do trabalho realizado foi a existência de um espaço de troca de experiências entre a gestão do município e as pesquisadoras do IS, e a confiança mútua que existia, uma vez que os trabalhos estavam ocorrendo desde 2014. Eu estava no grupo de saúde materna. No meu ano a demanda foi escrever um *Caderno de atenção pré-natal, parto e puerpério*, que iria orientar a construção da Linha de Cuidado materno-infantil. Para isso, a gente se reunia nas Câmaras Técnicas, onde participavam alguns gerentes, o secretário adjunto de saúde e a equipe do IS. Eu lembro que as pesquisadoras toparam escrever o Caderno, que foi feito com base nas evidências científicas, mas sugeriram visitarmos os pontos de atenção da linha, conhecer os protocolos e fluxos dos serviços para que o Caderno refletisse a realidade da prática. O pessoal do município comprou a ideia e fizeram todo o possível para a gente visitar as unidades e conversar com os profissionais. Com as visitas, percebemos que não existiam fluxos estabelecidos. Uma das nossas orientadoras deu a ideia de fazermos uma oficina para decidir com os gerentes das unidades como os fluxos e outras recomendações do Caderno seriam escritas. Meu destaque fica então para a **construção coletiva do trabalho**, por termos espaço para falar e atuar, pela confiança e por sermos vistas e ouvidas como profissionais qualificadas.

E2 - Um olhar diferente para o Sistema de Saúde

Além de uma primeira aproximação da prática profissional na gestão em saúde, o Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) contribuiu com uma introdução consistente às discussões no campo da Saúde Coletiva e com competências metodológicas introdutórias, como epidemiologia e ciências sociais em saúde. Particularmente, durante o PAP também fui apresentado às noções de tradução do conhecimento e síntese de evidências, que passaram a compor parte importante da minha atividade profissional posterior. Durante minha residência (em Saúde Coletiva), que iniciei imediatamente após o PAP, tanto minha preparação teórica quanto as possibilidades de prática com Franco da Rocha

me colocaram num lugar privilegiado de conhecimento sobre a Saúde Coletiva. Considero que participar do PAP, em parceria com Franco da Rocha, me permitiu **olhar diferentemente para o sistema de saúde** e, pelo trabalho específico que desenvolvi, para as relações de trabalho e para os debates sobre formação das equipes de saúde. Da mesma forma, a autonomia que tivemos para criar as ações com o município me orientou nesse sentido ao longo do meu percurso profissional seguinte: de buscar no trabalho uma prática dialógica entre os envolvidos e, sempre que possível, criativa. Sempre dirigido, é claro, para a defesa do SUS e da saúde da população.

Em 2016, considerei que o seguimento do trabalho do ano anterior (das sínteses para nosso trabalho de “implementação”) foi bastante adequado. Não só por manter a orientação do trabalho para a gestão como, para nós, pela oportunidade de dar continuidade a um processo. Nesse sentido, também tivemos a oportunidade de realizar diferentes ações naquele momento: planejamos, executamos e analisamos os resultados de entrevistas com profissionais e gestores municipais; utilizamos esse conteúdo para validar uma proposta de trabalho de implementação em diálogo com os gestores do município; montamos e facilitamos as oficinas de formação; avaliamos, conforme foi possível, essas oficinas a partir do ponto de vista das participantes. Considerando o tempo reduzido de prática, entendo que muito pôde ser feito, ainda que em escala “experimental”. Infelizmente, sei que a direção de trabalho do meu grupo não teve encaminhamento nos anos seguintes, mas poder conduzir todo esse trabalho e termos tido autonomia de fato para conduzir as atividades foi deveras esclarecedor.

E3 - Câmaras Técnicas: possibilidade de diálogo e alinhamento com a gestão municipal

Vejo que as contribuições agregadas à minha formação, enquanto trabalhadora, foi a possibilidade de ter uma relação mais próxima entre a teoria e a prática, conhecendo os desafios e possibilidades enfrentadas para a implantação de uma política pública.

O ponto forte de trabalho desenvolvido com o município de Franco da Rocha foram as **câmaras técnicas**. Destaco a sua importância, pois foi por meio desses encontros que tivemos a oportunidade de construir um alinhamento entre as possibilidades e limites do trabalho que viria a ser realizado nas Unidades de Saúde, que também perpassava os outros equipamentos da rede. Destaco essa experiência, porque ela nos introduziu ao território de maneira concreta, permitindo conhecê-lo para além do que nos era apresentado em sala de aula. Foi durante essas interlocuções que tivemos a possibilidade de conhecer como operava a rede de Franco da Rocha. Nesse sentido, após as pactuações feitas e as estratégias desenhadas em conformidade com os acordos estabelecidos, dávamos início a uma nova fase de trabalho, em uma das unidades de saúde da atenção primária em conjunto com os outros equipamentos da rede para a introdução de um novo instrumento com o objetivo de auxiliar no manejo da saúde da pessoa idosa. Sendo assim, penso que só foi possível fazer todo esse trajeto de forma exitosa tendo um **diálogo com o município**.

E4 - Políticas Informadas por Evidências e Tradução do Conhecimento

A experiência em Franco da Rocha possibilita ao aluno perceber como diversos aspectos que aprendemos na teoria funcionam na prática. A visão teórica, por vezes, pode ser idealizada e quando relacionamos com os relatos do cotidiano contribui para uma prática mais realista e empática com os que estão nos serviços. No caso de atuarmos em áreas de pesquisa, também contribui para que as confecções de relatórios fortaleçam as **PIE/tradução do conhecimento**, apresentando-os de forma mais atrativa para tomadores de decisões.

Acredito que um dos pontos fortes foi a transparência, ou seja, a abertura para que o município participe de todo o processo. A disponibilidade e motivação dos profissionais em participarem foi essencial para termos as informações relevantes que possibilitaram a confecção de uma devolutiva que poderá contribuir com melhorias na SMS do município.

E5 - Fundamentação para aplicar ou conduzir as políticas de saúde

A percepção que tenho sobre a prática profissional é que ela é muito enriquecedora para a vivência do aprimorando durante os estudos. Na prática profissional aprendemos como realizar um diagnóstico de saúde de um determinado local/município. Colocamos a mão na massa mesmo. Possibilitou um esclarecimento da saúde local, a que se referem alguns indicadores de saúde, bem como ter a **fundamentação para aplicar ou conduzir as políticas de saúde** que serão desenvolvidas e executadas para a localidade. Considero como ponto forte a contribuição para a política de saúde local com a formulação do diagnóstico, nos proporcionando aprendizado sobre como realizar e a troca de experiências entre os profissionais de saúde atuantes no município. Incrível perceber como o SUS é constituído com o trabalho de múltiplas pessoas e como cada uma é importante para que o sistema de fato aconteça.

E6 - O que dizem os dados epidemiológicos

Foi importante entender o que os dados epidemiológicos de uma região dizem sobre ela. O manejo com o DATASUS e com o Excel foram pontos fortes no trabalho.

E07 - Compreender o processo de construção da política pública

Na minha percepção, o trabalho desenvolvido contribuiu para a criação da noção de sistema de saúde de forma abrangente. Entendendo e participando do processo de estudo, mapeamento, planejamento e tomada de decisão. **Compreender o processo de construção da política pública** e assim entender o reflexo dos objetivos na prática.

Os pontos fortes foram a noção de planejamento, a construção de política pública, a noção de investigação e o mapeamento da epidemiologia de uma cidade.

E08 - Prática em saúde real

Acredito que a possibilidade de aproximação com a realidade do município, bem como do funcionamento das Políticas de Saúde na prática dos profissionais, gestores e demais envolvidos foi de extrema relevância para o decorrer de toda a assessoria que desenvolvemos em parceria com Franco da Rocha. O que, automaticamente, fortaleceu para que a minha formação fosse de fato inserida naquela realidade, dentro das perspectivas e vivências presentes, possibilitando exercer minha capacidade de enfrentamento ainda maior, frente aos desafios apresentados, garantindo uma possibilidade de **prática em saúde real**, passível ao inventar, reinventar e desenvolver, que só ganhou ainda mais força com toda a parceria realizada na teoria e prática, juntas.

Para mim os pontos fortes e chaves do trabalho desenvolvido com o município foram - pensando em uma ordem para que acontecessem - uma boa relação com a supervisão de eixo do grupo, possibilitando abertura favorável e positiva no campo, garantindo segurança e protagonismo com base na relação estabelecida entre as partes de trabalho e, também, nas ações perante o grupo e demais profissionais.

E09 - Preparação para atuação no âmbito municipal

O desenvolvimento do diagnóstico situacional de saúde de Franco da Rocha me permitiu compreender a importância do registro e da análise dos indicadores de saúde para o planejamento de ações de saúde no âmbito das políticas públicas municipais. Em minha prática atual utilizo esses indicadores para planejar ações de Educação Permanente em Saúde direcionadas aos profissionais do município de São Paulo. Desse modo, a experiência prática do aprimoramento do IS me **preparou para atuação no âmbito da gestão municipal**.

Os pontos fortes foram o manejo do DATASUS e as análises estatísticas sobre indicadores de saúde municipais.

E10 - Gestão em Saúde como ato de negociação e pactuação constante

O trabalho realizado no município de Franco da Rocha me trouxe uma experiência única, me fez compreender que o bom gestor atua principalmente como mediador, e que é fundamental que exerça sua função a partir de uma dimensão ética, defendendo a vida, priorizando os interesses coletivos e organizando o serviço com mais equidade e eficiência. Pude fazer contato com gestores de unidades e municipais, trocar experiências, dividir responsabilidades no atendimento daquela população, além de ouvir as demandas, colaborar e aprender com o trabalho realizado por esses gestores e suas equipes. **Percebi que a gestão em saúde é um ato de negociação e pactuação constantes**, com foco na localidade, mas observando as questões regionais e nacionais. Portanto, desenvolver esse trabalho em Franco da Rocha, enquanto aluna do curso de Aprimoramento em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde do Estado de São Paulo, contribuiu de forma significativa para meu crescimento profissional e para a função que exerço atualmente na Secretaria de Estado da Saúde do Acre, especificamente na divisão de Instrumentos da Gestão do SUS, que por meio de informações sobre a situação de saúde, estabelece e justifica as prioridades das políticas de saúde. Em suma, entendo que o gestor em saúde coletiva é uma peça fundamental para possibilitar garantir, por meio do serviço público, uma assistência de qualidade, respeitando os princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde, e que isso pode ser possível quando temos uma gestão compartilhada e responsável. O ponto forte desse trabalho foi trabalhar “in loco” para investigar as causas do problema, pois quando o problema é identificado no ambiente de trabalho, ouvindo os gestores e trabalhadores, torna-se mais fácil elaborar medidas e políticas de saúde que sejam efetivas para a tomada de decisão dos gestores, uma vez que a medida adotada pelo grupo de alunas foi trabalhar com síntese de evidências, que serve para nortear o desenvolvimento de ações e intervenções no cotidiano do trabalho.

Cabe destacar o papel central dos alunos na assessoria prestada ao município de Franco da Rocha. De fato, a principal motivação para o estabelecimento da parceria foi a possibilidade de oferecer a eles uma vivência

no SUS, a partir da interação com gestores, profissionais da linha de frente e usuários do Sistema. Porém, um dos grandes desafios do projeto político-pedagógico consiste em compatibilizar as expectativas de aprendizagem dos alunos e as prioridades apontadas pela gestão municipal. Nesse contexto, os alunos também são protagonistas e participam ativamente do processo de construção coletiva, visando encontrar soluções frente aos problemas identificados.

Isso posto, foi interessante observar, a partir dos diversos depoimentos, que por meio da parceria estabelecida com o município foi possível que os alunos integrassem os conteúdos abordados nas aulas teóricas com a realidade do Sistema Único de Saúde. Essa vivência em uma realidade concreta permitiu o conhecimento de um território, no caso o município de Franco da Rocha, a partir de diferentes perspectivas, utilizando os Sistemas de Informação em Saúde e interagindo com quem vive e compartilha esse território. Outra possibilidade desse trabalho refere-se à oportunidade de reconhecer as necessidades de saúde da população, relacionando-as às políticas públicas.

As pesquisas realizadas durante o período ajudaram na compreensão da importância das evidências científicas e da tradução do conhecimento na formulação e implementação de políticas públicas. E, dessa forma, pode-se dizer que essa experiência também possibilitou a compreensão da pesquisa como um instrumento de transformação da realidade.

Fragmentos de opiniões de profissionais de saúde sobre a parceria do Instituto de Saúde com o município de Franco da Rocha

Fabiana Sousa Ribeiro^I, Vitoria Karen Raimundo^{II}, Silvia Helena Bastos de Paula^{III}

Introdução

Este capítulo encerra o livro sobre a assessoria do Instituto de Saúde (IS) ao município de Franco da Rocha de 2014 a 2020. Apresentamos fragmentos de opiniões de profissionais de saúde, emitidas em diversos momentos e etapas do trabalho, durante o processo de assessoria.

Uma das atividades que podem compor uma parceria são as práticas de assessoria exercidas desde tempos remotos (cerca de 1500 a.C.), que desde suas origens passou pela dimensão política e pelo militarismo. Embora ainda não haja demarcação teórico-científica, ela sempre existiu na história de várias profissões. Intelectuais prestavam assessoria a outros do mesmo modo que eram assessorados, e essa função transferiu-se de geração em geração na política, na filosofia e no exército, dando características significantes ao ato de assessorar¹.

I Fabiana Sousa Ribeiro (fabi.nurse20101@gmail.com) é enfermeira, especialista em Oncologia Adulto Pediátrica, pelo Hospital do Câncer, especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de São Paulo UNIFESP. Apoiadora/enfermeira da Estratégia Saúde da Família na Prefeitura de Franco da Rocha, coordenadora da Atenção Básica de Franco da Rocha.

II Vitoria Karen Raimundo (vitoriakaren96@gmail.com) é obstetriz formada, especialista em Saúde Coletiva, obstetriz na Maternidade Gota de Leite em Araraquara.

III Silvia Helena Bastos de Paula (silviabastos@isaude.sp.gov.br) é enfermeira, educadora, pesquisadora científica V do Núcleo de Práticas de Saúde do Instituto de Saúde, SES-SP.

Tanto no passado quanto na contemporaneidade a assessoria pode atender diversas demandas da gestão (técnicas, políticas, operacionais) exequíveis em muitas áreas, como administração, ciência da informação, linguística e comunicação, filosofia, ciências humanas, sociais e tecnológicas. Os serviços de saúde atendem a necessidades complexas, variadas e não podem ser totalmente submetidas a padrões¹.

A assessoria prestada ao município, para gestores e profissionais de saúde da Atenção Primária, foi um esforço organizado entre outras questões porque eles demandam por renovação de conhecimento e educação permanente, mas ao mesmo tempo precisam desenvolver autonomia para traduzir normas gerais e protocolos para atender às necessidades de saúde de casos particulares, individuais ou coletivos, a partir da tomada de decisão sobre qual serviço prestar e como fazê-lo. Nesse campo a parceria pode ser entendida como responsabilidade compartilhada entre as partes, que dividem uma intenção comum, para a qual serão destinados esforços que podem ser de natureza política, organizacional, técnico-científica, mobilizadora e socialmente participativa².

A Saúde Coletiva vive, na realidade atual da saúde e da gestão de seus serviços, sob forte influência das mudanças políticas, econômicas e sociais. Principalmente dentro do contexto de um município que decide buscar uma assessoria para resolver seus problemas e atender às prioridades, reforçar suas redes de saúde e construir autonomia para gestores e profissionais por via de execução de novos construtos, enfoques e processos no cotidiano da gestão.

Desse modo, este capítulo apresenta um esforço de valorizar essas opiniões que podem apontar caminhos para as próximas etapas e prioridades no fortalecimento do sistema local de saúde. Descreve-se aspectos das interações da parceria e assessoria para reforço da Atenção Básica e da prática de campo na formação de especialistas em Saúde Coletiva, pelo programa do Instituto de Saúde, em Franco da Rocha. Os fragmentos de opiniões sobre nossa atuação partiram de profissionais de linha de frente de serviços, como elementos estratégicos e de visão muito específica uma vez que na maioria estão inseridos no modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF), ou são representantes de estruturas como Centro de Atenção à Saúde da Mulher, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

Profissionais de Saúde atores estratégicos para avaliação da parceria

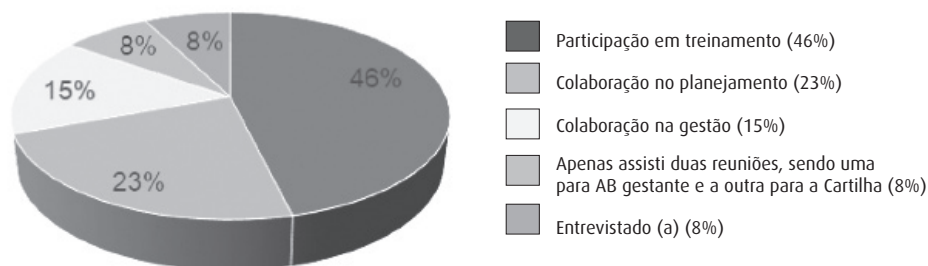
Olhar de maneira retrospectiva para um trabalho realizado é uma avaliação necessária para identificar êxitos e pontos a modificar e fortificar. A opinião de profissionais e parceiros é imprescindível para concluir um ciclo avaliativo das relações construídas na assessoria e para alcançar êxito nos propósitos e nos processos que intervêm na construção coletiva do saber e do fazer. Os fragmentos de opiniões aqui descritos foram expressos por profissionais de saúde de vários setores como gestão, apoio à Atenção Básica, assistência direta.

Para o Conselho Nacional de Saúde são quatorze as categorias denominadas de “profissional da área da saúde”. Entre os profissionais estão médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, dentistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, biomédicos e outros¹⁰. Essa classificação, quando se trata de Saúde Coletiva, pode ser contestada ao se considerar o conceito ampliado de saúde-doença, a teoria da determinação social de saúde e a necessidade humana de atenção íntegra sob enfoque biopsicossocial. Profissionais como educador físico, sociólogo, antropólogo e arte-educadores e aqueles de categorias como engenharia da computação, informática, engenharia biomédica poderiam ser admitidos, pois, em potência, teriam habilidades para exercício, por vezes ultraespecializada, mesmo ainda não suficientemente reconhecido.

Opiniões de profissionais sobre a parceria do IS para Franco da Rocha

O conjunto dos fragmentos foram opiniões sobre o período da assessoria do IS ao município e tiveram contato com várias atividades relacionadas com Tradução do Conhecimento, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde Mental, Saúde do Adolescente, Assistência ao Idoso e Assistência Farmacêutica (Gráfico 1).

Gráfico 1. Tipo de atividades que os profissionais realizaram em parceria com o Instituto de Saúde em Franco da Rocha, São Paulo, 2021.



Os profissionais destacaram em algumas dimensões nesses contatos a troca de saberes, o trabalho em equipe, a aproximação entre o saber científico e as práticas no território e promoção de processos de avaliação (Quadro.1).

Quadro 1. Síntese de fragmentos sobre opiniões de profissionais de saúde sobre a assessoria do Instituto de Saúde com a saúde do município de Franco da Rocha, 2014 -2020.

Contribuições da assessoria do IS	Fragmentos de opiniões
Troca de saberes	• Na minha visão foi uma contribuição incrível, pois juntou a expertise da academia com a vivência da prática. • [...] proporcionou o crescimento dos profissionais nos processos de trabalho através da interação com profissionais experientes e bem embasados, essa relação gerou muitos benefícios estimulando a aprendizagem. • Traz muitas ajudas e conhecimento • Foi enriquecedor • Bem produtiva e esclarecedoras

Aproximação com território	• [...] sempre levando em conta as diferenças envolvendo o território • Como os temas desenvolvidos eram selecionados diante da necessidade do município
Trabalho em equipe	• Ajudou nos trabalhos em equipe • Nossa, foi muito bom, teve uma grande união com todos da Unidade.
Trabalho técnico	• Novas ferramentas para o processo de trabalho • Foi feito uma cartilha de orientação para usuários, se não me engano, isso facilitou para o usuário o que procurar na UPA e na UBS
Avaliação	• Acho que foram momentos em que conseguimos analisar e avaliar com um olhar externo os processos de trabalho • Os trabalhos em grupos traziam muita reflexão ao cotidiano de nossas vivências

Entre os profissionais que contribuíram para a avaliação dos encontros realizados durante a assessoria, houve aqueles que se sentiram estimulados a refletir sobre o processo de trabalho individual e em equipe e, ao mencionarem o contato com assessores e alunos da especialização, fizeram referências positivas. Também expressaram aprendizados, perceberam a atitude acolhedora da equipe do IS e que os contatos envolveram muitas trocas, e ademais, elogiaram o cumprimento de todo calendário de atividades elaboradas com a gestão e com as equipes dos serviços.

As práticas educativas em saúde constituem um processo em desenvolvimento, contínuo e permanente, que devem ser realizadas por meio de políticas intersetoriais e articuladas com demais departamentos e órgãos das secretarias municipais e estaduais, para mitigar maiores lacunas de acesso. Assim, a fim de atender com eficácia às necessidades, foi proposta a elaboração de um plano operativo, com a prerrogativa de viabilizar estratégias de intervenção para os problemas elencados. O plano de ação se constituiu como ferramenta na resolutividade das demandas apresentadas pela parceria com o IS. Portanto, a implementação do plano de ação e dos protocolos, visam à formação de cidadãos mais proativos e

conscientes de suas responsabilidades na promoção e prevenção de danos e agravos à saúde.

Sobre a percepção de pontos fortes e frágeis, os profissionais preferiram não apontar pontos negativos, mas indicar o que ainda há para melhorar no processo, conforme descrito no Quadro 2.

Quadro 2. Opiniões sobre pontos forte e pontos frágeis do trabalho desenvolvido.

Pontos Fortes	Pontos frágeis ou a fortalecer
• O olhar além de nossa realidade, o trabalho em equipe, a possibilidade de novas parcerias e ferramentas para aprimorar o processo de trabalho • Troca de conhecimento • Oportunidades e tempo para análise das ações • Reflexão sobre a maneira como estava sendo desenvolvido o trabalho, apresentação de subsídios para melhoria, o despertar da necessidade para uma melhoria constante • Fazer com que toda equipe trabalhasse junto • Comunicação • Troca de conhecimento • Muito dinâmico • Juntos implantamos na unidade a Caderneta do Idoso, a qual é utilizada até no dia de hoje em nossa unidade, planos de parto, atendimento a adolescentes • A implementação do Caderno de Atenção à Saúde, a Caderneta do Idoso, o acompanhamento dos grupos de gestantes, puérperas e Hiperdia. • Eu acrescento que os facilitadores nos provocam a pensar e a repensar, em rever as nossas certezas • Me ajudou a ter outra visão • Orientar o usuário sobre os serviços do SUS. • Os temas trazidos que falavam do matriciamento.	• Melhorar a articulação e participação mais efetiva das gerências técnicas e coordenação de enfermagem com a equipe multidisciplinar do pronto atendimento • Após o levantamento dos nós críticos das situações analisadas, propor rodas de conversas para criar estratégias em busca da melhoria na gestão da saúde. • É necessário novos protocolos para melhoria da assistência • Melhorar a capacitação para realizar grupos educativos • Fortalecer a capacidade e aprimoramento para mudança das rotinas de trabalho, adequação das demandas, aprimorar a classificação de risco • Organizar uma rede mais compacta e ter mais cursos de capacitação • Melhorar os fluxos de trabalhos em rede.

Com relação à percepção de fragilidades, apenas um profissional opinou que, embora reconhecesse aspectos positivos no seu serviço, desconhecia algum efeito positivo na melhoria da rede de Atenção Básica, pois seu ponto de inserção era um pouco mais específico. Esse desconhecimento reflete que há ainda alguns transtornos em razão da sobrecarga de trabalho e na cultura institucional que interfere na comunicação e avaliação.

Quadro 3. Sugestões de melhoria e fortalecimento das intervenções na APS de Franco da Rocha, 2021.

Processos para melhoria	Sugestões	Síntese
Continuidade	<i>Contribuir com mais conhecimento com os novos profissionais que estão chegando</i> <i>Penso que após o levantamento dos nós críticos das situações analisadas, propor rodas de conversas para criar estratégias em busca da melhoria na gestão da saúde</i>	Envolve nova etapa de parceria e assessoria
Aprofundamento de temas	<i>Aprofundar mais sobre a gravidez na adolescência</i> <i>A oportunidade de todos terem o mesmo aproveitamento em questão de tempo.</i> <i>Na atual situação de pandemia, aprimorar esse tema no contexto de saúde mental.</i> <i>Aprimorar a classificação de risco</i>	Repetir formação e renovar as linhas de cuidado e observar novas demandas como saúde mental e classificação de risco

Redes de Atenção	[Desenvolver] fluxos de trabalhos em rede <i>Uma rede mais compacta e ter mais cursos de capacitação e ter o Instituto de Saúde todo ano trazendo mais conhecimento para agregar ao nosso.</i> <i>Maior envolvimento da equipe para melhorar o atendimento e fluxos da rede</i>	Investir esforços na definição de fluxos e funções nos pontos de atenção de rede
Trabalho em grupos	<i>Ajudar com grupos na UBS e de trabalho nas Unidades</i> <i>Novos protocolos para melhoria da assistência</i>	Um trabalho indispensável para a comunicação científica e combate a fake news.
Processo de trabalho	<i>Capacidade e aprimoramento da mudança das rotinas de trabalho, adequação das demandas.</i> <i>Participação mais efetiva da gerência técnica, da coordenação de enfermagem e da equipe multidisciplinar do pronto-atendimento.</i>	Integração das equipes e gerência na mudança no processo de trabalho.
Estímulo a melhoria	<i>Eu acrescento que os facilitadores nos provoca a pensar e a repensar, em rever as nossas certezas</i> <i>Sim, dinâmicas que foram desenvolvidas durante a participação, foi algo que trouxe um momento de descontração e ajudou a desenvolver nossa criatividade.</i>	Ações de intervenção em encontros, oficinas e rodas de conversa nas quais o uso de métodos ativos, recursos expressivos e arte-educação marcaram os participantes.

Sobre atividades de apoio e assessoria para o SUS, o Quadro 3 chama demonstração que tal enfoque, desenvolvido por alguns grupos na área de Saúde Coletiva, ressalta a função de apoio aos trabalhadores e grupos, que deve não apenas ser reforçada como merece novas concepções na formação de gerentes de nível intermediário e de serviços ^{4,5}.

Ainda que nas discussões os profissionais reconheçam aspectos de resiliência⁶ da Atenção Básica municipal e tenham documentos de apoio nas linhas de cuidado e nas assessorias do IS para absorver os impactos da pandemia, recriando rotinas de atendimento, readaptando agendas, incorporando novas tecnologias de baixo custo para transformar regras de distanciamento com manutenção do cuidado, os profissionais reafirmam que é preciso trazer um maior aprofundamento de temas como, por exemplo, saúde mental no contexto de pandemia e classificação de risco de doenças em geral foram sugestões apontadas como melhorias necessárias para intervenções futuras no município.

A Atenção Básica apoia a população no distanciamento social, acompanha casos leves de SARS-CoV-2, auxilia o enfrentamento de vulnerabilidades, garantindo o acesso de cuidados à saúde de pessoas com doenças crônicas e infectantes⁷.

A classificação de risco no contexto da Atenção Básica de saúde sob o cenário de pandemia é relevante para acolher e identificar os usuários de acordo com suas potenciais necessidades, demandas e riscos, considerando todos os níveis de atenção. A classificação de risco é instrumento de auxílio para a tomada de decisão e para adoção de providências de controle diante de crises sanitárias como a pandemia de Covid-19. Na esfera local é indispensável avaliar as ameaças de vulnerabilidades locais para sistema de saúde, no que diz respeito à capacidade de atendimento no cenário epidemiológico, tema que gera dúvidas para muitos gestores e profissionais de saúde no país⁷.

A pandemia vem chamando atenção devido aos seus efeitos deletérios sobre a saúde mental, tanto pelo distanciamento social que causa o afastamento de familiares, amigos, redes de apoio quanto pelo medo da proximidade da morte, o luto, problemas da crise de desemprego e financeiro, entre outras situações registradas^{8,9}. Por isso, cada vez mais os serviços de apoio à saúde mental são importantes no enfrentamento às repercussões da Covid-19, e a Atenção Básica articulada com a ESF auxiliam no

alinhamento das intervenções às necessidades da comunidade, visando grupos de maior vulnerabilidade social^{10,11}.

Considerações finais

Segundo se pode observar, as opiniões refletem o reconhecimento de componentes afetivos e inconscientes nos processos de trabalho, que foram estimulados pelas intervenções grupais desenvolvidas durante a assessoria, surgindo nos fragmentos de opiniões a valorização dos produtos de manuais e linhas de cuidados, alertando-se, ainda, para os limites de propostas prescritivas no âmbito da organização e gestão do cuidado vivo em saúde.

Por fim, mesmo diante de alguns anos de assessoria e de investimentos em pesquisa, aumento de capacidades e produção de provas apresentadas em diretrizes, os estudos de docentes e discentes do IS no município mostraram que, apesar do discurso de mudança na atenção em saúde, com a instituição da ESF em praticamente todo o território, é necessário um efetivo trabalho de equipe que reconheça a integridade no atendimento de necessidades da população, com identificação de desigualdades do processo saúde-doença, o que requer contínuos esforços de aperfeiçoamento dos profissionais para a absorção de outra concepção que supere o modelo biomédico.

Referências

1. Haby MM; Chapman E; Clark R, Barreto J, Reveiz L, Lavis J N. What are the best methodologies for rapid reviews of the research evidence for evidence-informed decision making in health policy and practice: a rapid review. *Health Res Policy Sys.* 2016 Nov 25;14(1):83. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27884208/>

2. Dussault G. A Gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Rev Adm Públ.* 1992;26(2):8-19. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8792>
3. Franco da Rocha (Município). Plano Municipal de Saúde 2018-2021 Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha, 2018. Disponível em: http://francodarocha.sp.gov.br/arquivos/texto/anexo_5cb7458b7d6d8.pdf
4. Vecina Neto G, Malik AM. Gestão em Saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. 400p.
5. Massuda A, Campos GWS. Inovações nas práticas de gestão do SUS: desafios para reduzir Desigualdades em saúde. Em: Mello J, Mendes V R, Lotta G; Bonamino A, Carvalho C P. (orgs.). Implementação de políticas e atuação de gestores públicos. Brasília: IPEA, 2020.p.73-95. Disponível em: https://dgpe.fgv.br/sites/dgpe.fgv.br/files/artigos/200403_implementacao_politica_web.pdf
6. Blanchet, K., Nam, S., Ramalingam, B., Pozo-Martin, F. Governance and Capacity to Manage Resilience of Health Systems: Towards a New Conceptual Framework. *International Journal of Health Policy and Management*, 2017; 6(8): 431-435. doi: 10.15171/ijhpm.2017.3. Disponível em: https://www.ijhpm.com/article_3341_584592a481c4ea14e0c478eb0baac2d5.pdf
7. Rodrigues, RC. Cardinali, DJM. A Covid-19 na Atenção Primária à Saúde: mais um desafio. *Health Residencies Journal* 2021;2 (9), 2021. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/160>
8. CONASS. CONASEMS. Covid-19: Estratégia de Apoio. Instrumento para apoio à tomada de decisão na resposta à pandemia da Covid-19 na esfera local. Brasília; 2020. Disponível em <https://www.conasems.org.br/Covid-19/materiais-de-apoio/>
9. Taylor S. The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, 2019. Disponível em: <https://www.cambridgescholars.com/resources/pdfs/978-1-5275-3959-4-sample.pdf>

10. Banerjee D. 2020. The Covid-19 outbreak: Crucial role the psychiatrists can play. *Asian J Psychiatr*, 50:102014. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102014> Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32240958/>
11. Schmidt B, Crepaldi MA, Bolze DAS, Neiva-Silva L, Demenech LM. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (Covid-19). *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2020; 37. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/L6j64vKkynZH9Gc4PtNWQng/?format=pdf&lang=pt>

Precisamos nos reinventar se quisermos viver em um mundo com equidade e justiça social. E que mundo novo seria esse que ensejamos? Nas palavras do educador Paulo Freire: “É preciso ter esperança. Mas tem que ser esperança do verbo esperar. Porque tem gente que tem esperança do verbo esperar. Esperança do verbo esperar não é esperança, é espera. ‘Ah, eu espero que melhore, que funcione, que resolva’. Já esperar é ir atrás, é se juntar, é não desistir. É ser capaz de recusar aquilo que apodrece a nossa capacidade de integridade e a nossa fé ativa nas obras. Esperançar é a capacidade de olhar e reagir àquilo que parece não ter saída.

Por isso, é muito diferente de esperar; temos mesmo é que esperar! As práticas do Instituto de Saúde expressam a essência do esperar. Esperançar um mundo justo, com saúde e equidade para os brasileiros, trabalhando cotidianamente por um mundo melhor, por meio da saúde pública.

Ausonia Favorido Donato



GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO