

Caderno de Resumos
Seminário de Avaliação Parcial PPSUS-SP 2018/2020
Seminário de Avaliação Final PPSUS-SP 2016/2018

O PPSUS - Programa de Pesquisa para o SUS, é um programa de fomento à pesquisa e desenvolvimento tecnológico que tem como objetivo financiar pesquisas em temas prioritários de saúde, capazes de dar resposta aos principais problemas de saúde da população, que necessitam do conhecimento científico para sua resolução. Trata-se de uma iniciativa de gestão descentralizada, que envolve parcerias no âmbito federal e estadual. No nível federal participam o Ministério da Saúde, por meio do Dicit, que é o coordenador nacional do Programa, e o CNPq, responsável pelo gerenciamento técnico-administrativo do PPSUS. Na esfera estadual estão envolvidas as Fundações de Amparo à Pesquisa - a FAPESP, e as Secretarias Estaduais de Saúde. No estado de São Paulo, o Instituto de Saúde vem representando a SES-SP no Comitê Gestor do programa desde 2006.

Com a perspectiva de fomentar pesquisas para apresentar respostas aos problemas prioritários de saúde do estado, um dos grandes objetivos do programa é promover a incorporação dos resultados das pesquisas no sistema e nos serviços de saúde. Para isso, propomos esse evento, que contará com a apresentação dos resultados finais e parciais de projetos financiados pelo programa, seguido de um diálogo com gestores da SES-SP, visando a aplicação dos resultados das pesquisas.

O Instituto de Saúde em parceria com a FAPESP, Dicit/MS e CNPq, promove, pela primeira vez em ambiente virtual, os eventos SEMINÁRIO DE AVALIAÇÃO FINAL DO PPSUS-SP-2016/2018 e SEMINÁRIO DE AVALIAÇÃO PARCIAL DO PPSUS-SP 2018-2020, que têm como objetivo a apresentação dos projetos e de seus resultados a gestores de saúde, bem como a aproximação, troca de ideias, experiências e expectativas entre os participantes, visando a incorporação dos resultados das pesquisas nos serviços ou no sistema de saúde.

Os projetos foram classificados por temas de pesquisa e distribuídos em grupos de trabalho e seus resumos são apresentados a seguir.

Bom evento a todos!

EQUIPE PPSUS

INSTITUTO DE SAÚDE

SUMÁRIO - RESUMOS DOS RESULTADOS FINAIS DOS PROJETOS PPSUS 2016/2018

AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS DE SAÚDE - 4

GESTÃO E INFORMAÇÃO - 11

DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS - 17

DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS - 20

GESTÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE - 27

CUIDADO EM SAÚDE - 33

<i>Título</i>	Avaliação do uso de tecnologia de biologia molecular de detecção de viremia plasmática para identificação e incorporação de pacientes na fase aguda da infecção pelo HIV-1
<i>Coordenador(a)</i>	Ivana Barros de Campos
<i>Instituição</i>	Instituto Adolfo Lutz - Centro de Laboratório Regional Santo André
<i>Equipe</i>	Profa. Dra. Ivana Barros Campos, Profa. Dra. Cristina Adelaide Figueiredo (In Memoriam), Prof. Dr. Luís Fernando Macedo Brígido, Profa. Dra. Paula Araujo Opromolla, Profa. Dra. Andréia Moreira dos Santos Carmo, Profa. Dra. Luana Portes Ozório Coelho, Msc. Gabriela Bastos Cabral, Msc. Giselle Ibeta Silva López Lopes, Daniela Rodrigues Colpas, Giselle de Faria Romero, Laís Ribeiro Prado, Norberto Camilo Campos, Cintia Mayumi Ahagon, Valéria Oliveira Silva
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	Secretaria de Saúde/Centro de Especialidades Referência em Infectologia de Santo André/Prefeitura Municipal de Santo André
<i>Âmbito</i>	Municipal
<i>Equipe na instituição parceira</i>	Profa. Dra. Elaine Monteiro Matsuda, Ana Aparecida Chong
<i>Contrapartida</i>	Salário dos funcionários envolvidos no projeto; disponibilização dos funcionários para atendimento do projeto; insumos para coleta de amostras biológicas dos voluntários; assistência na rotina do SUS.
<i>Problema inicial</i>	A identificação do indivíduo na fase aguda de infecção pelo HIV-1 é de grande relevância em saúde pública, pois possibilita o acesso ao tratamento precoce, reduzindo assim o risco de eventos AIDS ou outros sérios eventos, além de contribuir na interrupção da cadeia de transmissão. O diagnóstico na fase aguda é crucial para o controle da pandemia, mas não é detectada pelos testes rápido (TR3) utilizados na rotina do SUS, justo na fase mais infectante, pois apresentam resultado não reagente para a presença de anticorpos. Estes só são observados após a soroconversão do indivíduo, ou seja, após o período de janela imunológica. Ainda, o resultado não reagente pode ser usado pelo paciente como instrumento para dispensa do uso de preservativo.
<i>Metodologia</i>	Um algoritmo clínico foi criado para selecionar casos de maior probabilidade de infecção aguda, não diagnosticados pelos TR3 da rotina do SUS devido à janela imunológica. O estudo avaliou a factibilidade da utilização do ensaio molecular de pesquisa do RNA viral do HIV-1 por RT-PCR, metodologia já aplicada no monitoramento de pacientes em tratamento, no diagnóstico destes casos. Além disso, no final do estudo foi possível avaliar o teste rápido de quarta geração (TR4), tecnologia recém disponibilizada no mercado, para detecção do antígeno p24 e anticorpos. O TR4 possui vantagens como facilidade de logística, rapidez no resultado, fácil execução, além de menor custo. Fomos o primeiro serviço do SUS a utilizar esta nova tecnologia.
<i>Resultados</i>	No total, 112 casos foram avaliados por RT-PCR com finalidade diagnóstica no período de 2017 a 2020. Doze casos, não diagnosticados pelo TR3/sorologia foram diagnosticados como agudo pela biologia molecular e/ou TR4. Em 7/12 a tecnologia de TR4 ainda não estava disponível. Dos pacientes diagnosticados por RT-PCR, 2/7 realizaram sorologia de terceira geração convencional indeterminada (teoricamente com sensibilidade semelhante ao TR3). Em 1/7 houve soroconversão do TR3 enquanto aguardava o resultado de biologia molecular (resultado em dez dias). Para os pacientes avaliados por ambas as técnicas (RT-PCR e TR4), 5/12, o ensaio TR4 diagnosticou 4/5 casos, ou seja, apenas 1 caso não reagente no TR4 foi diagnosticado por RT-PCR. Porém, quando a amostra armazenada de plasma foi testada no TR4 mostrou uma tênue banda, demonstrando a melhor sensibilidade do plasma em relação ao sangue total obtido da ponta de dedo. Todos os casos diagnosticados pelo TR4 apresentavam a banda de anticorpos reagente, e somente um apresentou antígeno e anticorpos reagentes. Um caso com TR3 discordante, não foi detectado

	<p>por RT-PCR, e poderia ter sido dispensado como não infectado pelo HIV se não fosse a realização concomitante do TR4, reagente na banda de anticorpo. Nova amostra foi colhida, no qual manteve-se não detectado por RT-PCR, sorologia quimioluminescência (architect, Abbott) reagente e Western blot indeterminado, o que confirmou a hipótese de infecção aguda pelo HIV como controlador de elite. Nosso estudo chama a atenção que, todos os casos reagentes no TR4, mostraram a banda de anticorpos reagentes, e apenas um com banda de antígeno e anticorpos. Logo, era esperado que fossem diagnosticados pelo TR3, visto que o diferencial do TR4 seria a banda de antígeno. Nesta nossa pequena amostragem de 5 casos, sugere que a sensibilidade para detectar anticorpos do TR4 é superior ao do TR3, sendo que não houve nenhum falso positivo.</p>
<i>Conclusões</i>	<p>A metodologia de RT-PCR é o teste padrão-ouro para detecção precoce da infecção aguda, porém depende do envio da amostra para o laboratório de referência para processamento e apresenta alto custo em comparação ao TR4. Nosso estudo sugere que o TR4 em plasma poderia ser uma alternativa, por ter menor custo, ser “point of care”, não necessita de estrutura laboratorial complexa, com resultado em 20 minutos, permitindo o início do tratamento no mesmo dia e redução da viremia na fase mais infectante.</p>
<i>Aplicabilidade do projeto ao SUS</i>	<p>O estudo contribuiu para a incorporação de um algoritmo clínico no serviço de Santo André, para selecionar casos com maior probabilidade de serem diagnosticados na fase aguda. Ter sintomas de síndrome retroviral aguda (SRA) nos últimos 30 dias é critério para coleta de carga viral diagnóstica no algoritmo proposto, mas outros 52 assintomáticos foram incluídos. Deste modo, o algoritmo mostrou auxiliar na seleção, pois 11 casos diagnosticados na fase aguda da infecção pelo HIV tinham sintomas de SRA. Sendo que, somente 1 caso foi diagnosticado entre os assintomáticos. Este caso apresentou TR3 discordante e carga viral não detectada, que poderia dispensá-lo como não infectado pelo HIV, mas foi diagnosticado pelo TR4 e confirmado por quimioluminescência. Portanto, este estudo também evidenciou que o TR4 pode ser mais vantajoso para o SUS pois pode identificar casos que a técnica padrão-ouro pode não diagnosticar, como controlador de elite, além de ser mais rápido e ter menor custo.</p>
<i>Dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento do projeto pela pandemia de COVID-19</i>	<p>Não havia COVID-19 durante a vigência do projeto, que foi concluído em maio/2019. Porém, atualmente, durante a continuidade da aplicação do projeto, devido às restrições de circulação houve uma diminuição de atendimentos com consequente menor casos suspeitos de infecção aguda com indicação de coleta de carga viral.</p>

<i>Título</i>	Novas terapias para Doença de Chagas: repurposing (reposicionamento) de drogas com efeito na invasão da célula hospedeira pelo T. cruzi, potenciação do efeito do benzonidazol em cepas resistentes
<i>Coordenador(a)</i>	Edecio Cunha-Neto
<i>Instituição</i>	Universidade de São Paulo
<i>Equipe</i>	Bianca Zingales, Jose Ronnie de Vasconcelos, Karina Bortoluci, Renato Mortara, Thales de Brito. Vera Salemi, Andrea Kuramoto Takara
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	HCFMUSP
<i>Âmbito</i>	Estadual
<i>Equipe na instituição parceira</i>	Jorge Elias Kalil Filho, Andreia Kuramoto Takara. Marilda Savoia Nascimento, Ramendra Pati Pandey, Luiz Mundel
<i>Contrapartida</i>	Salários de ECN, JEKF, AKT, LM; infra-estrutura, equipamentos, biotério, eco e eletrocardiografia em animais
<i>Problema inicial</i>	As drogas disponíveis para o tratamento da doença de Chagas, como o benzonidazol, são tóxicas e pouco eficazes na fase crônica da doença, quando a maioria dos diagnósticos são realizados. Por isso, a identificação de novos regimes terapêuticos mais eficazes é prioridade global. Testaremos o efeito de drogas já usadas em outras doenças, em combinação com o benzonidazol em baixas doses, para o tratamento na fase crônica da doença em hamsters, observando o seu efeito na evolução da doença cardíaca.
<i>Metodologia</i>	Testamos o efeito de drogas já usadas em outras doenças cloroquina e colchicina, em combinação com o benzonidazol em baixas doses, para o tratamento na fase crônica da doença em hamsters, observando o seu efeito na evolução da doença cardíaca.
<i>Resultados</i>	A suplementação com cloroquina potencia a atividade tripanocida do Benzonidazol in vitro e em infecção aguda em 2 modelos animais distintos. -No tratamento na fase crônica da infecção em hamsters, observamos que a suplementação de baixa dose de Benzonidazol (25 mg/kg) com cloroquina e colchicina foi o único tratamento a prevenir a progressão tanto da função diastólica como sistólica, enquanto que nenhum outro tratamento evitou a progressão da disfunção sistólica.
<i>Conclusões</i>	- A suplementação com cloroquina potencia a atividade tripanocida do Benznidazol in vitro e na fase aguda da infecção. - A suplementação de baixas doses de benzonidazol com as drogas foi o único tratamento capaz de bloquear a progressão da disfunção ventricular sistólica.
<i>Aplicabilidade do projeto ao SUS</i>	O estudo BENEFIT não mostrou efeito do tratamento completo com benzonidazol sobre a progressão da cardiopatia chagásica, e ensaios clínicos posteriores com antifúngicos e sua combinação também não observaram efeito sobre o parasitismo, Nossos resultados indicam que a suplementação com cloroquina e colchicina permite melhorar a progressão da doença mesmo utilizando uma dose reduzida de benzonidazol, o que pode reduzir os efeitos adversos da do benzonidazol evitando a interrupção do tratamento.

<i>Título</i>	Desenvolvimento de ensaio molecular para diagnóstico precoce de microrganismos patogênicos para pacientes oncológicos pediátricos com neutropenia febril.
<i>Coordenador(a)</i>	Prof. Dr. Luiz Fernando Lopes
<i>Instituição</i>	Hospital de Câncer de Barretos
<i>Equipe</i>	Andre van Helvoort Lengert, Hospital de Câncer de Barretos Aline Taisa de Oliveira Lourenço, Hospital de Câncer de Barretos Lara Cristina da Silva Lima, Faculdades Pequeno Príncipe Paulo de Tarso de Oliveira e Castro, Hospital de Câncer de Barretos Mario José Aguiar de Paula, Hospital de Câncer Infantojuvenil de Barretos Daniel Onofre Vidal, Hospital de Câncer de Barretos Matias Eliseo Melendez, Hospital de Câncer de Barretos Luiz Fernando Lopez, Hospital de Câncer Infantojuvenil de Barretos
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	Não se aplica
<i>Âmbito</i>	Municipal
<i>Equipe na instituição parceira</i>	Não se aplica
<i>Contrapartida</i>	Não se aplica
<i>Problema inicial</i>	O tempo de resposta e a sensibilidade do diagnóstico microbiológico de sepse em pacientes oncológicos é demorado e baixo, respectivamente. Dado que a rápida identificação do patógeno associado ao quadro clínico de sepse é crucial para um manejo adequado do paciente, a demora no diagnóstico pode definir a diferença entre a vida e a morte, principalmente em pacientes pediátricos e oncológicos.
<i>Metodologia</i>	A complementação de um diagnóstico molecular de sepse, em conjunto com o diagnóstico microbiológico pode levar a um aumento nas taxas de identificação dos patógenos em um curto tempo, que pode chegar a apenas umas horas, tendo como material biológico o sangue periférico. No entanto, os métodos moleculares comercialmente disponíveis para identificação de patógenos diretamente de amostras de sangue periférico são extremamente caros para serem implementados no contexto SUS. Por esses motivos, desenvolvemos um painel altamente específico e sensível de 11 patógenos de origem bacteriana e fúngica (Cândida) para PCR em tempo real. As amostras avaliadas foram provenientes de 200 amostras de 500 µL de sangue periférico de 85 pacientes oncológicos pediátricos com quadro de neurogenia febril, no momento da admissão.
<i>Resultados</i>	O painel proposto para identificação de patógenos demonstrou uma concordância de 93,6% com o diagnóstico microbiológico, em apenas umas horas após a admissão dos pacientes com quadro de neutropenia febril. Ainda, das 138 amostras sem concordância, 87 (63%) foram apenas identificadas pelo método molecular.
<i>Conclusões</i>	O tempo de diagnóstico molecular de sepse foi de apenas algumas horas após a admissão dos pacientes pediátricos com quadro de neutropenia febril. O volume de sangue periférico necessário para o procedimento laboratorial foi de 500 µL. A sensibilidade do painel variou de 2 a 1740 cópias do genoma bacteriano (dependendo da espécie avaliada).
<i>Aplicabilidade do projeto ao SUS</i>	O painel diagnóstico aqui proposto é de baixo custo e alta sensibilidade/especificidade, e pode ser facilmente implementado pelo Sistema Único de Saúde, possuindo um impacto potencial altíssimo para os pacientes com neutropenia febril.
<i>Dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento do projeto pela pandemia de COVID-19</i>	A proposta inicial envolvia uma coleta prospectiva e concomitante com o diagnóstico microbiológico de pacientes admitidos com quadro de neutropenia febril, para poder comparar as abordagens diagnósticas em casos do dia a dia. Esse passo não foi possível devido à pandemia.

<i>Título</i>	Enfrentamento do <i>Aedes aegypti</i> : Ação do quaternário de amônio como potencial atividade inseticida
<i>Coordenador(a)</i>	Profa Dra. Margarete Teresa Gottardo de Almeida
<i>Instituição</i>	Faculdade de Medicina de SÃO José do Rio Preto
<i>Equipe</i>	Gabriela Lenze , Marlucci Monteiro Guirado
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	SUCEN - Superintendência de Controle de Endemias
<i>Âmbito</i>	Municipal
<i>Equipe na instituição parceira</i>	Marlucci Monteiro Guirado
<i>Contrapartida</i>	Disponibilidade do Insetário
<i>Problema inicial</i>	Controle de vetor da dengue
<i>Metodologia</i>	As linhagens de <i>Aedes aegypti</i> utilizadas foram provenientes de São José do Rio Preto, Brasil, a partir de coleta de ovos em ovitrampas dispostas no ambiente, e encaminhadas para o Laboratório de Vetores SUCEN-FAMERP (Superintendência de Controle de Endemias-Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto). O Laboratório dispõe de sistema de controle de temperatura (27°) e umidade (80%), condições favoráveis para o desenvolvimento do <i>A. aegypti</i> . Duas formulações do desinfetante SHINE® registro (ANVISA nº 341470003) foram utilizadas, uma com um componente ativo derivado do óleo de coco (alquil dimetil benzil amônio) – QA1e, a segunda, composta por cloreto de alquil dimetil benzil amônio, cloreto de alquil dimetil octil decil amônio e cloreto de alquil dioctil dimetil amônio – QA2. Ambas são potencializadas pelo sinergismo químico dos sais bicarbonato de amônio, carbamida e açúcares; tendo sido aprovado pela agência de Administração de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos (Food and Drug Administration – FDA).
<i>Resultados</i>	Foram determinadas as concentrações letais (50% e 90% da população), por 24h e 48h. As concentrações variaram de 0,0035 a 0,043 mg / ml. O teste de efeito residual mostrou que os compostos são estáveis e mantêm sua atividade por pelo menos cinco meses após a preparação. Outros testes verificaram que os QACs também impediram a eclosão de ovos e exibiram atividade repelente contra insetos adultos. Nos testes toxicológicos agudos, os compostos exibiram baixa toxicidade contra dois bioindicadores (<i>Pomacea canaliculata</i> e <i>Azolla filiculoides</i>).
<i>Conclusões</i>	A atividade inseticida do Quaternário de amônio para todas as fases de desenvolvimento do inseto (ovo, Larva fase I, II e III, pupa e inseto adulto)
<i>Aplicabilidade do projeto ao SUS</i>	Controle eficiente contra o vetor <i>Aedes aegyptis</i> de mínima toxicidade ao ambiente prevenindo a disseminação de Dengue

<i>Título</i>	Progesterona Natural Combinado a Pessário Cervical em Gestações Gemelares com Colo Curto: Estudo Prospectivo e Randomizado para Prevenção do Parto prematuro
<i>Coordenador(a)</i>	Mário Henrique Burlacchini de Carvalho
<i>Instituição</i>	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
<i>Equipe</i>	Maria de Lourdes Brizot, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Rossana Pulcinelli Francisco, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Marcelo Zugaib, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
<i>Âmbito</i>	Estadual
<i>Equipe na instituição parceira</i>	Camilla Pucci
<i>Contrapartida</i>	Casuística, equipamentos de ultrassonografia, equipe de apoio
<i>Problema inicial</i>	Identificar gestantes com gestação gemelar de risco para o parto prematuro utilizando a medida ultrassonográfica transvaginal do colo uterino. Sabemos da associação entre prematuridade e gestação gemelar, inclusive sendo a idade gestacional média de parto desses casos ser de 35 - 36 semanas. Diante da identificação de risco, o projeto propõe utilizar três métodos de prevenção da prematuridade dividido randomicamente nos grupos: progesterona vaginal, progesterona vaginal associada a pessário, pessário e compará-los entre si e com o grupo controle de placebo de uso vaginal (4o grupo).
<i>Metodologia</i>	Com estudo de gestantes gemelares apresentando colo do útero curto, com idade gestacional entre 16 e 27 semanas e seis dias, que randomizadas em quatro grupos: pessário cervical combinado a 400mg de progesterona vaginal, pessário cervical isolado, uso de 400 mg de progesterona vaginal ou uso de óvulos de placebo vaginal. Esses dois últimos grupos são cegos para os pesquisadores, médicos assistentes e pacientes e foram separados nos grupos Medicamento P e Medicamento M.
<i>Resultados</i>	Foram recrutadas 71 pacientes. O estudo ainda está em andamento. A intenção é que os resultados finais desse estudo sejam analisados apenas quando da obtenção de toda a casuística, visto tratar de estudo randomizado com grupo cegado em relação ao medicamento placebo ou progesterona o conhecimento prévio dos resultados pode influenciar a assistência e condução dos casos futuros. A distribuição das gestantes randomizadas nos grupos foi: 18 pacientes no grupo pessário + progesterona, 19 pacientes no grupo pessário, 16 pacientes como Medicação P e 18 como Medicação M (cegamento das medicações placebo e progesterona). Não houve diferença entre os quatro grupos estudados em relação as características maternas. O teste post-hoc apontou que houve diferença entre os grupos pessário versus Medicação P quanto a medida do comprimento do colo uterino no momento da entrada do estudo (randomização), sendo menor o comprimento no grupo pessário. Não foram observados diferenças significantes entre os grupos em relação a idade gestacional do parto. Foi observado que o grupo pessário + progesterona apresentou maior frequência de internação para tocólise quando comparado aos demais grupos analisados (62,3%;p=0,011). Destaca-se que o grupo pessário apresentou frequência superior ao demais grupos nas variáveis independentes citadas (hipoglicemia 25,9% - p=0,019; admissão na UTI 75,9% - p=0,011; óbito antes da alta 16,1% - p=0,049).
<i>Conclusões</i>	Não foram observados diferenças significantes entre os grupos em relação a idade gestacional do parto. O grupo pessário pode estar associado a maior taxa de hipoglicemia neonatal, admissão em UTI neonatal e óbito neonatal antes da alta, que são complicações mais frequentes em idades gestacionais menores de nascimento.
<i>Aplicabilidade do projeto ao SUS</i>	oferecer uma proposta de rastreamento e prevenção da prematuridade em gestações gemelares que são originalmente de risco para prematuridade.
<i>Dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento</i>	Suspensão da organização do atendimento dos casos, por termos saído do Hospital das Clínicas no ano de 2020, desestruturando as rotinas de pesquisa. Diminuiu ainda mais o encaminhamento de casos de gestação gemelar. Mas, essa dificuldade já vinha sendo apresentada antes, pois o que notamos é que antes das gestantes gemelares

<i>do projeto pela pandemia de COVID-19</i>	(alto risco) serem encaminhadas para o Hospital das Clínicas que tem um serviço especializado , elas são encaminhadas para centros privados, escolas privadas de ultrassonografia, retardando ou mesmo se perdendo na chegada às Instiuições públicas que poderão ser realmente eficazes no seu tratamento e acompanhamento.
---	--

<i>Título</i>	Interface eletrônica de tabulação de dados e documentação ambulatorial
<i>Coordenador(a)</i>	Manoel Jacobsen Teixeira
<i>Instituição</i>	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP
<i>Equipe</i>	Daniel Ciampi A. de Andrade (HCFMUSP), Larissa Iulle Moreira (HCFMUSP)
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	Hospital das Clínicas da FMUSP
<i>Âmbito</i>	Estadual
<i>Equipe na instituição parceira</i>	Daniel Ciampi A. de Andrade (HCFMUSP), Larissa Iulle Moreira (HCFMUSP)
<i>Contrapartida</i>	não há
<i>Problema inicial</i>	O problema de comunicação entre os ambulatórios, principalmente entre os institutos do complexo do HC, devido ao prontuário muitas vezes ser de papel ou eletrônico, sendo que cada instituto utiliza um prontuário eletrônico diferente, o que levava a perda de informações do doente que era atendido em vários ambulatórios e instituto (por exemplo em centro cirúrgico) pela neurocirurgia. Muitas vezes o doente aparece no hospital sem consulta agendada devido a dor crônica ou outras comorbidades que são acompanhadas pela equipe de neurocirurgia e nesses casos, muitas vezes, não há tempo hábil para separar o prontuário físico ou o doente foi em um ambulatório diferente, gerando a não continuidade do tratamento e problemas de comunicação entre a equipe no cuidado ao doente.
<i>Metodologia</i>	Foi elaborado uma interface eletrônica de atendimento ambulatorial para a neurocirurgia que se comunicasse em todos os institutos do HCFMUSP/SP. Nesta interface foram incluídos os questionários / escalas padrões utilizados no atendimento dos vários grupos da neurocirurgia (por exemplo: grupo de dor, neurotrauma, etc), para servir de roteiro nas consultas, principalmente para os residentes, e ao final ter dados estruturados dos doentes atendidos, que são informações importantíssimas para desenvolver projetos de pesquisa.
<i>Resultados</i>	A interface eletrônica é utilizada pela equipe até o momento, a ideia é conseguir incorporá-la ao prontuário eletrônico do HC, mas enquanto isso toda a equipe da neurocirurgia utiliza. Com relação a perda dos dados, pudemos perceber que um prontuário que seja interligado em todos os ambulatórios do complexo HC facilita o acompanhamento do doente e melhora o tratamento da equipe multiprofissional. A padronização das escalas no atendimento melhorou muito a comunicação da equipe com o doente e a assertividade das informações coletadas no atendimento. Com os dados obtidos neste tempo de utilização foi realizado projetos com uso de inteligência artificial para tentar prever se o doente melhora ou não os sintomas com o tratamento habitual que é utilizado pela equipe.
<i>Conclusões</i>	
<i>Aplicabilidade do projeto ao SUS</i>	Melhora do atendimento do doente, otimização do tempo de atendimento, diminuição do gasto no tratamento devido à prescrição desmedida de medicamentos, quando não se tinha acesso ao prontuário do doente no ato do atendimento.
<i>Dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento do projeto pela pandemia de COVID-19</i>	Diminuição no número de doentes atendidos ambulatorialmente.

<i>Título</i>	Ampliação do registro ASSIST de cardiopatias congênitas no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo
<i>Coordenador(a)</i>	Prof. Dr. Marcelo Biscegli Jatene
<i>Instituição</i>	Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor-HCFMUSP)
<i>Equipe</i>	Marcelo Biscegli Jatene, InCor-HCFMUSP; Carla Tanamati, InCor-HCFMUSP; Evelinda Trindade, InCor-HCFMUSP; Juliano Gomes Penha, InCor-HCFMUSP; Leonardo Augusto Miana, InCor-HCFMUSP; Luiz Fernando Canêo, InCor-HCFMUSP; Maria Angélica Binotto, InCor-HCFMUSP; Nana Miura, InCor-HCFMUSP; Vera Demarchi Aiello, InCor-HCFMUSP
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	1. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP); 2. Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCAMP) 5. Hospital das Clínicas de São Bernardo do Campo (HC-SBC)
<i>Âmbito</i>	Estadual e regional
<i>Equipe na instituição parceira</i>	1. Fabio Carmona, HCFMRP-USP e Paulo Henrique Manso, HCFMRP-USP; 2. Fernando Antonioli, PUCAMP; 3 e 4. Beatriz Furlanetto, BP e Hospital Sabará; 5. Daniel Guimarães, HC-SBC, Monica Shimoda, HC-SBC, Maria Raquel Massoti, HC-SBC, Marcelo Jatene, HC-SBC, ; Luiz Fernando Canêo, HC-SBC, Juliano Gomes Penha, HC-SBC, Carla Tanamati, HC-SBC e Leonardo Augusto Miana, HC-SBC; 6. Marcelo Biscegli Jatene, HCOR; Ieda Jatene, HCOR, Ana Lucia Capucho Lorena Abrahao, HCOR, Erica de Oliveira Paes, HCOR e Daniela de Oliveira Lima, HCOR.
<i>Contrapartida</i>	Os centros contribuíram na divulgação do Registro ASSIST para outros serviços de Cirurgia Cardíaca Pediátrica dentro da cidade e do estado de São Paulo, bem como dentro da Sociedade de Cardiologia Pediátrica e do Departamento de Cirurgia Cardíaca Pediátrica. Com a ajuda dos centros participantes estamos criando a cultura de compartilhamento de dados, principalmente para que juntos possamos sensibilizar outros centros que fazem cirurgias cardíacas pediátricas pelo SUS a participar e assim teríamos uma fotografia real do que acontece com os pacientes durante o período perioperatório. Os dados exportados do Registro ASSIST permite identificar de forma real e detalhada os resultados de morbimortalidade, possibilitando que melhorias sejam planejadas para o cuidado dessa população.
<i>Problema inicial</i>	Internacionalmente a cultura de dados é uma prática comum e vem avançando muito nos últimos anos, sempre com o objetivo de melhorar a qualidade e processar informações cada vez mais consistentes no tratamento cirúrgico para doenças cardíacas congênitas. Infelizmente, em nosso país, alguns serviços ainda demonstram resistência em expor seus dados, acabam por construir seus registros particulares, não aceitando ter uma experiência colaborativa com outros centros, perdendo a oportunidade de fazer benchmarking, o que poderia contribuir com melhorias na qualidade da assistência ao paciente cardiopata. Inicialmente foi construído o Consórcio ASSIST pelo Edital PPSUS-2013, possibilitando a criação de um registro multicêntrico, o Registro-ASSIST, construído com dados referente ao período pré, intra e pós-operatório até a alta hospitalar ou óbito. Nesse primeiro momento apenas o InCor-HCFMUSP e HCFMRP-USP faziam parte do projeto. O Atual Projeto pelo Edital PPSUS -2016 foi para a Ampliação do Registro ASSIST. Nesta etapa, o objetivo principal foi a inclusão de novos centros. Precisávamos aumentar o número de registros no banco de dados, assim as informações seriam robustas, consistentes e precisas sobre morbimortalidade dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico. Estaríamos no caminho certo para construir uma forte parceria com os demais centros para alcançar melhores resultados e consequentemente motivar demais centros a participarem do consórcio. Através de publicações, apresentação de trabalhos em congressos, divulgação nas sociedades, etc estamos tentando divulgar o ASSIST. Dentro de cada serviço, a coleta dos dados e análise dos resultados tem sido de extrema importância para ajuste dos processos e consequentemente dos melhoria dos resultados.
<i>Metodologia</i>	A divulgação do Consórcio, explanação do Registro, convite aos demais centros, tentando incentivar a cultura de coleta de dados sistematizada ainda é o maior desafio. Após os centros serem incluídos eles passam por um treinamento para uso correto da

plataforma, onde dúvidas são resolvidas e a equipe principal coloca-se inteiramente a disposição para resolução de qualquer tipo de dúvidas ou problemas com a plataforma. Em 2020, passamos por uma reestruturação das variáveis com o intuito de deixar o registro mais atrativo e mais funcional. Tivemos no início de 2020 uma reunião com a Coordenação de um Banco de Dados internacional construído por uma sociedade mundial de Pediatria e Cirurgia Cardíaca Congênita ("World Database for Pediatric and Congenital Heart Surgery"). O intuito foi de trabalharmos em conjunto e uma vez o centro também fazendo parte desse Banco Internacional, poderia ter os dados exportados diretamente do ASSIST para o referido banco.

Resultados

O Consórcio está constituído por 7 centros; foram incluídos no total 4000 procedimentos. De cada procedimento podem ser extraídos dados sólidos com informações referentes ao período peri-operatório de durante o tratamento dos pacientes submetidos a correção cirúrgica de defeitos cardíacos congênitos. Cada centro pode comparar seu resultado ao resultado global. Essas informações avaliadas comparativamente aos resultados finais do tratamento são amplamente consideradas como a chave de sucesso para a melhoria dos processos e conseqüentemente melhora na qualidade dos serviços prestados pelos centros participantes do Consórcio ASSIST.

Conclusões

Conseguimos avançar e estamos chegando a quase 08 anos com uma base de dados sólida de informações referentes ao período peri-operatório de procedimentos cirúrgicos para tratamentos de pacientes com cardiopatias congênitas. A criação de referências através de programas colaborativos ou consórcios contribuem com o processo de melhoria da qualidade, sensibilizando a todos os integrantes do sistema a buscarem uma posição que se assemelha aos demais. Essa competição construtiva faz com que os centros participantes atinjam um nível de referência uniforme e de excelência, comparados aos melhores centros internacionais. A avaliação comparativa dos resultados finais do tratamento é amplamente considerada como a chave de sucesso para a melhoria. Os pacientes portadores de cardiopatia congênita estão se tornando adultos, melhorar o atendimento e saber sobre seu desenvolvimento é essencial. Com isso, concluímos que o ASSIST é uma ferramenta importante para nortear os centros participantes em relação as melhorias sobre o tratamento das cardiopatias congênitas, uma vez que o banco é completo com muitas informações referentes ao período pre, intra e pos-operatório até a alta hospitalar ou óbito.

O projeto tem sido capaz de identificar algumas falhas e a necessidade de educar e sensibilizar os profissionais a realizarem suas anotações de maneira padronizada e responsável. O banco permitiu aos centros participantes criar novas estratégias no acompanhamento dos pacientes melhorando assim a sua qualidade. O projeto foi um grande avanço nas informações referentes à cirurgia cardíaca pediátrica no Estado de São Paulo, com possibilidades futuras de se estender por todo o território nacional. Temos material suficiente para elaboração de trabalhos científicos, teses e muitos programas de melhorias internos e em colaboração.

Aplicabilidade do projeto ao SUS

O Estado de São Paulo é reconhecido como um dos principais centros de cirurgia cardíaca pediátrica do país, sendo o InCor-HC-FMUSP o serviço de maior volume cirúrgico do Brasil no tratamento de cardiopatias congênitas. Por esta razão, é inerente a responsabilidade de melhorar os principais desfechos clínicos e cirúrgicos para essa população. Para isso, é fundamental se ter uma base de dados consistente e bem estruturada para possibilitar uma avaliação mais detalhada e assim prestar a adequada assistência à criança cardiopata. Acreditamos que os efeitos obtidos por este estudo podem servir como parâmetros para subsidiar protocolos e programas de otimização de uso dos recursos e planejamento para a própria instituição e para os gestores do SUS. A produção de artigos científicos, dissertação de mestrado e tese de doutorado com relevância clínica e social para a comunidade médica e gestores de saúde bem como, trabalhos apresentados em congressos da especialidade ajudarão na divulgação da importância da cultura dos dados em nosso país e o quanto que juntos poderemos contribuir para implementar melhorias para o cuidado no atendimento da criança

cardiopata. Além de conhecer o desfecho hospitalar dos pacientes uma vez que a mortalidade é o desfecho mais controlado, em parte devido à fácil obtenção. Porém, outros marcadores como tempo de permanência hospitalar, presença de comorbidades, complicações no período pós-operatório e outros dados também devem ser considerados e somente com um banco de dados, os mesmos poderão ser considerados.

<i>Título</i>	Ampliação e Aprimoramento do Registro Paulista de Cirurgia Cardiovascular através de parceria com o Registro do Estado de Massachusetts/Harvard University para melhoria da qualidade dos Programas em Cirurgia Cardíaca no Sistema Único de Saúde
<i>Coordenador(a)</i>	Omar Asdrúbal Vilca Mejia
<i>Instituição</i>	Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
<i>Equipe</i>	Bianca Orlandi, Luiz Augusto Ferreira Lisboa, Fabio Biscegli Jatene
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina do Estado de São Paulo (INCOR), Hospital Samaritano Paulista, Hospital De Base de São José do Rio Preto, Beneficência Portuguesa de São Paulo, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, Hospital Israelita Albert Einsten, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Marília, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia
<i>Âmbito</i>	Estadual
<i>Equipe na instituição parceira</i>	Pedro Gabriel Melo de Barros E Silva, Marcelo Arruda Nakazone, Alexandre Sousa, Valquíria Pelisser Campagnucci, Karlos Alexandre de Sousa Vilarinho, Marcelo Katz, Marcos Gradim Tiveron, Magaly Arrais Dos Santos
<i>Contrapartida</i>	Coautoria nas Publicações e Melhoria da Qualidade em Cirurgia Cardíaca
<i>Problema inicial</i>	Confirmar e identificar a variabilidade dos resultados em cirurgia de revascularização miocárdica no estado de São Paulo. Eles seriam comparados com indicadores do estado de Massachusetts (USA) e, desta forma, buscaríamos estabelecer nossos valores referencias do aparecimento das principais complicações após cirurgia de revascularização miocárdica. Na sequência medir para melhorar.
<i>Metodologia</i>	Este projeto vem para estabelecer a importância central da coleta de dados para a melhoria contínua dos resultados em cirurgia cardíaca. A estratégia de incluir uma participação multicêntrica, tendo a orientação do grupo de Harvard, foi vital para todos os pesquisadores do projeto entenderam o potencial de ganho com uma interação em grande escala. Teve três períodos, um inicial de coleta de dados (12 meses), onde os centros foram auditados em relação a qualidade dos dados (completude, acurácia e consistência). Um segundo período (3 meses) de entrega de relatórios e ensinamentos de como melhorar resultados com consultoria centro por centro. Um terceiro período de coleta (6 meses), para avaliar o impacto desta consultoria nos resultados de morbidade e mortalidade.
<i>Resultados</i>	Se sedimentou o conceito da formação dos centros sentinela da melhoria de qualidade em cirurgia cardíaca no país. Se disseminou e solidificou a cultura dos dados e os conceitos de melhoria destes programas de cirurgia cardíaca no estado de São Paulo. No geral, houve tendência de melhoria, após consultoria, dos desfechos de morbidade e mortalidade após cirurgia de revascularização miocárdica.
<i>Conclusões</i>	Sedimentação da cultura dos dados, para conseguir medir e melhorar resultados dos programas de cirurgia cardíaca que participaram do projeto. Tudo através de um aprendizado contínuo das equipes e principalmente, disposição para as mudanças.
<i>Aplicabilidade do projeto ao SUS</i>	Identificar porque e, do que, os pacientes complicaram após cirurgia de revascularização miocárdica. Entender a variabilidade dos resultados por centros e como melhorar isto

<i>Título</i>	Projeto para Centro Nacional de Investigação do Diagnóstico Molecular das Arritmias Geneticamente Determinadas
<i>Coordenador(a)</i>	Alexandre Costa Pereira
<i>Instituição</i>	InCor - HC FMUSP
<i>Equipe</i>	Luciana Sacilotto, Francisco Darrieux, Gabrielle Pessente, Mariana Lombardi, Jose Eduardo Krieger (Incor - HC FMUSP)
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	Sim
<i>Âmbito</i>	Estadual
<i>Equipe na instituição parceira</i>	Centro Nacional de Investigação do Diagnóstico Molecular das Arritmias Geneticamente Determinadas
<i>Contrapartida</i>	Sim
<i>Problema inicial</i>	O projeto objetivou aperfeiçoamento no atendimento dos pacientes portadores de arritmias genéticas no Brasil.
<i>Metodologia</i>	A demanda de especialistas em doenças raras não justifica ter um grande número de equipes multiprofissionais em doenças específicas. Ao promover o centro nacional de atendimento às arritmias genéticas, a disponibilização de tecnologia (sequenciamento de nova geração) facilitou o acesso ao teste genético e, ainda mais relevante, gerou a oportunidade de diálogo em doenças raras, de conhecimento restrito e específico. A educação continuada de especialistas permite uma atuação otimizada, que reduz custos e mau uso do diagnóstico molecular. O projeto foi original, conforme literatura pesquisada, estimulando a descentralização do atendimento, mas ao mesmo tempo fornecendo conhecimento específico e tecnologia.
<i>Resultados</i>	De 2012 a 2020, foram realizadas 180 discussões de casos clínicos, que geraram cadastro de 209 pacientes, dos quais 116 eram probandos. O diagnóstico clínico após reunião multidisciplinar foi SQTL em 44/116 (38%), SBr em 25/116 (21,6%), TVPC em 8/116 (6,9%), CAVD em 4/116 (3,5%) e 2/116 (1,7%). Os demais pacientes apresentam diagnósticos "borderlines" ou ainda em investigação. Realizado teste genético em 82/116 (74%), pela técnica NGS.
<i>Conclusões</i>	Foi possível estabelecer uma rede de conexão entre 32 centros de atendimento no Brasil. O debate online permitiu compartilhamento de experiências e melhor utilização dos testes genético. Os critérios do ACMG permitiram uma análise sistemática das variantes nos genes principais.
<i>Aplicabilidade do projeto ao SUS</i>	Disponibilizar tecnologia, experiência em áreas específicas do conhecimento e melhorar o atendimento do paciente e sua família.

<i>Título</i>	Epidemiologia do HPV anal em homens e proposta de protocolo de rastreamento e seguimento para prevenção primária e secundária de condilomatose em HSH
<i>Coordenador(a)</i>	Adhemar Longatto-Filho
<i>Instituição</i>	Hospital de Câncer de Barretos
<i>Equipe</i>	Marleny Novaes Figueiredo - HCB; Pablo Eduardo Camperoni Luciano - Faculdade de Ciências de Saúde de Barretos (FACISB); Cristina Oliveira -HCB; Iara Santana - HCB; José Humberto Tavares Guerreiro Fregnani - AC Camargo, Luisa Lina Villa - FMUSP-SP; Roberto José Carvalho da Silva - CRT DST/AIDS SP; Adhemar Longatto-Filho - HCB
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	HCB e CRT DST/AIDS Santa Cruz
<i>Âmbito</i>	Estadual
<i>Equipe na instituição parceira</i>	Roberto José Carvalho da Silva
<i>Contrapartida</i>	Instalações, local de atendimento e procedimentos, ajuda com captação de pacientes
<i>Problema inicial</i>	O HPV anal é infecção bastante comum em homens que fazem sexo com homens (HSH) e infecção por múltiplos tipos de HPV é comum. Os tipos 6 e 11 são os mais comumente relacionados a condiloma, e os tipos 16 e 18 estão mais relacionados ao câncer anal. A infecção pelo HPV é o principal fator de risco associado ao câncer anal, sendo a infecção detectável em aproximadamente 60% das lesões intraepiteliais anais (NIA) de alto risco. Não há, até o momento, nenhum protocolo estabelecido para rastreamento desta população ou seguimento para indivíduos já tratados de condiloma anal. Um protocolo neste modelo, que pudesse ser de baixo custo e eficaz para a detecção precoce da doença ou da recidiva, permitiria diminuir custos de tratamento do condiloma e paralelamente contribuir para o rastreamento de NIA.
<i>Metodologia</i>	A ideia inicial era incluir 120 indivíduos em 2 grupos: HSH com condiloma anal e HSH sem condiloma anal. Os grupos serão submetidos a protocolo de seguimento pós tratamento e rastreamento, respectivamente. Os pacientes foram captados a partir de encaminhamento de SAE, CRT e outros serviços de saúde além de captação por mídias sociais. Os critérios de inclusão foram: ser HSH, idade entre 18 e 50 anos. Os critérios de exclusão foram: ter feito tratamento para HPV anal no último ano e ter sido vacinado para HPV previamente. Os pacientes com lesão tiveram tratamento cirúrgico com eletrocauterização. Todos os pacientes teriam consulta médica inicial e 60, 180 e 360 dias após o tratamento cirúrgico (grupo com condiloma) ou após a consulta inicial (grupo sem condiloma). Nas consultas médicas foram realizados: exame físico, anoscopia de alta resolução e coleta de material de canal anal para realização de análise morfológica/citologia e análise molecular (DNA) para detecção de genótipo de HPV por meio de linear array.
<i>Resultados</i>	Foram incluídos 107 pacientes, porém apenas 99 pacientes tinham dados completos e foram incluídos na análise. Destes, 61 tinham condiloma e 38 não apresentavam lesão ao exame inicial. A mediana geral de idade foi de 27 (19-50); no grupo com lesão 25 anos (19-50) e grupo sem lesão 33 anos (23-50) ($p < 0,005$). 31 pacientes (31,3%) tinham história prévia de terem sido tratados para HPV, sendo 19 (31,2%) no grupo com lesão e 12 (31,6%) no grupo sem lesão ($p = 0,56$). Os pacientes que apresentavam condiloma na consulta inicial referiam presença da lesão há 4 meses (mediana; 0-24m). Em nosso estudo, 22 pacientes (22,2%) eram soropositivos, sendo 15 (24,6%) no grupo com lesão e 7 (18,4%) no grupo sem lesão ($p = 0,32$). Os pacientes tinham em média 5 parceiros sexuais no último ano (0-500). Dentre 69 pacientes com amostras válidas para a análise molecular de DNA de HPV (linear array) na primeira consulta, 55 (79,7%) tinham amostras positivas para qualquer tipo de HPV. Dentre os pacientes com amostras positivas, 20% apresentavam os tipos 16 ou 18. No grupo de pacientes com lesão, 42/47 apresentaram amostras positivas para qualquer tipo de HPV (90%) e desses, (6) 14%

para os tipos 16 e 18; no grupo de pacientes sem lesão 13/22 (60%) tinham amostras positivas para qualquer tipo de HPV e desses, 5 (40%) para os tipos 16 e 18. Em relação à citologia, 63 pacientes (63,6%) tinham resultado positivo. Dentre os pacientes sem lesão, 11 (29%) tinham citologia positiva e dentre os com lesão a citologia foi positiva em 52 (85,3%). Dentre os pacientes com lesão e que foram submetidos a cirurgia (um ou mais procedimentos para cauterização de condilomas) há dados completos de seguimento de 28 pacientes; 53,6% tiveram seguimento até 60 dias e 46,4% até 180 dias. Na última consulta de seguimento, 20 pacientes (71,4%) ainda apresentavam citologia positiva e destes 15 (75%) ainda tinham condiloma diagnosticado ao exame físico. Dentre os pacientes que na última consulta de seguimento não tinham lesão clínica (11p), 5 (45,5%) ainda tinham citologia positiva.

Conclusões Com nossos resultados confirmamos a alta prevalência de HPV na população HSH, além de notarmos a maior sensibilidade de pesquisa molecular de HPV em relação à citologia anal. Os dados mostram que a permanência ou recidiva dos condilomas anais após tratamento é frequente, em torno de 70%, e que praticamente metade dos pacientes apresentam citologia positiva após o tratamento da lesão macroscópica, mesmo sem aparente permanência ou recidiva. A partir dos resultados encontrados acreditamos que grande parte dos pacientes já tratados por condiloma apresentam um risco de desenvolver novas lesões condilomatosas assim como futuras lesões intraepiteliais anais. Por isso o seguimento regular destes pacientes com exame físico e citologia anal é fundamental, de forma a detectar alterações, proporcionando tratamento mais precoce e diminuindo a morbidade possivelmente proveniente do tratamento e proporcionando também prevenção do câncer anal.

Aplicabilidade do projeto ao SUS

Acreditamos que o trabalho tem um potencial de direcionar os cuidados sobre HPV anal na população HSH, assim como para outras populações de maior risco, como mulheres com HPV genital, pessoas soropositivas e pacientes transplantados. O condiloma, apesar de ser uma lesão benigna, traz uma morbidade para o paciente devido à necessidade de tratamentos repetidos, seja em ambiente ambulatorial seja em centro cirúrgico, implicando também em tempo de afastamento das atividades diárias e laborativas e prejudicando a vida social e sexual. O HPV está relacionado ao câncer de ânus e a incidência deste tipo de câncer na população de risco é maior do que a incidência de câncer de colo uterino na população feminina como um todo. Apesar do tratamento com terapia antirretroviral, a incidência do câncer anal não vem caindo, como ocorre com outras doenças relacionadas ao HIV. A partir destes dados esperamos que as lideranças em saúde pública vejam os resultados de nosso estudo como fonte para instituir protocolos de rastreamento e seguimento de pacientes com risco maior de infecção por HPV anal.

Dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento do projeto pela pandemia de COVID-19

Acreditamos que, devido à pandemia, era complicado seguir recrutando indivíduos ou mesmo pedir que os pacientes seguissem indo às consultas de seguimento, visto que para tal seria necessário uso de transporte coletivo, ou ficar em sala de espera. Esperamos que futuramente poderemos fazer novo recrutamento para consulta final de seguimento.

<i>Título</i>	Avaliação de Arbovírus (Dengue, Zika vírus e Chikungunya) em doadores e receptores de Transplante de Células-tronco Hematopoiéticas do HC-FMUSP
<i>Coordenador(a)</i>	silvia Figueiredo Costa
<i>Instituição</i>	Hospital das Clinicas da Universidade de São Paulo
<i>Equipe</i>	Fernando Nivaldo de Oliveira (Hospital das Clinicas), Vanderson Rocha (Hospital das Clinicas)
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	Hospital das Clinicas
<i>Âmbito</i>	Estadual
<i>Equipe na instituição parceira</i>	Suzete Cleusa Ferreira Spina (Hemocentro -Hospital das clinicas)
<i>Contrapartida</i>	Realização teste sorológicos e RT-PCR
<i>Problema inicial</i>	Estudar o risco de transmissão de DENV, ZKV e CHKV por hemocomponentes na população TCTH
<i>Metodologia</i>	Trata-se de uma coorte prospectiva de receptores e doadores de TCTH realizada no HC da FMUSP, no período de 01 de janeiro de 2017 a 19 de julho de 2018. Os pacientes foram avaliados por meio de sorologia e RT- PCR para DENV, ZKV e CHKV pré-transplante e semanalmente até a enxertia neutrofílica. Nos casos considerados positivos (RT-PCR positivo e/ou sorologia com soroconversão), foi realizada também a investigação nos componentes sanguíneos que os pacientes receberam durante internação para avaliar a possibilidade da transmissão transfusional destas arboviroses.
<i>Resultados</i>	Foram incluídos 93 pacientes durante o período do estudo. A idade média foi de 52 anos e houve predominância de indivíduos do sexo masculino (56,9%). Foram considerados 5 (5,3%) casos positivos por meio da sorologia na nossa amostra populacional. Todos estes decorreram de soroconversão. Nenhum caso apresentou RT-PCR positivo. Em 1 paciente, foi encontrada a soroconversão de IgM para DENV e os outros 4 apresentaram soroconversão de IgG para DENV. Os hemocomponentes investigados apresentaram RT-PCR de arborivose negativos.
<i>Conclusões</i>	Consideramos interessantes os achados de sorologia positiva para arbovírus entre os pacientes que relatavam história e ou diagnóstico prévio de DENV, ZVK e CHKV encontrados no nosso estudo. Notamos baixa prevalência de anticorpo IgM tanto para CHKV quanto ZKV, especialmente para o segundo, nos componentes sanguíneos, denotando, a menor prevalência do agente durante o período do nosso estudo no estado de São Paulo. Além disso, o não encontro de bolsas virêmicas está de acordo com o esperado devido a baixa circulação desses vírus na cidade de São Paulo no período da realização do estudo.
<i>Aplicabilidade do projeto ao SUS</i>	Na nossa casuística evidencia que a sorologia pode ser útil na triagem dos pacientes que serão submetidos a TCTH na avaliação de risco de exposição a DENV, ZVK e CHKY durante e após o transplante.
<i>Dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento do projeto pela pandemia de COVID-19</i>	Não foi possível realizar a defesa da tese de mestrado e nem a publicação do artigo.

<i>Título</i>	Efeito de Diferentes Programas de Exercício Físico de Baixo Custo no Indicador de Humor, Função Cognitiva, Nível de Atividade Física, Risco Cardiovascular e Custo com Tratamento em Pacientes com Transtornos Depressivos no Sistema Único de Saúde
<i>Coordenador(a)</i>	Carlos Ugrinowitsch
<i>Instituição</i>	Escola de Educação Física e Esporte - Universidade de São Paulo - EEFÉ-USP
<i>Equipe</i>	Carlos Ugrinowitsch - Escola de Educação Física e Esporte - Universidade de São Paulo Raphael Mendes Ritti Dias - Hospital Israelita Albert Einstein - Universidade Nove de Julho Beny Lafer - Instituto de Psiquiatria - Universidade de São Paulo Jamile Sanches Codogno – Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho – UNESP Lucas Melo Neves - Universidade Santo Amaro
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo
<i>Âmbito</i>	Municipal
<i>Equipe na instituição parceira</i>	Valéria Juday – Hospital Israelita Albert Einstein/SUS
<i>Contrapartida</i>	Autorização para captação de pacientes
<i>Problema inicial</i>	Três importantes aspectos justificam esta proposta: 1) elevado valor que o Brasil tem gasto no tratamento de saúde primária, como por exemplo, nas UBS's com pacientes com depressão; 2) além do custo com tratamento da depressão, estes pacientes praticam pouca atividade física no seu cotidiano, apresentam problemas cardiovasculares e comprometimento cognitivo, o que aumenta ainda mais os custos com tratamento pela UBS's. Além disso, problemas cardiovasculares é uma das principais causas de morte nesses pacientes; 3) existem evidências de que o exercício aeróbio tem efeito positivo no indicador de humor, no déficit cognitivo e nos fatores de risco cardiovascular em diferentes populações, por outro lado, também existem evidências de que o exercício aeróbio com elevada complexidade motora (coordenativo) pode potencializar a melhora neste desfechos, porém, até o presente momento, não existem estudos que testaram e compararam a efetividade destes dois tipos de exercício no indicador de humor, função cognitiva, nível de atividade física, nos fatores de risco cardiovascular e no custo com tratamento de pacientes com transtorno depressivo no ambiente do SUS, ou especificamente nas UBS's. Tomados em conjunto, essa proposta apresenta uma elevada validade ecológica, uma vez que considerando os pacientes atendidos nas UBS's e as dificuldades presentes em relação às limitações de espaço e aderência aos programas de exercícios, nossa proposta torna-se muito viável pois os programas de exercício que serão utilizados podem apresentar potentes efeitos nos desfechos supracitados, serem de baixo custo e fácil aplicação, e reduzirem os custos do sistema único de saúde associados ao tratamento da depressão.
<i>Metodologia</i>	Foram selecionados para participar deste estudo 66 pacientes (sexo masculino e feminino) com o diagnóstico de depressão em atendimento regular na UBS parceira e sejam participante do programa de saúde mental da mesma. Critérios de inclusão: a) ter diagnóstico de transtorno depressivo pela entrevista MINI e pela equipe médica da UBS; b) estar em uso de tratamento farmacológico para saúde mental (utilização de medicamentos ansiolíticos ou antidepressivos); c) não ter participado de programa de exercício físico sistematizado nos últimos 6 meses e estar apto a realizar exercício físicos sistematizados (autorização médica); d) ter idade superior a 40 anos; e) não ter doenças crônicas degenerativas, demências (escore < 23 no Mini Exame do Estado Mental), lesões articulares ou musculares que o impeçam de realizar exercícios físicos sistematizados;

Estudo prospectivo, grupo paralelo, centro único, randomizado e controlado entre os anos de 2017 à 2019 com duas fases, sendo elas: Fase 1- triagem dos sujeitos; Fases 2 – seis meses de intervenção de treinamento (ensaio clínico randomizado) com re-avaliação dos desfechos do estudo. Na Fase 1 foi realizada a triagem para elegibilidade e inclusão dos pacientes no estudo (e.g., anamnese, Mini Exame do Estado Mental, nível de escolaridade, nível de atividade física - IPAQ, autopercepção de saúde, número de medicamentos referidos para uso contínuo, questionário de sintomas de depressão MADRS). Os indivíduos serão classificados em quartis de acordo com os resultados do questionário de sintomas de depressão (desfecho primário). Após a classificação, os indivíduos com transtornos de depressão alocados em cada um dos quartis foram aleatoriamente divididos em três grupos: grupo aeróbio (GA), grupo coordenação (GCO) e grupo controle (GC). Esse procedimento será utilizado para garantir a homogeneidade dos grupos na condição pré-treinamento. Na fase 2 do estudo, os grupos de treinamento receberam a intervenção (24 semanas). Nos momentos 0 e 24 semanas, todos os desfechos primários e secundários descritos a seguir foram avaliados para testar a eficácia dos programas de treinamento.

Resultados Pacientes com depressão apresentam taxas aumentadas de declínio cognitivo, diminuição do volume do hipocampo, piora da qualidade do sono, hipertensão, obesidade, ideação e comportamento suicida e diminuição da funcionalidade. Embora o exercício aeróbio contínuo também entendido como de baixa complexidade motora (BCM) promova a melhoria de alguns dos sintomas, comorbidades e condições acima mencionados, estudos recentes sugerem que a realização de exercícios aeróbios com elevada complexidade motora (ECM) pode ser mais benéfico para o declínio cognitivo, volume do hipocampo e a funcionalidade. Desta forma, este ensaio clínico controlado e randomizado comparou os efeitos do exercício com BCM e ECM no escore de depressão, função cognitiva, volume do hipocampo, expressão do fator neurotrófico derivado do cérebro, parâmetros do sono, parâmetros de risco cardiovascular, comportamento suicida, funcionalidade e custos de tratamento em pacientes com depressão. Métodos/delineamento: Sessenta e seis pacientes medicados com depressão foram selecionados em uma Unidade Básica de Saúde para participar deste estudo prospectivo, paralelo, unicego, de superioridade, controlado e randomizado. Pacientes com depressão de acordo com os critérios do DSM-V foram balanceados e distribuídos aleatoriamente em 3 grupos considerando o escore da escala de avaliação de depressão Montgomery-Asberg (MADRS) e número de episódios depressivos [grupo controle sem exercício (C), grupo BCM e grupo ECM]. Os grupos BCM e ECM se exercitaram por 60 minutos, duas vezes por semana, durante 24 semanas (em dias não consecutivos). A intensidade do exercício foi mantida entre 12 e 14 pontos da escala de percepção de esforço (~ 70-80% do valor da frequência cardíaca máxima). O grupo BCM realizou exercício aeróbio contínuo enquanto o grupo ECM realizou exercício com aumento progressivo da complexidade motora. Avaliadores cegos para a intervenção executaram antes e depois do período de intervenção os testes dos desfechos de interesse. O desfecho primário foi a mudança no escore de depressão medido pela escala MADRS. Os desfechos secundários incluíram medidas de função cognitiva, volume do hipocampo, expressão do fator neurotrófico derivado do cérebro, parâmetros do sono, parâmetros de risco cardiovascular, comportamento suicida, funcionalidade e custos de tratamento. Discussão: O presente estudo está em fase final de análise de dados. Até onde sabemos, esta é a primeira investigação pragmática para testar o efeito da adição de exercícios de ECM ao tratamento farmacológico de pacientes com depressão e avaliar as possíveis reduções nos sintomas da depressão e custos de saúde. De forma geral, os dois grupos de exercício físico reduziram os sintomas de depressão abaixo do ponto de corte para remissão (10 pontos ou menos), o que não ocorreu no grupo controle (15 pontos).

Conclusões Programas de exercício físico são aplicáveis no ambiente do SUS para pacientes com depressão;

A combinação de exercícios físicos ao tratamento convencional potencializou a redução dos sintomas de depressão dos pacientes envolvidos;

O número de sujeitos em ensaios clínicos futuros na temática deve ser ampliado;

*Aplicabilidade do
projeto ao SUS*

*Dificuldades
enfrentadas para o
desenvolvimento
do projeto pela
pandemia de
COVID-19*

Em função das demandas de ação remota, ampliação da carga de atividades com pareceres e relatórios durante a pandemia, aumento do número de reuniões virtuais, consideramos que o tempo para redação, submissão, parecer e possível aceite dos trabalhos para este projeto está acima do que projetos similares anteriores necessitou.

<i>Título</i>	FERRAMENTA DE MONITORAMENTO DE NÍVEIS DE FRAGILIDADE EM IDOSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: AVALIAÇÃO DE SUA EFETIVIDADE E EFICÁCIA
<i>Coordenador(a)</i>	Marisa Silvana Zazzetta
<i>Instituição</i>	Centro de Ciências Biológicas e de Saúde- Universidade Federal de São Carlos
<i>Equipe</i>	Dr ^a Aline Cristina Martins Gratão (UFSCar); Dra. Anna Raquel Gomes (UFPR); Dra. Ariene Angelini Dos Santos Orlandi (UFSCar); Dr ^a Carla Manuela Crispim Nascimento (UFSCar); Dr ^a Fabiana de Souza Orlandi (UFSCar); Dr ^a Grace Angélica de Oliveira Gomes (UFSCar); Dr. Herick Fernando Moralles (UFSCar); Herique Pott Junior (UFSCar - Colaborador) Dr. Jader José de Oliveira (Colaborador); Dr ^a Karina Gramani Say (UFSCar); Dr ^a Letícia Pimenta Costa Guarisco (UFSCar); Dr ^a Márcia Cominetti (UFSCar); Dr. Moacir Antonelli Ponti (ICMC-USP); Dr ^a Renata Pontin de Mattos Fortes (ICMCUSP); Dr ^a Sofia Iost Pavarini (UFSCar);
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	Prefeitura Municipal De São Carlos
<i>Âmbito</i>	Municipal
<i>Equipe na instituição parceira</i>	Prefeitura Municipal De São Carlos
<i>Contrapartida</i>	Espaço físico, acesso a informação, interação com equipes de Unidades de Saúde da Família ao longo do projeto, com especial destaque na fase de coleta de dados.
<i>Problema inicial</i>	A atenção tardia a uma condição de saúde pode implicar na perda da funcionalidade ou instalação da fragilidade em pessoas idosas. Nessa população a fragilidade torna-se uma condição altamente prevalente, representando um problema de saúde pública. O maior risco para a instalação da síndrome da fragilidade pode ser influenciado pela presença de outros fatores como as condições econômicas desfavoráveis, a baixa escolaridade e a pobreza. A Atenção Primária à Saúde pode oferecer atendimento integral à pessoa idosa, a partir da identificação das necessidades específicas das pessoas em condições de não fragilidade, vulneráveis ao desenvolvimento de fragilidade ou frágeis. Entretanto, são escassas as ferramentas de identificação da fragilidade, bem como, a geração de dados para o planejamento e monitoramento das condições de fragilidade no Sistema Único de Saúde.
<i>Metodologia</i>	O ponto de partida foi o protótipo de ferramenta computacional para fragilidade, desenvolvido em estudo anterior (PPSUS 2013-2015). Planejaram-se duas etapas. A primeira aprimorou a funcionalidade da ferramenta computacional. A segunda referiu-se ao uso da ferramenta em ambiente real, em que membros das equipes de saúde e pesquisadores identificaram e analisaram-se os dados derivados do software. Se utilizaram reuniões de consenso, grupos focais com as equipes de saúde participantes para atualização da ferramenta. O estudo também realizou um segunda avaliação da fragilidade e condições de saúde, nos domicílios das pessoas idosas que participaram do estudo de 2013-2015. Este desenho de estudo contribuiu para conhecer de forma mais robusta a fragilidade em pessoas idosas.
<i>Resultados</i>	Foram monitorados a acessibilidade e a usabilidade por meio de data loggers e o uso dos serviços de saúde pelos idosos. Foram avaliados 238 idosos, com a média de idade de 71,99 anos (dp=7,31), pertencentes ao sexo feminino (58,4%), brancos (49,6%), com parceiros (60,9%) e média de anos de estudo de 2,65 (dp=2,82). Em relação à fragilidade 20,% dos idosos foram avaliados como frágeis pelo fenótipo de Fried, enquanto que de acordo com a Escala de Fragilidade de Edmonton 56,7% são frágeis. Já a avaliação subjetiva de Nunes pontuou 11,6% dos idosos como frágeis. Quanto à análise da regressão multivariada observou-se que pertencer ao gênero feminino (OR: 0,476; IC95%:0,197-1,147), ter maior escolaridade (OR: 0,861; IC95%:0,749-0,989) e ser independente (OR: 0,333; IC95%:0,150-0,740) se apresentaram enquanto fatores protetores à fragilidade Da análise qualitativa surgiram as categorias: "a percepção das equipes acerca da saúde da pessoa idosa" a qual revelou a situação de saúde e os determinantes financeiros, assim como também a

necessidade de apoio social. Outra categoria foi: "O plano terapêutico" que trouxe reflexões sobre a sua construção nas reuniões de equipe e também "Condutas de atendimento ao Idoso" que reúne relatos referentes às formas de avaliação, o contexto da visita domiciliar, o uso de informações da Caderneta de saúde e a Tomada de decisão. Por último, a categoria "potencialidade e limitações" revelou as tensões nas práticas de cuidado.

Conclusões

O trabalho permitiu concluir que o protótipo de uma ferramenta computacional para avaliar fragilidade que utilizou instrumentos de avaliação desenvolvidos e/ou validados no Brasil (avaliação de fragilidade auto-referida -Nunes, 2011 e Escala de Fragilidade de Edmonton -Wehbe, 2009) mostrou-se efetiva, eficiente e acessível na detecção de níveis de fragilidade em idosos da ABS. Constitui-se numa ferramenta inovadora dado que, além de proporcionar o cálculo imediato da fragilidade, elenca um ranking de fatores associados que, para essa população avaliada, pode auxiliar na tomada de decisões das equipes, em termos de condutas individualizadas ou para o coletivo do território. O estudo demonstrou que a continuidade do processo que teve início em projeto PPSUS 2013-2014 teve relevância para efetuar diversas análises do banco de dados que permitiram melhorar os recursos da ferramenta.

Aplicabilidade do projeto ao SUS

Os gestores municipais de saúde requerem ferramentas inovadoras, ágeis, de baixo custo, seguras e eficientes para agilizar as tarefas do dia-a-dia das equipes e dos agentes comunitários de saúde que atuam na Rede de Atenção à Saúde e são responsáveis pela identificação precoce dos sinais e sintomas de afeções que acometem as pessoas idosas, residentes na comunidade e visitados em seus domicílios. A identificação da fragilidade no âmbito da atenção primária é necessária e recomendada desde antes do momento da pandemia. A ferramenta computacional mostra-se efetiva para a solução da necessidade de estratificação de risco, possibilitando conhecer não apenas o nível de fragilidade senão também um ranking de fatores associados de acordo com as respostas de cada pessoa avaliada, garantindo o monitoramento da fragilidade pelos agentes comunitários em suas áreas territoriais ou pelos os gestores em suas unidades, uma vez que a ferramenta armazena os dados por agente e por unidade, possibilitando o mapeamento de fragilidade individualmente ou por território, otimizando a tomada de decisões baseadas em evidências.

<i>Título</i>	Estudo de Cooperação Internacional para o tratamento de oclusão aguda da artéria basilar
<i>Coordenador(a)</i>	Octávio Marques Pontes Neto
<i>Instituição</i>	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo
<i>Equipe</i>	Francisco Antunes Dias (HCFMRP-USP), Daniel Giansante Abud (HCFMRP-USP), Sheila Cristina Ouriques Martins (HCPA-UFRGS), Francisco José Mont'Alverne (HGF), Fabricio Oliveira Lima (HGF), Wouter J. Schonewille (St. Antonius Hospital, Holanda).
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	Departamento Regional de Saude XIII - Ribeirão Preto
<i>Âmbito</i>	Regional
<i>Equipe na instituição parceira</i>	Ronaldo Dias Capeli
<i>Contrapartida</i>	DRS forneceu informações sobre fluxo de paciente para uma posterior análise de custo-efetividade para o tratamento endovascular do AVC
<i>Problema inicial</i>	A melhor estratégia terapêutica para o tratamento do AVC por oclusão da artéria basilar ainda está indefinida. O estudo teve como objetivo o tratamento endovascular (TE) adicional ao tratamento clínico otimizado (incluindo trombólise endovenosa) em pacientes com OAB é mais eficaz e seguro do que o melhor tratamento clínico otimizado?
<i>Metodologia</i>	ensaio clínico fase III, acadêmico, organizado e conduzido por investigadores independentes em colaboração internacional multicêntrica, controlado e randomizado, aberto com avaliação cega de desfechos, com o objetivo de fornecer resposta sobre a eficácia e custo-efetividade do tratamento endovascular na fase aguda do AVC isquêmico secundário a oclusão da artéria basilar (OAB) no SUS.
<i>Resultados</i>	Foram randomizados pacientes para tratamento endovascular (TEV) associado a tratamento clínico padrão (grupo de intervenção) ou apenas tratamento clínico padrão (grupo controle). O TEV deveria ser iniciado dentro de 6 horas do tempo estimado de oclusão da artéria basilar. O desfecho primário do estudo era evolução funcional favorável, definido como um escore de 0 a 3 na escala de Rankin modificada em 90 dias. Os desfechos primários de segurança foram hemorragia intracraniana sintomática (ICH) e mortalidade geral aos 90 dias. Comparamos as razões de risco (RR) com os intervalos de confiança (IC) correspondentes de 95%, ajustados por incompatibilidade de linha de base. Resultados obtidos: 154 dos 300 pacientes inscritos foram alocados para o grupo controle de intervenção, dos quais 121 pacientes (78,6%) foram tratados com IVT (116/146 pacientes (79,5%) no grupo de controle). O desfecho favorável não foi mais frequente na intervenção do que no grupo controle (68/154 (44,2%) vs. 55/146 (37,7%); aRR, 1,18; IC 95%, 0,92-1,50. Em análises pré-específicas do subgrupo, os pacientes com NIHSS \geq 10 no grupo de intervenção se saíram melhor (31/42 (74%) vs. 17/36 (47%); aRR, 1,45 (1,03-2,04). IC 95% 0,8-46); mortalidade aos 90 dias foi de 38,3% e 43,2%, respectivamente (aRR 0,87; IC 95% 0,68-1,12). Conclusões Em pacientes com oclusão da artéria basilar em geral, o TEV em pacientes com oclusão da artéria basilar é seguro, mas sem benefício estatisticamente significativo sobre o tratamento. O TEV parece ser mais eficaz que o tratamento clínico principalmente em pacientes com oclusão da artéria basilar e déficit neurológico mais grave (NIHSS \geq 10). Os resultados deste estudo já foram aceitos para publicação numa das principais revistas médicas no mundo.
<i>Conclusões</i>	Em pacientes com oclusão da artéria basilar em geral, o TEV em pacientes com oclusão da artéria basilar é seguro, mas sem benefício estatisticamente significativo sobre o tratamento. O TEV parece ser mais eficaz que o tratamento clínico

	principalmente em pacientes com oclusão da artéria basilar e déficit neurológico mais grave (NIHSS \geq 10).
<i>Aplicabilidade do projeto ao SUS</i>	Juntamente com os dados do estudo RESILIENT sobre a eficácia e custo-efetividade da trombectomia mecânica para o AVC de circulação anterior no SUS realizado no Brasil e publicado na revista NEJM por pesquisadores da Rede Nacional de Pesquisa em AVC, estes dados reforçam a importância da incorporação recente da trombectomia mecânica ao SUS. Uma análise de custo efetividade do tratamento endovascular para oclusões da circulação posterior (oclusão de artéria basilar) está em andamento.
<i>Dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento do projeto pela pandemia de COVID-19</i>	

<i>Título</i>	AVALIAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO DO MODELO DE GESTÃO COMPARTILHADA: DESAFIO EDUCACIONAL PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE			
<i>Coordenador(a)</i>	Andrea Bernardes			
<i>Instituição</i>	EERP/USP			
<i>Equipe</i>	Andrea Bernardes - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP Carmen Silvia Gabriel - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP Fernanda Ludmilla Rossi Rocha - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP Greta G. Cummings - University of Alberta/UofA Rosangela Andrade Aukar de Camargo - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP Elaine Cantarella Lima - Aluna Doutorado da EERP/USP JAINE NOVAIS DA SILVA - aluna de graduação da EERP/USP			
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	DRS XIII			
<i>Âmbito</i>	Regional			
<i>Equipe na instituição parceira</i>	Carmen Élida Moisés Marta Silva	A.	S.	Carnim Luchesi Júnior
<i>Contrapartida</i>	Comunicação com os gestores e trabalhadores dos municípios que compõem o DRS XIII; Interação com os interlocutores da Educação Permanente em Saúde.			
<i>Problema inicial</i>	O projeto buscou identificar as dificuldades relacionadas à implantação da gestão participativa nos municípios que compõem o DRS XIII.			
<i>Metodologia</i>	Por meio da capacitação realizada aos gestores e trabalhadores do SUS, buscamos solucionar os problemas identificados.			
<i>Resultados</i>	<p>Dos 229 profissionais que aceitaram participar da pesquisa, seis (2,6%) eram gestores e 223 (97,4%) trabalhadores, 56 (24,5%) do sexo masculino e 172 (75,1%) do sexo feminino, sendo que um participante não informou o sexo. Dentre os profissionais, 76 (33,2%) eram técnicos de enfermagem, porém a maior parte dos entrevistados ocupava o cargo de auxiliar de enfermagem 78 (34,1%). Participaram também médicos (14,4%) e enfermeiros (20,1%).</p> <p>Dos seis gestores entrevistados, três relataram que a instituição onde eles atuam adota o modelo participativo de gestão, e dois que o modelo de gestão compartilhada está em processo de implementação na instituição. Apenas um gestor relatou que o Pronto Atendimento do município onde atua não adota o modelo participativo de gestão.</p> <p>Em relação à autonomia, 4 (66,7%) gestores assinalaram que dão autonomia aos trabalhadores para decidirem sobre questões cotidianas e todos relatam que a comunicação é dialógica.</p> <p>Contudo, diferentemente do relato dos gestores, a maioria dos trabalhadores em todas as Unidades de Pronto Atendimento, ou seja, 165 (74,0%), relatou que a instituição onde eles trabalham não adota o modelo participativo de gestão, 14 (6,3%) trabalhadores relataram que o modelo compartilhado de gestão está em processo de implementação e 41 (18,4%) trabalhadores relataram a adoção do modelo compartilhado de gestão pela instituição, sendo que a maior parte dos trabalhadores 102 (45,7%), relatou insatisfação com o modelo de gestão atual da instituição. Identificou-se que o momento da intervenção educativa se tornou um espaço de grande aprendizagem, valorizado por todos os participantes do curso de aperfeiçoamento. Houve aquisição de conhecimento, o que pode contribuir com a implementação do modelo compartilhado de gestão pelos municípios.</p>			
<i>Conclusões</i>	Por meio deste estudo foi possível observar que os gestores e trabalhadores têm visão destoante sobre o modelo de gestão adotado nas instituições de saúde. Enquanto os gestores afirmam que modelos de gestão mais participativos estão sendo implantados,			

	<p>os trabalhadores não parecem reconhecer nas suas atividades diárias princípios determinantes para sua caracterização. Os pressupostos do modelo de gestão compartilhada englobam concepções valiosas, como a comunicação dialógica, descentralização do poder e maior autonomia para a tomada de decisões. Contudo, ao analisar a opinião da maior parte dos trabalhadores que participou deste estudo, observa-se que o modelo hierarquizado ainda é muito utilizado no cotidiano das instituições.</p>
<p><i>Aplicabilidade do projeto ao SUS</i></p>	<p>Os resultados desta pesquisa devem proporcionar mudanças na prática profissional da equipe interdisciplinar, haja vista que poderão perceber o dissenso entre a percepção e a ação do gestor e, mais importante, trabalhar em prol da modificação desta realidade, de modo que a gestão compartilhada realmente faça parte do cotidiano nas instituições de saúde. Entende-se que a adoção de modelos de gestão mais participativos deve levar ao aumento da qualidade nos serviços de saúde, beneficiando não somente os profissionais, mas pacientes, família e comunidade.</p>
<p><i>Dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento do projeto pela pandemia de COVID-19</i></p>	<p>Dada a situação epidemiológica, houve atraso na elaboração da tese e, conseqüentemente, na divulgação dos resultados.</p>

<i>Título</i>	Apoio Institucional e Educação Permanente em Saúde em uma Região de Saúde do interior de São Paulo: uma pesquisa intervenção.
<i>Coordenador(a)</i>	Cinira Magali Fortuna
<i>Instituição</i>	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
<i>Equipe</i>	<p>Profa Dra Cinira Magali Fortuna, livre docente no Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da EERP-USP. (coord)</p> <p>Profa. Dra. Adriana Barbieri Feliciano, Departamento de Enfermagem – UFSCar. Pós-doutoranda na EERP-USP;</p> <p>Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata, Departamento de Enfermagem– UFSCar;</p> <p>Prof. Dr. Flávio Adriano Borges Melo, Departamento de Enfermagem da UFSCar;</p> <p>Me. Mônica Vilchez da Silva, DRS III Araraquara – Mestre em Ciências da Saúde pela UFSCar;</p> <p>Rosenéia Braz de Souza, DRS III Araraquara;</p> <p>Me. Priscila Norié de Araujo, Mestre em Ciências EERP-USP;</p> <p>Me. Karemme Ferreira de Oliveira, Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto - Mestre em Ciências pela EERP-USP;</p> <p>Me. Gabriela Alvarez Camacho, Doutoranda do PPGEnf -UFSCar;</p> <p>Erika Cristina Diniz, Secretaria Municipal de Saúde de Itápolis- SP, Mestranda do Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica da UFSCar;</p> <p>Me. Siliani Aparecida Martinelli, Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos - Mestre em Educação Especial UFSCar;</p> <p>Gláucia Tamburú Braghetto, Enfermeira Bolsista TT3;</p> <p>Me. Maristel Kasper, Enfermeira Bolsista TT3;</p> <p>Thalita Caroline Cardoso Marcussi, Enfermeira Bolsista TT3.</p>
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	Departamento Regional de Saúde de Araraquara - DRS III, Secretaria Municipal de Saúde de Itápolis, Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos. UFSCAR, através do Departamento de Enfermagem
<i>Âmbito</i>	Regional
<i>Equipe na instituição parceira</i>	<p>Mônica Vilchez da Silva, DRS III Araraquara</p> <p>Rosenéia Braz de Souza, DRS III Araraquara</p> <p>Siliani Aparecida Martinelli, Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos</p> <p>Erika Cristina Diniz, Secretaria Municipal de Saúde de Itápolis- SP</p> <p>Profa. Dra. Adriana Barbieri Feliciano, Departamento de Enfermagem – UFSCar, Pós-doutoranda na EERP-USP;</p> <p>Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata, Departamento de Enfermagem– UFSCar;</p> <p>Prof. Dr. Flávio Adriano Borges Melo, Departamento de Enfermagem da UFSCar.</p>
<i>Contrapartida</i>	<p>O DRS III de Araraquara, teve participação ativa em todas as fases da pesquisa, como a articulação das ações nos territórios dos 24 municípios, apresentações e negociações em instâncias regionais de gestão como as Comissões Intergestores Regional das quatro regiões de saúde participantes. Houve empréstimos de salas e das estruturas do Departamento e negociação com a escola técnica CEFOR-Araraquara, para uso das dependências na realização de atividades. Houve a liberação por parte da Direção/Chefias imediatas das profissionais para desenvolver atividades relacionadas com a pesquisa.</p> <p>A contrapartida da Secretaria Municipal da Saúde de Itápolis, foi a liberação por parte da gestão municipal e a dedicação da profissional para a pesquisa. Quanto à Secretaria Municipal da Saúde de São Carlos, além da liberação para a participação da profissional envolvida, houve o empréstimo de salas para reuniões e infraestrutura. A contrapartida da UFSCar se deu com a participação de 02 docentes que dedicaram horas de trabalho para a investigação. Houve empréstimos de salas e equipamentos. Também houve envolvimento de pós-graduandos.</p>
<i>Problema inicial</i>	<p>O trabalho em saúde é complexo e as equipes apresentam necessidades de se atualizarem, de partilhar aprendizados no trabalho e de serem apoiadas em suas análises, dificuldades e reflexões. Nessa direção há no SUS duas políticas: a de Humanização (PNH) e a de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A SES-SP estabeleceu em cada Regional de Saúde os Centros de Desenvolvimento e</p>

	<p>Qualificação para o SUS e o de Araraquara criou, para o trabalho em parceria com os municípios, as funções de apoiadores e articuladores destinados à implementação das duas políticas. A questão do estudo era: quem são esses profissionais, o que e como estão fazendo? Quais dificuldades e conhecimentos? Quais ferramentas podem ajudar no exercício dessas funções?</p>
<i>Metodologia</i>	<p>Realizamos um estudo de abordagem qualitativa, do tipo pesquisa intervenção com o referencial teórico metodológico da Análise Institucional. Houve participação dos articuladores de EPS e apoiadores de humanização, gestores, pesquisadores docentes, mestrandos, doutorandos e gestores do CDQ e convidados. Fomos construindo uma caixa de ferramentas pela vivência e análise de diversos dispositivos como: oficina de arte, fotografia, análise de práticas, narrativas, grupo operativo, reunião de equipe e cenopoesia. Isso se deu por meio de dezenove sessões mensais, intercaladas com três sessões de restituição das análises e 29 entrevistas semi-estruturadas. Este percurso nos permitiu produzir dados para responder às questões de pesquisa.</p>
<i>Resultados</i>	<p>Encontramos diversidades no exercício das funções, sendo influentes o porte dos municípios, as características da rede e modelo de atenção à saúde, os modos de gestão adotados, a formação profissional inicial dos apoiadores e articuladores, a compreensão sobre humanização e EPS, a participação em curso ofertado e discussões sobre a função exercida. Em municípios de grande porte há grupos de trabalhadores destinados ao exercício de apoio à humanização e EPS. O apoio da gestão municipal interfere no trabalho destes atores. O acesso ao gestor municipal em algumas cidades é mais difícil, em municípios menores por vezes o acesso é mais facilitado, mas sofre interferências político-partidárias. Há rotatividade nas funções, pois grande parte são enfermeiros e psicólogos dividindo sua agenda para o exercício dessas funções, muitas vezes impedidos pela demanda de atendimentos. Atuam em sua grande maioria com a rede de atenção básica, talvez por estarem inseridos em UBS, USF e NASF. Colocaram em ação diversas ferramentas vivenciadas no transcorrer da pesquisa como uso de narrativas, análise de práticas profissionais, artes, ressignificação das reuniões de equipe e o próprio uso da construção de caixa de ferramentas com e para as equipes. Realizam atividades em reuniões com as equipes para análise do trabalho e discussão de temas específicos conforme agenda da saúde. Houve também mudanças quanto ao atendimento de EPS e humanização e reflexos na prática.</p>
<i>Conclusões</i>	<p>A produção coletiva de uma caixa de ferramentas e a vivência e análise conjunta foi importante e ampliou conhecimentos sobre o tema EPS e Apoio. O referencial teórico metodológico adotado foi facilitador de mudanças no processo como: revisão da indicação pelos gestores compreendendo melhor o papel e as políticas, estabelecimento de jornada específica para exercício da função, designação oficial de grupos de apoio e EPS. As ferramentas não são receitas e precisam ser reinventadas criativamente.</p>
<i>Aplicabilidade do projeto ao SUS</i>	<p>O estudo demonstra que as funções de apoio e articulação em seu exercício podem qualificar as equipes de saúde, mas necessitam de acompanhamento, que precisa ser construído e deve ser realizado pelos CDQ-SUS considerando suas atribuições, somado a parceria de universidades e serviços. Este arranjo pode se tornar uma rede escola, com apoiadores institucionais do SUS. As bases teórico metodológicas da pesquisa, proporcionam apropriação dos envolvidos e incorporação de resultados ao mesmo tempo que a pesquisa acontece, mostrando-se assim adequada para processos de mudanças nos serviços do SUS. Os efeitos da pesquisa extrapolam seus limites, com o uso de ferramentas em eventos, como a Mostra de Atenção Básica. Ainda destacamos a potência da parceria e articulação ensino-serviço em pesquisas que partem do cotidiano e tem por norte a produção de cuidados integrais em saúde no SUS. Os resultados foram compartilhados em eventos e em oficinas e contribuíram com a produção Plano Estadual de EPS.</p>

<i>Título</i>	Análise do trabalho em equipe e sua relação com satisfação dos profissionais no trabalho e satisfação dos usuários com a qualidade da assistência em serviços de atenção básica no Município de São Paulo
<i>Coordenador(a)</i>	Marina Peduzzi
<i>Instituição</i>	Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem
<i>Equipe</i>	Marina Peduzzi (Coordenadora) Patricia Campos Pavan Baptista Lislaine Aparecida Fracoli Daiane Aparecida Dias Everson Meireles Mitti Koyama Heloise Fernandes Lima Agreli Helton Saragor de Souza Lislaine Aparecida Fracoli Márcio Anderson Cardozo Paresque Mariangela Rosa de Oliveira Mitti Koyama Patricia Campos Pavan Baptista Pilar Espinoza Renata Cristina Ventura Mascarelle Ricardo Góes
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	Secretaria Municipal da Saúde-SP
<i>Âmbito</i>	Municipal
<i>Equipe na instituição parceira</i>	Katia Maria de Almeida Correia
<i>Contrapartida</i>	A instituição parceira colaborou dando acesso as informações necessárias para definir a amostra de equipes e profissionais e também de usuários, e colaborou tornando possível a coleta de dados com os profissionais nas unidades básicas de saúde e com os usuários pelo telefone.
<i>Problema inicial</i>	O problema de pesquisa era a efetividade do trabalho em equipe da Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal no município de São Paulo
<i>Metodologia</i>	O estudo procurou abordar este problema analisando a associação entre clima de equipe e satisfação no trabalho para conhecer se o clima mais favorável ao trabalho em equipe estaria relacionado a maior satisfação no trabalho dos membros da respectiva equipe e se a percepção dos usuários sobre os atributos da Atenção Primária a Saúde estaria relacionados a equipe que o atende na ESF com SB. Para isso foi realizada pesquisa de abordagem quantitativa descritiva correlacional e transversal desenvolvida com equipes da ESF com SB no município de São Paulo com amostra de 124 equipes sorteadas (1231 profissionais) e 871 usuários adscritos as equipes estudadas. Utilizaram-se duas escalas para coleta com as equipes: Clima de Trabalho em Equipe e Satisfação no Trabalho (S20/23) e, com os usuários, o Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil versão reduzida adultos).
<i>Resultados</i>	Os resultados evidenciaram associação direta e proporcional entre clima de equipe e satisfação no trabalho nas equipes de ESE com SB no município de São Paulo. Quanto maior o clima de equipe, maior a satisfação no trabalho e vice versa. Verificou-se no grupo de melhor clima de equipe, maior porcentagem de equipes classificados como tendo a melhor satisfação no trabalho e no grupo de pior clima de equipe, maior porcentagem de equipes com a média mais baixa de satisfação no trabalho. Quanto a percepção dos usuários sobre os atributos de APS identificaram-se diferenças de médias de escore de PCATool, sendo que o grupo CE2 (segundo melhor clima de equipe) apresentou média superior ao grupo CE3 (segundo pior clima de equipe). Verificou-se que 44,0% dos usuários referiram afiliação a apenas um profissional, 38,3% com dois ou mais profissionais e 17,8% com a UBS e observou-se que a média do escore de PCATool dos usuários que referiram afiliação

	a dois ou mais profissionais, interpretado como afiliação a equipe, foi superior a dos demais que apontaram vínculo com um profissional ou com a UBS, similares ente si.
<i>Conclusões</i>	O estudo mostrou que o trabalho em equipe na ESF com SB resulta em maior satisfação no trabalho para os profissionais, bem como sua relação com as relações hierárquicas, portanto com a gestão, e também que a percepção dos usuários sobre os atributos da APS é superior, mais positiva, entre aqueles que referem sua afiliação a equipe de saúde . Considerando que os atributos da APS assinalam a orientação para APS e qualidade das práticas na APS, os usuários que referiram vínculo com a equipe ESF com SB tem a percepção de melhor da qualidade do atendimento da equipe na APS do que aqueles que tem o vínculo principal com um profissional solo ou a unidade.
<i>Aplicabilidade do projeto ao SUS</i>	O estudo produziu evidências da efetividade do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal no município de São Paulo o que mostra que o trabalho em equipe na ESF é efetivo e produz bons resultados para os profissionais (maior satisfação no trabalho) e para os usuários (melhor percepção dos atributos da APS). Os resultados mais detalhados que constam no Relatório Científico aprovado pela Fapesp (processo 2016/14975-1) também evidenciam relações entre as dimensões de clima de equipe (participação segura, apoio para novas ideias, objetivos da equipe e orientação para tarefas) e de satisfação no trabalho (satisfação intrínseca ao trabalho e com ambiente físico, e satisfação com relações hierárquicas) que contribuem para a gestão das equipes e na educação permanente das equipes.

<i>Título</i>	Linha de Cuidado de Pessoas com Transtornos Fonoaudiológicos Neurogênicos Adquiridos no Município de Guarulhos
<i>Coordenador(a)</i>	Andréia de Fátima Nascimento
<i>Instituição</i>	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
<i>Equipe</i>	Ana Paula Lefèvre Machado - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos
<i>Âmbito</i>	Municipal
<i>Equipe na instituição parceira</i>	CARLOS CHNAIDERMAN
<i>Contrapartida</i>	ACOMPANHAMENTO
<i>Problema inicial</i>	O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das principais causas de mortalidade e de morbidade no mundo e no Brasil e está associado a sequelas que atingem diferentes aspectos da vida dos pacientes, dentre os quais se destacam os transtornos fonoaudiológicos neurogênicos adquiridos (TFNA), que compreendem os transtornos de fala e linguagem oral e/ou escrita (afasias, disartrias e apraxias) e os transtornos da alimentação (disfagias). O Ministério da Saúde, em suas “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral” explicita a necessidade de qualificação do cuidado por meio de equipes multiprofissionais; todavia, as sequelas relacionadas à comunicação e à alimentação tendem a receber menor atenção que as sequelas motoras (mais visíveis para a equipe de saúde e para os cuidadores informais). Este estudo teve os seguintes objetivos: Descrever a linha de cuidado aos pacientes com TFNA; (2) caracterizar o perfil dos portadores de TFNA; (3) Avaliar qualidade de vida dos pacientes com TFNA.
<i>Metodologia</i>	Foi realizado um estudo de caso em dois hospitais públicos de Guarulhos (um hospital geral e um hospital de referência para AVC). A amostra composta por pacientes internados em consequência do primeiro AVC, confirmado por tomografia computadorizada de crânio, durante doze meses consecutivos. Foram excluídos aqueles com doença neurológica prévia ou demência. Os dados foram coletados com uso de um instrumento padronizado para a caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes que incluiu o índice de comorbidade de Charlson (ICC). Para investigação e classificação dos TFNA, foram utilizados: a Funcional Oral Intake Scale (FOIS) para disfagia; o Bedside Evaluation Screening Test for Aphasia 2a versão (BEST-2), para afasia; e, para a detecção de disartrias, o Protocolo de Avaliação das Disartrias de Origem Central. As entrevistas realizadas durante a hospitalização aconteceram até sete dias após a internação. Os pacientes foram novamente entrevistados após seis e 12 meses após a hospitalização, com aplicação destes instrumentos de pesquisa, de um formulário para investigação do seguimento e do Stroke-Specific Quality of Life – SSQOL versão brasileira para avaliação da qualidade de vida.
<i>Resultados</i>	Dos 407 pacientes internados com hipótese de AVC foram incluídos 90 pacientes com o primeiro episódio. A média de idade foi 61,8 anos (desvio-padrão = 13,6). Metade eram homens e 42%, pardos; 78 (86,7%; (IC95%: 77,9% a 92,9%) pacientes apresentavam ao menos um TFNA após o primeiro AVC. A incidência de afasia foi 36,7% (IC95%: 26,7% a 47,5%), a de disfagia foi 50% (IC95%: 39,2% a 60,7%) e a de disartria foi 70% (IC95%: 59,4% a 79,2%). A combinação mais frequente de TFNA foi disartria e afasia (n = 21; 23,3%; IC95%: 15,0% a 33,4%). Dos 78 pacientes que apresentavam ao menos um TFNA, 40 (51,3%) não foram encaminhados para avaliação fonoaudiológica. Dos 63 com disartria, 23 (36,5%) foram encaminhados para avaliação e 31 (49,2%) foram acompanhados por fonoaudiólogo. O foco do atendimento de 22 destes pacientes foi o gerenciamento de

disfagia, sem registros em prontuário de seus padrões fonarticulatórios. Dos 33 pacientes com afasia, 14 (42,4%) foram encaminhados para avaliação e 17 (51,5%) foram acompanhados por fonoaudiólogo (apenas três prontuários continha m registro de condutas voltadas à linguagem, pois priorizou-se o gerenciamento de disfagia). Dos 45 pacientes com disfagia, 19 (42,2%) foram encaminhados para avaliação e 29 (64,4%) foram acompanhados pela equipe de fonoaudiologia.

Dos 50 pacientes entrevistados após seis meses, 30 (60%) receberam encaminhamento para acompanhamento fonoaudiológico (28 deles receberam encaminhamento por escrito); 27 encaminhamentos foram feitos por médicos e 3 por fonoaudiólogos; 18 encaminhamentos foram realizados na alta hospitalar, 8 durante consulta médica e os outros em outras ocasiões. 19 pacientes foram encaminhados para a Unidade de Reabilitação do Hospital Pimentas, 3 foram encaminhados para UBS, 4 para serviços especializados de reabilitação do SUS e em 2 encaminhamentos não havia especificação sobre qual serviço de saúde deveria ser procurado.

Foram realizadas 26 entrevistas após 12 meses da ocorrência do primeiro AVC. Nenhum paciente estava em acompanhamento fonoaudiológico quando foi realizada a entrevista. Apesar disto, um (3,8%) paciente apresentava disartria grave, três (11,5%) apresentavam disartria moderada e 10 (38,5%) apresentavam disartria leve. Cinco (19,2%) pacientes apresentavam algum grau de disfagia e quatro (15,4%) apresentavam afasia. Vinte e três pacientes completaram a escala de avaliação da qualidade de vida após o AVC; 20 (87,0%) apresentavam alta qualidade de vida, dois (8,7%) apresentavam média qualidade de vida e um (4,3%), baixa qualidade de vida.

Conclusões As incidências de disartria, disfagia e afasia na fase aguda após a ocorrência de AVC foram semelhantes às encontradas na literatura. Apesar da existência de diretrizes do Ministério da Saúde para atenção aos déficits de comunicação e deglutição na atenção aguda ao AVC, observou-se que a maior parte dos pacientes não foi avaliada pelas equipes de Fonoaudiologia dos dois hospitais participantes do estudo. O TFNA que recebeu maior atenção durante a internação foi a disfagia. A maior parte dos pacientes não realizou acompanhamento fonoaudiológico após a alta hospitalar, embora alguns mantivessem transtornos de linguagem e de alimentação. Não existem fluxos estabelecidos para o encaminhamento dos pacientes com TFNA pós-AVC após a alta hospitalar para a UBS ou para serviços de reabilitação.

Aplicabilidade do projeto ao SUS

1. O rastreamento dos TFNA pós-AVC por ser realizado por diferentes profissionais de saúde da equipe de atenção hospitalar, com uso de instrumentos padronizados de aplicação simples, mediante treinamento. Em nosso estudo as equipes de Fonoaudiologia dos dois hospitais estavam muito sobrecarregadas e o estabelecimento de protocolos de avaliação simples poderia aumentar a detecção de casos e otimizar o trabalho da equipe de Fonoaudiologia.
2. Como parte do procedimento de alta hospitalar a UBS de referência do paciente deveria ser notificada da ocorrência do AVC e da evolução durante a internação, incluindo a incidência ou não de TFNA, para que o seguimento e a reabilitação fossem iniciados o mais rapidamente possível.

<i>Título</i>	INQUÉRITO SOBRE TECNOLOGIAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO
<i>Coordenador(a)</i>	Maria de Lima Salum e Morais
<i>Instituição</i>	Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
<i>Equipe</i>	Pesquisadores do Instituto de Saúde Maria Cecília Goi Porto Alves Lígia Rivero Pupo Tereza Etsuko da Costa Rosa Marisa Feffermann Maria Beatriz M. Matias Pesquisadores da Coordenadoria de Regiões de Saúde da SES/SP Arnaldo Sala Neil José Sorge Boaretti
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	Coordenadoria de Regiões de Saúde da SES/SP
<i>Âmbito</i>	Estadual
<i>Equipe na instituição parceira</i>	Arnaldo Sala Neil José Sorge Boaretti
<i>Contrapartida</i>	A Coordenadoria de Regiões de Saúde da SES/SP forneceu dados das unidades de Atenção Básica do estado de São Paulo: nomes, endereços, telefone, nome do Gerente ou responsável, RAS, DRS etc. Profissionais da Coordenadoria incentivaram a disseminação regional dos resultados da pesquisa, auxiliaram no contato com a população- alvo e, principalmente, estiveram sempre articulados com a equipe de pesquisadores e presentes em reuniões do grupo.
<i>Problema inicial</i>	O estudo partiu da necessidade de compreender as características do sistema de prestação de cuidados em Saúde Mental nas unidades de Atenção Básica (AB) do estado de São Paulo com a finalidade de subsidiar os diversos níveis de gestão na qualificação desses cuidados. Para isso, achou-se necessário: verificar como eram identificadas as necessidades e oportunidades de intervenção associadas à saúde e ao sofrimento mental; conhecer a natureza, objetivos, características e formas de aplicação das intervenções e tecnologias utilizadas nas unidades de AB para responder a essas questões; conhecer como as unidades de saúde têm-se organizado para responder às demandas dessa natureza; e verificar as parcerias e articulações intersetoriais dos serviços para responder as necessidades ligadas à saúde e ao sofrimento mental.
<i>Metodologia</i>	Foi realizado inquérito em unidades de saúde da Atenção Básica, com coleta de dados por meio de entrevista telefônica. Tratou-se, portanto, de um estudo transversal em que a população de referência foi constituída pelas unidades de saúde da Atenção Básica existentes no estado de São Paulo. Optou-se pela utilização de amostragem probabilística na seleção das unidades para compor a amostra. Para o sorteio da amostra, 4941 estabelecimentos de Atenção Básica foram considerados. Para que a amostra fosse de ao menos 100 unidades no menor domínio, foram sorteadas 1000 unidades no total, distribuídas em 426 municípios. Foi elaborado questionário com questões de: caracterização das unidades, identificação da demanda em saúde mental (SM), organização do cuidado, intervenções em SM e articulações intersetoriais. Todos os procedimentos éticos de pesquisas com seres humanos foram seguidos.
<i>Resultados</i>	Foram feitas entrevistas em 879 unidades, assim distribuídas por porte do município: 217 em municípios de até 25 mil habitantes; 234 em municípios de 25 a 100 mil hab.; 335 em municípios com mais de 100 mil hab.; 93 no município de São Paulo. Quanto ao tipo de UBS, 32,6% eram tradicionais, 47,1% de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 20,3% tradicionais com ESF. Os resultados reiteraram a alta frequência com que aparecem demandas de saúde mental na AB e indicaram: baixa proatividade das unidades na busca e

reconhecimento de demandas em saúde mental; troca de receitas; uma perspectiva mais biomédica como relevantes na identificação dos problemas, que ocorreu com maior frequência nos atendimentos médicos e de enfermagem.; baixo planejamento do cuidado e pouca abrangência na articulação intersetorial. Também se observou a importância da presença de profissionais de saúde mental na qualificação do cuidado e no fortalecimento de ações psicossociais. Serviços de CAPS e de NASF, quando presentes nas respectivas regiões, revelaram-se importantes instâncias de respaldo às unidades básicas, principalmente sob a forma de apoio matricial. As intervenções mais comumente referidas foram feitas quando a unidade possuía profissional de SM, tendo sido a maior parte de procedimentos (triagem, acolhimento e psicoterapia) feita individualmente. Atividades em grupo e de promoção de saúde mental foram pouco frequentemente citadas.

As unidades do município de São Paulo se mostraram mais potentes na identificação, organização do cuidado, manejo psicossocial dos problemas e articulação intersetorial, seguidas pelos serviços dos municípios com mais de 100 mil habitantes. Os municípios pequenos se destacaram pelo uso de visitas domiciliares para a identificação dos problemas e pela presença de profissionais de SM na AB.

Conclusões

Constatou-se que as unidades básicas de saúde são um ponto de atenção importante no acolhimento da demanda de saúde mental, embora nem todas ofereçam respostas efetivas de cuidado aos usuários e a suas famílias e se limitem a encaminhar para outros serviços ou a oferecer medicação. Destaca-se, quanto às intervenções em Saúde Mental, a importância dos NASF e CAPS no matriciamento e assessoria às unidades básicas. Evidencia-se a necessidade de maior apoio da gestão na qualificação dos profissionais não especializados da AB para o cuidado de casos de sofrimento mental comum e em ações de promoção à saúde mental.

Aplicabilidade do projeto ao SUS

Acredita-se que o conhecimento dos problemas de cuidado em SM na AB, essencial para a universalidade e integralidade da atenção à saúde, necessita de incentivo por parte dos gestores nos seguintes sentidos, dentre outros: reconhecimento das necessidades e demandas em SM da população no território; qualificação dos profissionais não especializados para o acolhimento e atendimento a questões básicas de sofrimento mental comum; ampliação do número e qualificação de profissionais especializados no apoio matricial às equipes de AB; incentivo ao cuidado psicossocial e não estritamente médico e biologizante; estímulo ao trabalho em grupo multiprofissional e multidisciplinar; apoio ao trabalho da AB em rede com a atenção especializada e dispositivos de atenção a urgências e emergências; estímulo à articulação intersetorial para a promoção em saúde mental e para a resolução de problemas de sofrimento mental.

<i>Título</i>	Arranjos tecnológicos de gestão do cuidado em um Hospital de Pronto Socorro
<i>Coordenador(a)</i>	Luiz Carlos de Oliveira Cecilio
<i>Instituição</i>	Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM)
<i>Equipe</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Profa. Dra. Rosemarie Andreazza –Professora Associada do Departamento de Medicina Preventiva (EPM-Unifesp). • Prof. Dr. Ademar Arthur Chioro dos Reis – Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva (EPM- Unifesp). • Profa. Dra. Ana Lucia Medeiros - Pertence ao quadro técnico de nível superior do Departamento de Medicina Preventiva (EPM-Unifesp). • Profa. Dra. Eliane Cardoso de Araujo - Professora Associada do Departamento de Medicina Preventiva (EPM- Unifesp). • Profa. Dra. Mariana Cabral Schweitzer –Professora-adjunta do Departamento de Medicina Preventiva (EPM-Unifesp). • Prof. Dr. Tiago Correia –Professor do Centro de Investigação e Estudos em Sociologia – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – Instituto Universitário de Lisboa – Portugal (Cies-Iscte-IUL) • Profa. Dra. Graça Carapinheiro - Professora Titular do Centro de Investigação e Estudos em Sociologia – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – Instituto Universitário de Lisboa – Portugal (Cies-Iscte-IUL) • Prof. Dr. Nicanor da Silva Pinto - Pertence ao quadro técnico de nível superior do Departamento de Medicina Preventiva (EPM-Unifesp). • Profa. Dra. Sandra Maria Spedo - Pertence ao quadro técnico de nível superior do Departamento de Medicina Preventiva (EPM-Unifesp). • Profa. Dra. Denizi Reis –Pertence ao quadro técnico de nível superior do Departamento de Medicina Preventiva (EPM-Unifesp).
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	Secretaria municipal de São Bernardo do Campo - Hospital de Pronto-Socorro - SBC
<i>Âmbito</i>	Municipal
<i>Equipe na instituição parceira</i>	Fadel e meire
<i>Contrapartida</i>	Campo de realização da pesquisa; discussão conjunta dos achados; implantação (se for o caso) de novos arranjos.
<i>Problema inicial</i>	Os serviços hospitalares de emergência (SHE) são os pontos de atenção dos Sistemas de Saúde onde se manifestem os fenômenos de demanda excessiva, como a superlotação marcadas por variadas dimensões do sofrimento humano. Os SHE acolhem a repressão de demanda gerada em outros pontos de atenção do sistema de saúde; o que acarreta um alto tempo de espera para atendimento; a indisponibilidade de leitos hospitalares para internações, o que leva a permanência de um grande número de pacientes, por longos períodos, em macas nos corredores. O objetivo foi analisar os processos de coordenação e gestão do cuidado em um Hospital de Pronto Socorro a partir da caracterização micropolítica dos arranjos tecnológicos utilizados para gestão do cuidado, que visam superar a fragmentação e a descontinuidade da assistência à saúde, em particular a Classificação de Risco-Manchester e o Kanban.
<i>Metodologia</i>	Foi realizado um estudo qualitativo, tipo estudo de caso de ethos etnográfico, que fez uso de múltiplas técnicas para a produção dos dados: 1. Análise documental/revisão sistemática; 2. Entrevista coletiva com dirigentes do SHE; 3. Observação participante do cotidiano das equipes que operam o Sistema de Classificação de Risco e o Kanban, com a produção de diários de campo; 4. Observação participante na sala de espera para atendimento; 5. Coleta de histórias de vida de usuários dos dois arranjos. O estudo buscou envolver os atores institucionais em todas as fases da pesquisa, a partir da realização dos seminários compartilhados com as equipes de gestão e com as equipes que operam os dispositivos no correr do processo. Realizaram-se os seminários quinzenais para o processamento e discussão e análise dos trabalhos de campo.
<i>Resultados</i>	O estudo teve início no momento em que se fazia a transição de gestão municipal. O ponto de partida para essa nova aproximação e distensionamento foi o

reconhecimento, muito precoce, feito pelos pesquisadores, de que, a despeito da mudança de gestão, os arranjos implantados pela gestão anterior continuavam funcionando e com forte adesão dos trabalhadores. Na tradição da administração pública de ruptura muito radical de arranjos e projetos que ocorre com a mudança do gestor municipal, essa continuidade, por si, dos arranjos, foi um primeiro achado da investigação. Por outro lado, eles iam assumindo configurações, dinâmicas funcionamento muito diferenciadas, demonstrando uma plasticidade dos arranjos. Observou-se, portanto, continuidade (reprodução) e mudança (plasticidade) dos arranjos, como a dupla face de uma moeda. Tendo como ponto de partida o interesse pelo funcionamento do Kanban e o Manchester, fomos caminhando, para a questão da equipe multiprofissional. Podemos destacar três blocos. Os médicos. Há uma boa adesão dos médicos aos arranjos; não há resistência visível aos arranjos; Há um sinergismo entre poder médico e poder administrativo, - “os híbridos” (médicos em função administrativa) têm presença destacada no hospital. Enfermeiros São importantes as transformações vividas; no Manchester, essas transformações são mais visíveis à medida que a enfermagem passa a ocupar papel proeminente na regulação do acesso. Não médicos-não enfermeiros. o conceito de equipe multiprofissional só poderá ser usado tendo-se em conta as relações de poder que se estabelecem entre os blocos, e, principalmente, o grau de autonomia com que exercem seu trabalho.

Conclusões O Kanban e o Manchester são dispositivos operados para um trabalho sob pressão. A decisão compartilhada assume uma lógica mais coletiva de distribuição de responsabilidades.

O Hospital vive uma disjunção entre os tempos do gestor, dos profissionais, e o dos usuários Os “híbridos” buscam uma aproximação entre esses tempos O estudo deu visibilidade aos profissionais “imprescindíveis” – aqueles que dedicam uma parte importante de suas vidas ao hospital - questão nem sempre valorizada, nem sempre reconhecida no organograma, mas que são um “lubrificante” do hospital.

Aplicabilidade do projeto ao SUS A pesquisa confirma a importância do que tem sido denominado da dimensão organizacional do cuidado, isso é como são articulados os processos de trabalhos e definidas atividades e responsabilidades profissionais, como são implementadas e avaliadas as medidas de segurança dos pacientes, como é feita a comunicação na equipe e sua coordenação, como são realizados e compartilhados os registros, mas, também, como são os fluxos internos ao hospital e sua articulação com os sistemas loco-regionais de saúde. O Kanban e o Manchester são típicos instrumentos de dessa dimensão organizacional do cuidado e nos indicam como as organizações podem ser mais ou menos cuidadoras a depender de como é feita sua gestão. A promoção do Simpósio “Arranjos tecnológicos de gestão do cuidado em um Hospital de Pronto Socorro”, permitiu que os achados da pesquisa fossem compartilhados e analisados criticamente por gestores hospitalares e pesquisadores vinculados à importantes centros universitários brasileiros. A vivência dos usuários com os dispositivos ainda está sendo avaliada em uma pesquisa complementar, dentro de um projeto de doutorado orientado pelo pesquisador responsável, com uma boa parte do campo já realizado. A metodologia do estudo é do tipo qualitativo, com a realização com a produção de histórias de vida de pacientes que usaram o hospital, buscando caracterizar o hospital como parte do mapa de cuidado que essas pessoas vão construindo, circulando pelos vários serviços de saúde, na busca do cuidado de que necessitam.

<i>Título</i>	LINHA DE CUIDADO PARA A SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO
<i>Coordenador(a)</i>	Mariana Arantes Nasser
<i>Instituição</i>	Centro de Saúde Escola Prof. Samuel B. Pessoa, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
<i>Equipe</i>	<p>Equipe de coordenação: Mariana Arantes Nasser (CSE-FMUSP; Depto. Medicina Preventiva-UNIFESP), Sandra Garcia (CEBRAP), Wilson Souza (Programa Estadual de Saúde do Adolescente, SES-SP). Interlocutores/as: Albertina Duarte Takiuti (Programa Estadual de Saúde do Adolescente, SES-SP), Arnaldo Sala (Coordenação de Atenção Básica, SES-SP), Elza Berquó (CEBRAP), José Ricardo Ayres (Depto. Medicina Preventiva-FMUSP). Equipe de coordenação: Mariana Arantes Nasser (CSE-FMUSP; Depto. Medicina Preventiva-UNIFESP), Sandra Garcia (CEBRAP), Wilson Souza (Programa Estadual de Saúde do Adolescente, SES-SP). Interlocutores/as: Albertina Duarte Takiuti (Programa Estadual de Saúde do Adolescente, SES-SP), Arnaldo Sala (Coordenação de Atenção Básica, SES-SP), Elza Berquó (CEBRAP), José Ricardo Ayres (Depto. Medicina Preventiva-FMUSP). Equipe de pesquisa: Adalto Pontes (Médico Preceptor em Preventiva e Social, HC/CSE/FMUSP), Carolina Rogel de Souza (Doutoranda, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo), Débora Hermann (Pesquisadora CEBRAP, CSE/FMUSP), Denise Piccirillo Barbosa da Veiga (Bolsista de Treinamento Técnico FAPESP TT-IV, CSE/FMUSP), Fernanda Lopes Regina (Pesquisadora CEBRAP, CSE/FMUSP), Gabriela Souza Murizine (Bolsista de Treinamento Técnico FAPESP TT-I, CSE/FMUSP), Jan Billand (Pesquisador CEBRAP, CSE/FMUSP), Júlia de Campos Cardoso Rocha (Bolsista de Treinamento Técnico FAPESP TT-I, CSE/FMUSP), Maria Altenfelder (Gestora operacional; Pesquisadora CEBRAP, CSE/FMUSP), Neusa Francisca de Jesus (Programa Estadual de Saúde do Adolescente, SES-SP), Patrícia Ferreira de Andrade (Bolsista de Treinamento Técnico FAPESP TT-III, CSE/FMUSP), Regina Figueiredo (Instituto de Saúde, SES-SP). Apoio técnico: Alzira Ciampolini Leal (Programa Estadual de Saúde do Adolescente, SES-SP), Analice de Oliveira (Programa Estadual de DST/Aids, SES-SP), Aparecida Linhares Pimenta (COSEMS-SP), Beatriz Pereira (PASA, CSE-FMUSP), Daniela Vinhas Bertolini (Programa Estadual de DST/Aids, SES-SP), Fernanda Ranna (OPAS/OMS), Gleidiane Hedvigues dos Santos (PASA, CSE-FMUSP), Khrysantho Muniz (Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Drogas / SES-SP), Lia Pinheiro (Programa Estadual de Saúde do Adolescente, SES-SP), Lucilene Barros dos Santos (PASA, CSE-FMUSP), Marcia Tubone (COSEMS-SP). Apoio administrativo: Kelly Almeida (CEBRAP), Maria Goreti Barros Salgueiro Pereira (CSE-FMUSP).</p>
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	Instituições parceiras do SUS: Programa Estadual de Saúde do Adolescente e Área de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SESSP); Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS SP); Programa Estadual de DTS/aids e Hepatites Virais e a Área de Saúde Mental da SES SP. Também houve parceria com o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP).
<i>Âmbito</i>	Estadual
<i>Equipe na instituição parceira</i>	A equipe de pesquisa descrita acima atuou de modo participativo, entre as diferentes instituições. Contamos ainda com a contribuição de experts: Carmen Cecília de Campos Lavras (Universidade Estadual de Campinas, Núcleo de Estudos em Políticas Públicas), Evelyn Eisenstein (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Coordenação de Telemedicina da FCM-UERJ), Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos (Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Informação

	<p>Científica e Tecnológica, Departamento de Informações em Saúde), Juliana Rezende Melo da Silva (Ministério da Saúde/SAS/DAPES/Coordenação Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens), Lígia Bruni Queiroz (Hospital das Clínicas-FMUSP, Instituto da Criança), Maria do Carmo Salviano Adrião (UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância), Maria Ignez Saito (Depto. Pediatria-FMUSP), Maria Ines Battistella Nemes (Depto. Medicina Preventiva - FMUSP), Miriam Ventura da Silva (Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro), Ruth Terezinha Kehrig (Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso).</p>
<i>Contrapartida</i>	<p>O Programa Estadual de Saúde do Adolescente forneceu apoio financeiro complementar ao projeto (OPAS/OMS, CEPESC SCON2016-02872, com a intervenção do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, que aportou também contribuição metodológica). O Programa de Adolescentes, a Coordenação de Atenção Básica, a Área de Saúde Mental e o Programa de DST/Aids da SES SP e o COSEMS SP intermediaram a divulgação, a participação de gestores e serviços de saúde e a orientação sobre as instancias de pactuação.</p>
<i>Problema inicial</i>	<p>A relevância da proposição da Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J), considerando o grupo populacional e a partir da perspectiva da saúde pública, está em critérios de magnitude dos problemas de saúde, mas sobretudo no impacto social e na permeabilidade desse grupo às ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, atenção curativa e de reabilitação. Esse desafio requer a busca da integralidade, que considere adolescentes e jovens como sujeitos participantes do cuidado, por meio de tecnologias para o encontro entre adolescentes, jovens e profissionais de saúde; e a articulação entre os serviços de atenção à saúde e intersetorial em cada região, com trabalho interprofissional e interdisciplinar.</p>
<i>Metodologia</i>	<p>A abordagem metodológica do projeto foi quanti-qualitativa e de caráter participativo, composta por: 1) revisão bibliográfica; 2) desenvolvimento e aplicação de questionário on-line pelo FormSUS com 50 questões, respondidas por 949 serviços de 252 municípios (39,1% de SP); 3) consulta a 10 experts em adolescência e planejamento; 4) realização de 6 grupos focais com adolescentes, jovens, profissionais de saúde e da rede intersetorial, gerentes e gestores; 5) experiência piloto da LCA&J nas Comissões Intergestoras Regionais (CIR) Itapetininga, Litoral Norte e Mananciais, consistindo em 2 oficinas por CIR, com até 100 participantes cada, e exercício da LCA&J por 6 semanas nos municípios; 6) elaboração do documento e consultas para revisão (reuniões com pesquisadores, experts, Comissão Científica do Programa Estadual de Adolescentes e Grupo Técnico Bipartite em Atenção Básica da SES-SP); e desenvolvimento de indicadores para avaliação. O projeto passou em comitês de ética em pesquisa: FMUSP (CAAE: 64912817.5.0000.0065 / Parecer: 1.977.538), Instituto de Saúde CEPIS-SP (CAAE: 64912817.5.3001.5469 / Parecer: 2.110.899) e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CAAE: 64912817.5.3002.0086 / Parecer: 2.208.541).</p>
<i>Resultados</i>	<p>Os resultados alcançados incluem: o desenvolvimento e análise dos resultados de um questionário com 50 questões, 950 serviços respondentes, de 252 (39,1%) municípios de SP; a consulta a 10 experts sobre adolescência, juventude e planejamento; a realização de 6 grupos focais com adolescentes, jovens, profissionais de saúde, intersetoriais, gerentes e gestores (10 participantes cada); experiências pilotos em 3 CIR (Itapetininga, Litoral Norte e Mananciais), compostas por 2 oficinas presenciais e 6 semanas de exercício nos municípios; a elaboração de documento da LCA&J, com recomendações de boas práticas; consultas para revisão ao documento (pesquisadores, experts, Comissão Científica do Programa Estadual de Adolescentes e Grupo Técnico Bipartite em Atenção Básica da SES SP).</p>
<i>Conclusões</i>	<p>A LCA&J pode ser considerada uma política pública e um programa de saúde para adolescentes e jovens para o SUS, em SP, por apresentar diretrizes e estratégias para a implementação e operação, incluindo recomendações para a prática e indicadores para a avaliação.</p>

A implementação da LCA&J nas práticas de saúde, especialmente nos encontros nos serviços e nas redes de cuidado, requer a manutenção da perspectiva participativa e da articulação entre diferentes saberes, práticas, serviços e instâncias federativas de gestão nas regiões.

Aplicabilidade do projeto ao SUS

documento da Linha de cuidado para atenção à saúde na adolescência e na juventude para o Sistema Único de Saúde no estado de São Paulodiscutido e registrado em ata da reunião da Comissão Intergestores Bibartite de 18/10/18.

SUMÁRIO - RESUMOS DOS RESULTADOS PARCIAIS DOS PROJETOS PPSUS 2018/2020

AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS DE SAÚDE - 43

GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA- 49

DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS - 61

CUIDADO EM SAÚDE - 68

<i>Título</i>	Estudo clínico aberto de fase II da atividade de metformina em pacientes com mielofibrose primária, pós-policitemia vera e pós-trombocitemia essencial.
<i>Coordenador(a)</i>	Fabiola Traina
<i>Instituição</i>	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/SP
<i>Equipe</i>	<p>Prof^a. Dr^a. Fabiola Traina^{1,2} Prof. Dr. Vanderson Geraldo Rocha^{3,4} Prof. Dr. Eduardo Magalhães Rego^{3,4} Prof. Dra. Sara Teresinha Olalla Saad⁵ Prof. Dr. Rodrigo do Tocantins Calado de Saloma Rodrigues^{1,3} Prof. Dr. Jorge Elias Junior^{1,2} Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Foss de Freitas¹ Prof^a. Dr^a. Lorena Lôbo de Figueiredo Pontes^{1,2,3} Prof. Dr. Israel Bendit⁴ Prof. Dr. João Agostinho Machado Neto⁶ Prof. Dr. Erich Vinicius de Paula⁵ Prof. Dr. Sergio San Juan Dertkigil⁵ Dr. Leonardo Carvalho Palma² Dra. Paula de Mello Campos⁵ Dra. Katia Borgia Barbosa Pagnano⁵ Dra. Fernanda Salles Seguro⁴ Dr^a Patrícia Moreira Gomes² Dr. Thiago Ferreira de Souza⁵ M^a. Natasha Peixoto Fonseca^{1,3} Me. Juan Luiz Coelho da Silva^{1,3}</p> <p>1Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 3Fundação Hemocentro de Ribeirão Preto. 4Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 5Centro de Hematologia e Hemoterapia – HEMOCENTRO UNICAMP). 6Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo.</p>
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo da Universidade de São Paulo. Fundação Hemocentro de Ribeirão Preto. Centro de Hematologia e Hemoterapia – HEMOCENTRO (UNICAMP).
<i>Âmbito</i>	Estadual
<i>Equipe na instituição parceira</i>	<p>Prof. Dr. Vanderson Geraldo Rocha Prof. Dr. Eduardo Magalhães Rego Prof. Dra. Sara Teresinha Olalla Saad Prof. Dr. Rodrigo do Tocantins Calado de Saloma Rodrigues Prof. Dr. Jorge Elias Junior Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Foss de Freitas Prof^a. Dr^a. Lorena Lôbo de Figueiredo Pontes Prof. Dr. Israel Bendit Prof. Dr. João Agostinho Machado Neto Prof. Dr. Erich Vinicius de Paula Prof. Dr. Sergio San Juan Dertkigil Dr. Leonardo Carvalho Palma Dra. Paula de Mello Campos Dra. Katia Borgia Barbosa Pagnano Dra. Fernanda Salles Seguro Dr^a Patrícia Moreira Gomes Dr. Thiago Ferreira de Souza</p>

	M ^a . Natasha Peixoto Fonseca Me. Juan Luiz Coelho da Silva
<i>Contrapartida</i>	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Local de recrutamento de participantes e recebimento das amostras biológicas. Fundação Hemocentro de Ribeirão Preto. Instituição colaboradora que apoia as avaliações exploratórias. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Instituição colaboradora, vinculada ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo da Universidade de São Paulo, local de recrutamento de participantes. Centro de Hematologia e Hemoterapia – HEMOCENTRO (UNICAMP). Instituição colaboradora, local de recrutamento de participantes. Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo. Instituição colaboradora que apoia as avaliações exploratórias.
<i>Problema inicial</i>	As NMP clássicas são doenças crônicas que exigem tratamentos a longo prazo. Os tratamentos disponíveis para a mielofibrose no SUS no Brasil são hidroxiureia, talidomida, prednisona, interferon-alfa e TCTH. O ruxolitinibe é um inibidor tirosinoquinase de JAK1/2 indicado para o tratamento de pacientes com MFP intermediário ou de alto risco, mas não está disponível no SUS devido ao seu alto custo. Uma abordagem terapêutica de baixo custo é necessária. A metformina é segura para pacientes com diabetes e há pouca preocupação com sua toxicidade. O estudo tem como objetivo avaliar a eficácia, segurança e tolerabilidade da metformina em pacientes com mielofibrose primária (MFP), mielofibrose pós-policitemia vera e mielofibrose pós-trombocitemia essencial. Com o baixo custo por unidade de tratamento, o impacto do reposicionamento deste fármaco para um tratamento novo e eficaz ganha uma grande importância em nosso país.
<i>Metodologia</i>	O objetivo será avaliar a eficácia, segurança e tolerabilidade da metformina em pacientes com mielofibrose primária (MFP), pós-policitemia vera e pós-trombocitemia essencial. Indivíduos do sexo feminino e masculino, maiores de 18 anos, que tenham sido diagnosticados com mielofibrose serão elegíveis. O estudo será executado em duas fases, 10 pacientes na primeira fase, e caso 1 dos pacientes responda, 5 pacientes adicionais serão recrutados na segunda fase. A droga será considerada efetiva se pelo menos 2 pacientes responderem. Resposta será definida como redução e 35% no volume do baço a partir do início do tratamento até a semana 24, medido por tomografia computadorizada de abdome. Avaliações exploratórias serão realizadas para estudo do efeito celular e molecular da metformina. O projeto PPSUS prevê apenas a inclusão de 10 pacientes da primeira fase.
<i>Resultados</i>	O estudo foi registrado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC) e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do HC FMRP USP e Hemocentro UNICAMP. Até o momento, o estudo não foi aprovado no CEP do HC FM USP. A inclusão do Hemocentro UNICAMP foi realizada durante a execução do estudo, como ferramenta para viabilizar o recrutamento dos participantes. Até a data atual, 7 participantes foram pré-triados, mas apenas 4 foram elegíveis e assinaram o TCLE. Dois participantes completaram o estudo, um paciente está no primeiro mês de tratamento e um paciente está na fase de triagem. Os resultados apresentados a seguir, referem-se aos 2 participantes que completaram o estudo. O desfecho primário de eficácia, redução $\geq 35\%$ no volume do baço não foi alcançado nos dois participantes, que obtiveram, respectivamente, 1,90% e 2,62% de redução do volume do baço. O desfecho primário de segurança e tolerabilidade foi avaliado através do registro de eventos adversos. Todos os eventos adversos foram grau menor ou igual a 2: diarreia e perda de peso relacionados a metformina 2g/dia; hiperglicemia, hiperuricemia, aumento do LDH, anemia, neutropenia, linfopenia e plaquetopenia não relacionados a metformina. Metformina 1g/dia foi bem tolerada em ambos participantes. Os desfechos secundários de eficácia não foram atingidos; a metformina não melhorou a pontuação de sintomas constitucionais, parâmetros hematológicos, citogenética e arquitetura histológica da medula óssea. Avaliações exploratórias parciais evidenciaram que a metformina não modulou a ativação

	<p>endotelial e geração de trombina. Metformina reduziu a formação de colônias de células primárias de sangue periférico e medula óssea dos participantes.</p>
<p><i>Aplicabilidade do projeto ao SUS</i></p>	<p>As principais contribuições dos resultados gerados pelo desenvolvimento deste projeto de pesquisa para o sistema e/ou serviço de saúde do SUS são a formação de recursos humanos capacitados para desenvolverem e conduzirem estudos clínicos de iniciativa de pesquisadores do SUS. O momento atual da pandemia de COVID19 trouxe destaque à relevância aos estudos clínicos, especialmente no cenário do SUS. O estudo tem o potencial de gerar evidências científicas que permitam o reposicionamento da metformina para o tratamento de mielofibrose, uma neoplasia que permanece sem tratamento viável e eficaz no cenário do SUS. O estudo evidencia um efeito celular da metformina quanto à redução da formação de colônias de células hematopoéticas do sangue periférico e medula óssea. Entretanto, o desfecho primário não foi atingido até o momento. Vale ressaltar que o desfecho primário de eficácia, redução $\geq 35\%$ no volume do baço deve ser observado em 1 de 10 participantes para a droga ser considerada eficaz. A falha na obtenção do desfecho primário pode ser atribuída ao baixo número de participantes recrutados até o momento. O recrutamento e tratamento de 10 participantes é necessário para as conclusões finais do estudo.</p>
<p><i>Dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento do projeto pela pandemia de COVID-19</i></p>	<p>No cronograma original, estava previsto o recrutamento de 1 participante a cada 45 dias. Ao fim de 15 meses seriam incluídos 10 participantes, com a finalização do seguimento e avaliação clínica pré e pós-tratamento do último participante recrutado para a primeira fase do estudo ao fim de 21 meses. As análises finais dos desfechos e conclusões sobre a eficácia, segurança e tolerabilidade da metformina seriam efetuadas no 24º mês de aprovação do estudo no PPSUS. Entretanto, as dificuldades e atrasos no recrutamento e inclusão dos participantes pode ser atribuído à 3 determinantes: (1) perfil raro de paciente que atenda à todos os critérios de inclusão e exclusão, (2) tempo prolongado de tramitação de aprovação dos comitês de ética das instituições colaboradoras e a (3) pandemia do COVID19. Ações foram tomadas na tentativa de transpor as dificuldades apontadas nos itens 1 e 2. Entretanto, o impacto da pandemia do COVID19 na condução do estudo ainda não foi superado no cenário das Instituições participantes, alinhado com o cenário nacional. Com o início da pandemia do COVID19, em março de 2020, houve alterações na rotina dos atendimentos no HC FMRP USP e das instituições colaboradoras, uma vez que foram estabelecidas restrições do HC e da equipe da hematologia visando a segurança dos pacientes. O recrutamento foi suspenso de março a setembro de 2020. Apesar dos pesquisadores terem reiniciado o recrutamento, ainda existem restrições por parte dos pacientes e dificuldades impostas pelas medidas de isolamento. Os pacientes recentemente recrutados já estão tendo os agendamentos prejudicados pela pandemia. O impacto da pandemia no sistema de saúde é evidente no cenário nacional. Dessa forma, entende-se que se faz necessário a prorrogação do prazo inicial de 24 meses deste projeto. O período de prorrogação ideal seria o tempo da pandemia. A prorrogação viabilizaria o recrutamento de participantes propostos no projeto e a finalização da fase 1 do estudo proposta no PPSUS. Caso a prorrogação não seja permitida, com certeza o estudo não será concluído no prazo proposto de 24 meses por limitações no recrutamento de participantes, e o valor remanescente será devolvido à FAPESP.</p>

<i>Título</i>	Assistente virtual para Gestantes: acompanhamento da Atividade Física
<i>Coordenador(a)</i>	Gleici da Silva Castro Perdoná
<i>Instituição</i>	FAPESP - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
<i>Equipe</i>	<p>Pesquisadores Colaboradores: (Doutorando Carla Michele da Silva Pós-graduação em Saúde Pública - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo)</p> <p>Dalmo Roberto Lopes Machado Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo)</p> <p>Equipe técnica: (Tiago Chiaveri da Costa, Rafael Fazio, Nathan Zanuto, Carlos Eduardo Capelini Eli Lopes, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo) e Leonardo Bugory Facci (FATEC- Ribeirão Preto)</p>
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	Secretária da Saúde de Ribeirão Preto
<i>Âmbito</i>	Municipal
<i>Equipe na instituição parceira</i>	Secretaria da Saúde
<i>Contrapartida</i>	Campo para realização do projeto
<i>Problema inicial</i>	O objetivo do projeto é o desenvolvimento de um assistente virtual, em língua portuguesa, com exemplos de funcionalidades de gestão da saúde, para monitoramento de medida da Atividade Física para gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde e a validação de um questionário de atividade física para gestantes.
<i>Metodologia</i>	Os métodos utilizados serão desenvolvidos em duas etapas: a adaptação de um questionário de atividade física para gestante e a construção do assistente pessoal virtual para o monitoramento das atividades físicas; e a validação do instrumento de coleta (actigrafia). Será realizado um estudo transversal descritivo com 200 gestantes usuárias do SUS da cidade de Ribeirão Preto. As gestantes utilizarão pulseiras sensores (acelerômetros) e responderão o questionário de atividade física para validação através do assistente virtual desenvolvidos na primeira fase do projeto.
<i>Resultados</i>	O projeto está no começo da segunda etapa, os resultados obtidos são parciais do projeto piloto, das 27 gestantes, 15(56%) relataram que praticavam algum tipo de exercício físico de 2 a 5 vezes na semana com duração de pelo menos 30 minutos. Nenhuma gestante teve ou estava com alguma infecção e/ou diabetes gestacional. Das 27 44% delas entre 18-25 anos a maioria EM completo, onde o marido era o chefe de família (61%), 72% casadas, classe social (C), cor branca, autodeclarada (63%). A maioria com IMC adequado pré-gestacional (68%), sendo a maioria no primeiro trimestre (63%), a maioria não tinha filhos (72%). Sobre a atividade física o gasto energético das gestantes em met/horas por semana foram em média (Desvio Padrão) de: Sedentária (21,2(24,7)) leve (85,5(45,4)), Moderada (100,7(67,1)), e vigorosa (4,1(14,6)). As atividades mais relatadas foram: o repouso, seguida de comer e andar, respectivamente. Os resultados dos acelerômetros estão sendo processados.
<i>Aplicabilidade do projeto ao SUS</i>	Até o momento verificamos que AF ainda é um assunto que todos (gestantes e profissionais), declaram ser importante, mas não existe recomendação para a AF e também as gestantes tem muitas dúvidas, sobre o que realizar ou não. Observamos no estudo piloto que as gestantes têm na sua maioria comportamento sedentário e leve, como a literatura apresenta
<i>Dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento do projeto pela pandemia de COVID-19</i>	Vivenciamos muitas dificuldades. Atraso na entrega dos materiais encomendados. Suspensão das importações. Invasão do sistema (já havíamos estruturado a MV e o site), dificuldades na entrada na unidade de saúde (inicialmente ficou suspenso, posteriormente com restrições). Dificuldade para contratação de entrevistadoras, por restrição da Covid (alegam que podem pegar covid). Dificuldade de contratação de bolsista em TI (mercado absorveu os profissionais online com salários maiores que a bolsa).

<i>Título</i>	AVALIAÇÃO DO USO DE UMA SOLUÇÃO EM TELEMEDICINA NA ASSSISTÊNCIA AO AVC AGUDO NA REGIONAL XIII DO ESTADO DE SÃO PAULO
<i>Coordenador(a)</i>	Octavio Marques Pontes Neto João Pereira Leite
<i>Instituição</i>	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP
<i>Equipe</i>	Millene Rodrigues Camilo (HCFMRP-USP), Francisco Antunes Dias (HCFMRP-USP e Doutorando do Programa de PG em Neurologia da FMRP-USP) Frederico Fernandes Alessio-Alves – Neurologista, HCFMRP-USP, Rui Kleber do Vale Martins Filho – Neurologista fo HCFMRP-USP, Mestre e Doutorando do Programa de Neurologia pela FMRP-USP.
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	DRS - XIII
<i>Âmbito</i>	Regional
<i>Equipe na instituição parceira</i>	Sonia Pirani e Sandro Scarpelini
<i>Contrapartida</i>	Apoio institucional, divulgação e capacitação na telemedicina.
<i>Problema inicial</i>	Ajudar a resolver a equação regional de regulação de urgências dos casos de AVC com solução de telemedicina móvel de baixo custo.
<i>Metodologia</i>	No presente projeto, objetivamos testar a eficácia e segurança do uso de telemedicina através de uma plataforma móvel e digital no contexto de urgência e emergência do SUS como estratégia para auxílio na triagem, diagnóstico e tratamento dos pacientes com AVC agudo (MARTINS et al., 2020) atendidos na Direção Regional de Saúde (DRS) XIII no Nordeste do Estado de São Paulo. Tal ferramenta permitiria a visualização de imagens e discussão de casos suspeitos de AVC agudo em tempo real (aplicativo JOIN, Allm Inc.) entre as instituições partícipes da DRS XIII e a Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (UE/HCRP). A equipe de neurologistas deste serviço prestaria consultoria integral no encaminhamento e manejo de casos suspeitos, com destaque para realização de terapias de reperusão no AVC isquêmico (AVCi), seja através de trombólise endovenosa realizada no serviço de origem, seja através de terapia combinada em casos específicos envolvendo o início da trombólise endovenosa na origem e encaminhamento para terapia complementar, via endovascular, na UE/HCRP. Avaliaremos, como desfechos do estudo, a segurança dos procedimentos realizados, representada através da ocorrência de transformação hemorrágica sintomática relacionada ao uso de trombolíticos (definida de acordo com os critérios do estudo ECASS 3) (HACKE et al., 2008) , a taxa de realização de terapias de reperusão para AVCi, destacada como a porcentagem de pacientes tratados no universo de casos admitidos nos serviços satélites e, por fim, parâmetros de qualidade, quais sejam: tempo-resposta (período entre o acionamento do caso no aplicativo e a resposta do neurologista), tempo porta-tomografia (período entre a admissão hospitalar e a realização do exame de imagem) e tempo porta-agulha (período transcorrido entre a admissão hospitalar e o início da trombólise).
<i>Resultados</i>	Até o momento, foram realizados 34 atendimentos dentro da plataforma JOIN envolvendo a Santa Casa de Batatais. Destes, nove casos foram submetidos à terapia de reperusão, sem nenhum episódio registrado de transformação hemorrágica. Em primeiro lugar, a alta taxa de trombólise dentre os casos de AVC atendidos no serviço (9 trombólises em 34 casos atendidos, taxa de 26,4%) nesse período reforça a importância da telemedicina como instrumento capaz de aumentar a disponibilidade da terapia de reperusão para pacientes atendidos em cidades de menor porte, onde a ausência do especialista é um fator limitante comum. Estima-se que apenas 2 a 10% dos casos atendidos recebam o

	<p>tratamento em centros internacionais, apesar de que até 25% destes sejam elegíveis para trombólise (KATZAN et al., 2004). O tempo costuma ser a principal barreira para a elegibilidade da terapia, onde apenas cerca de 19% dos pacientes costumam ser admitidos nas primeiras horas dos sintomas (KATZAN et al., 2004). Enquanto que um estudo multicêntrico europeu demonstrou taxas de trombólise variando de 5,7 a 21,7% (VAN WIJNGAARDEN et al., 2009), nossos números demonstram a capacidade da ferramenta em melhorar essas taxas, principalmente quando se trata de cidades com menos de cem mil habitantes, onde espera-se que um maior número de pacientes seja admitidos com maior precocidade em relação ao início do quadro. Em segundo lugar, é preciso destacar a segurança dos procedimentos realizados, com nenhum caso registrado de transformação hemorrágica sintomática, de acordo com os critérios do estudo ECASS 3. Em registros de telemedicina publicados na literatura, as taxas de transformação hemorrágica sintomática variaram de 1 a 8% (KEPPLINGER et al., 2016), demonstrando a segurança da abordagem. Por fim, os parâmetros de qualidade aqui adotados, representados pelos tempos dispendidos entre a admissão e realização da neuroimagem, interpretação desta e início do trombolítico (4, 31 e 63 minutos, respectivamente), encontram-se dentro das metas estabelecidas pelo consenso do NINDS (National Institutes of Neurological Disorders and Stroke), que estabeleceu tempos-limite de 25, 45 e 60 minutos para essas tarefas (ASIMOS et al., 2004; NINDS, 1998).</p>
<p><i>Aplicabilidade do projeto ao SUS</i></p>	<p>Esperamos poder comprovar ao final do projeto a capacidade da ferramenta de telemedicina móvel de baixo custo de melhorar o acesso a terapia de reperfusão cerebral aos pacientes com AVC. Destacar se possível a segurança e a eficácia da interpretação dos dados clínicos e de Neuroimagem através da utilização do aplicativo de telemedicina móvel.</p>
<p><i>Dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento do projeto pela pandemia de COVID-19</i></p>	<p>A pandemia certamente afetou o acesso de pacientes com AVC aos serviços de saúde, sobretudo no seu início. Mas conseguimos contornar o baixo recrutamento do estudo nos primeiros meses ao longo do último ano. Destaque para o formulário que elaboramos para triagem de sintomas de COVID-19 por telemedicina.</p>

<i>Título</i>	Painel de pacientes para equipes na estratégia de Saúde da Família
<i>Coordenador(a)</i>	Daiana Bonfim
<i>Instituição</i>	Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (IIEPAE). Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE)
<i>Equipe</i>	Ana Carolina Cintra Nunes Mafra (SBIBAE) ; Camila Nascimento Monteiro(SBIBAE); Lislaine Aparecida Fracolli (EEUSP).
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	Coordenadoria Regional de Saúde Sul. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
<i>Âmbito</i>	Municipal
<i>Equipe na instituição parceira</i>	Coordenadores das UBS campo: Andrea Christina Borella, Aline Marion Moreira Kolle, Adriana Aparecida Alves do Nascimento. Apoiadores institucionais
<i>Contrapartida</i>	Unidades Básicas de Saúde campo da pesquisa
<i>Problema inicial</i>	Equilibrar a oferta de profissionais frente à demanda crescente de pacientes é um questionamento frequente entre os profissionais da APS, estejam eles na assistência ou na gestão. Entretanto, transformar os métodos de planejamento da força de trabalho, como de análise dos painéis de pacientes, em algo mais sensível às especificidades da APS é um desafio. Hoje não há clareza sobre as diferenças entre as composições numéricas e de perfil dos usuários das equipes e qual o peso desses painéis de pacientes nas unidades básicas de saúde, nos diferentes modelos de organização do acesso. Deste modo, este projeto tem como objetivo geral analisar o painel de pacientes das equipes de saúde da família com diferentes modelos de organização do acesso.
<i>Metodologia</i>	Trata-se de um estudo observacional, transversal, de método misto realizado na zona sul do município de São Paulo, em três Unidades Básicas de Saúde (UBS), compostas de 19 equipes de saúde da família. O estudo será realizado em três etapas: descrição dos modelos de organização de acesso (etapa 1); análise da oferta de profissionais e demanda do território (etapa 2); e análise de modelos de painéis de profissionais para as realidades estudadas (etapa 3).
<i>Resultados</i>	Os resultados parciais da pesquisa estão relacionados as etapas 1 e 2. Na etapa 1 foram desenvolvidos instrumentos para identificação dos modelos de organização do acesso das diferentes categorias profissionais. Os resultados preliminares sugerem uma heterogeneidade de modelos de organização do acesso apresentando, por exemplo, aspectos do modelo tradicional e de acesso avançado para uma mesma categoria profissional em uma mesma unidade. Na etapa 2, para melhor compreender a variável “demanda”, realizamos uma análise exploratória retrospectiva preliminar com os dados das fichas de atendimento individual lançadas no Módulo de Atenção Básica (MAB) do SIGA-Saúde entre os anos 2017 e setembro de 2020. Inicialmente, foi possível identificar a diferença entre volume e perfil do painel de pacientes cadastrados versus a população atendida nas UBS, destacando principalmente, o baixo atendimento de usuários do sexo masculino e adolescentes de 9 a 14 anos. Em relação a análise da variável “oferta” é necessário a coleta da variável tempo médio por meio de um instrumento de medida de carga de trabalho. Assim, foi realizado uma revisão e atualização do instrumento proposto por Bonfim et al (2016) na qual foram mantidas sem alteração 31 intervenções, 5 foram revisadas, 3 foram revisadas nomenclatura e/ou definição e 2 novas intervenções foram adicionadas. O instrumento atualizado foi utilizado no treinamento de 40 horas para 3 bolsistas, considerados observadores, na qual apresentaram alta concordância entre eles (Kappa = 1.00) durante a fase teste.
<i>Aplicabilidade do projeto ao SUS</i>	O estudo apresentará um importante panorama de análise sobre o processo de trabalho descrevendo os diferentes modelos de organização do acesso, as atividades realizadas pelos profissionais, o tempo gasto em cada atividade, a satisfação dos

pacientes, o equilíbrio ou desequilíbrio da oferta e da demanda, e principalmente, as possibilidades de construção de painéis de pacientes por equipe de modo equilibrado com o perfil do território. Contribui assim, com evidências ainda não descritas para países em desenvolvimento com sistema de saúde universal que buscam propostas de modelos de gestão do processo de trabalho e dos recursos humanos como forma de ampliar a acessibilidade na Atenção Primária à Saúde

*Dificuldades
enfrentadas para o
desenvolvimento
do projeto pela
pandemia de
COVID-19*

Em 2020, devido à pandemia Covid-19 não foi possível iniciar a coleta de dados como previsto, pois as três UBS campo do estudo apresentavam equipamentos de proteção individual (EPI) em baixo número e restrito aos profissionais, além da situação de exposição dos bolsistas, bem como a necessidade de isolamento social por todos. Em 2021 iniciamos o campo da pesquisa (fevereiro). Todavia, os resultados deste estudo apresentarão um limitação quanto ao recorte deste momento epidemiológico, refletindo o processo de trabalho e organização do acesso das equipes, ofertas e demandas e a proposta de um painel de pacientes para equipes de saúde da família em um contexto de pandemia. Além disso, as dificuldades vivenciadas estão relacionadas ao cumprimento do cronograma com as mudanças imposta no contexto COVID-19; contratação e manutenção dos bolsistas TT3 no projeto, pois muitos selecionados não se sentem seguros para ir para campo, considerando os aspectos de transmissão familiar; e a disponibilidade dos dados secundários, pois os prontuários eletrônicos das três UBS foram retirados, o que poderá impactar nos relatórios referentes a demanda atendida em 2021.

<i>Título</i>	Estratégias de gestão em saúde para melhorias do acesso e da qualidade dos serviços de Atenção Básica
<i>Coordenador(a)</i>	Vivian Aline Mininel
<i>Instituição</i>	Universidade Federal de São Carlos - UFSCar
<i>Equipe</i>	Amanda Adabo Gastaldi - Estudante de Graduação em Enfermagem da UFSCar (bolsista TT1) Andreas Xyrichis - Senior Lecturer of Kings' College of London Cristiane Shinohara Moriguchi - Professora Adjunta do Departamento de Fisioterapia da UFSCar Everson C. de Abreu Meirelles – Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva - Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSCar João Alberto Camarotto - Professor Titular Sênior do Departamento de Engenharia de Produção da UFSCar Luana Viviani Borges - Estudante de Graduação em Enfermagem da UFSCar (bolsista IC Fapesp) Lucieli Dias Pedreschi Chaves - Professora Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP Márcia Niituma Ogata - Professora Titular Sênior do Departamento de Enfermagem da UFSCar Maria Emilia Pereira Lopes - Estudante de Graduação em Enfermagem da UFSCar (bolsista TT1) Marina Peduzzi - Professora Titular Sênior da Escola de Enfermagem da USP Nathalya Ferreira Lima - Estudante de Graduação em Enfermagem da UFSCar (bolsista TT1) Paola Lefcadito Alvares - Estudante de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar Sueli Fatima Sampaio - Professora Sênior do Departamento de Enfermagem da UFSCar Valéria Marli Leonello - Professora Associada da Escola de Enfermagem da USP
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos
<i>Âmbito</i>	Municipal
<i>Equipe na instituição parceira</i>	Denise Braga - Coordenadora da Atenção Primária à Saúde Siliani Aparecida Martinelli - Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização Maria Ferreira da Silva - Vigilância Sanitária
<i>Contrapartida</i>	Interlocução com gestores, supervisores e profissionais de saúde da APS para coleta de dados
<i>Problema inicial</i>	Construir estratégias de gestão em saúde para melhorias do acesso e da qualidade dos serviços de Atenção Básica.
<i>Metodologia</i>	Por meio da: (1) Análise dos dados dos três ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. (2) Avaliação dos atributos da Atenção Básica na perspectiva dos usuários e profissionais e de saúde. (3) Mapeamento dos fluxos de atividades acesso aos serviços de saúde na Atenção Básica. (4) Construção de estratégias juntamente com usuários, profissionais e gestores de saúde para melhorias do acesso e da qualidade dos serviços de Atenção Básica.
<i>Resultados</i>	Resultados obtidos até o momento: 1. Aprovação do projeto de pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde (versão inicial e emenda). 2. Aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar (versão inicial e emenda). 3. Desenvolvimento e conclusão da Etapa 1 da pesquisa, referente ao levantamento e análise documental dos dados disponibilizados pelo PMAQ-AB para São Carlos.

-
- Foram analisados os dados do 3º ciclo, incluindo a Avaliação Externa, a Autoavaliação e os Indicadores de Desempenho, e os dados dos três ciclos (2011 a 2019) relacionados à Dimensão IV: Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho, da Fase de Avaliação Externa.
4. Confecção e divulgação do Boletim Informativo n. 1, referente à Etapa 1 da pesquisa.
 5. Elaboração e submissão de dois resumos para apresentação em evento científico nacional, referentes aos resultados da Etapa 1.
 6. Elaboração de dois manuscritos para submissão em periódico nacional com bom fator de impacto, referentes aos resultados da Etapa 1.
 7. Adaptação do projeto de pesquisa para coleta de dados por telefone da Etapa 2 (aplicação do PCATool), devido às medidas de prevenção de disseminação do novo coronavírus.
 8. Desenvolvimento e atualização de formulário eletrônico contendo as cinco versões do PCATool: PCATool Brasil para profissionais médicos e enfermeiros (versão extensa); PCATool Brasil para saúde bucal profissionais dentistas (versão extensa); PCATool Brasil para pacientes criança (versão extensa); PCATool Brasil para pacientes adultos (versão extensa); PCATool Brasil saúde bucal para pacientes adultos (versão extensa) – já considerando o Manual do PCATool lançado em 2020 pelo Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS).
 9. Realização de seis treinamentos virtuais com entrevistadores para coleta de dados da Etapa 2.
 10. Definição amostral dos profissionais de saúde e usuários da Atenção Básica para a Etapa 2.
 11. Divulgação da pesquisa, levantamento em campo, de banco de dados de usuários, em 22 unidades da Atenção Básica, para sorteio amostral da Etapa 2.
 12. Coleta de dados por meio da aplicação do PCATool completo versão Médicos/Enfermeiros, Dentistas, Usuário Adulto, Usuário Criança e Usuário Saúde Bucal (em andamento).
 13. Desenvolvimento de uma revisão da literatura do tipo escopo sobre a temática objeto de estudo, com a definição do protocolo de revisão.

Aplicabilidade do projeto ao SUS

Espera-se, com este estudo, a construção de estratégias de gestão em saúde para melhorias do acesso e da qualidade dos serviços de Atenção Básica, com base em evidências levantadas na própria realidade local. Os resultados do estudo irão contribuir para delineamento do diagnóstico situacional do acesso aos usuários à rede de AB, bem como para a compreensão da qualidade dos serviços prestados. Avança ao traçar o mapa de fluxos de atividades e acesso ou atendimento nos serviços, permitindo visualização clara dos principais pontos frágeis da RAS, quanto à referência e contrarreferência. Como produto, resultará em uma proposta de intervenções para melhorias do acesso e qualidade dos serviços da AB, construído com base nas evidências recolhidas no próprio município, o que potencializa sua aplicação.

A trajetória teórico-metodológica deste estudo, por contemplar métodos mistos consistentes para levantamento de evidências e propostas de intervenções considerando múltiplos atores e perspectivas, poderá ser replicada em outros municípios, a fim de buscar respostas e medidas que provoquem mudanças na realidade local. Ademais, esta experiência poderá proporcionar momentos de reflexão e aprendizagem aos envolvidos na equipe de pesquisa, aos profissionais de saúde, gestores e usuários. Compreende-se que o desenvolvimento deste projeto propiciará, além do fortalecimento da parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos e da RAS municipal, ações de Educação Permanente em Saúde, ao ofertar espaços para discussão da prática profissional e do contexto organizacional de trabalho entre diferentes sujeitos envolvidos. Também contribuirá com a integração ensino-serviço, favorecendo os processos de aprendizagem dos estudantes envolvidos e as atividades de ensino, pesquisa e extensão na rede. Prospecta-se a divulgação dos resultados para além da comunidade local, por meio

da participação dos eventos previstos na Chamada PPSUS, apresentação de trabalhos em eventos científicos e publicação de artigos em periódicos com bom fator de impacto. Este estudo também irá colaborar com as parcerias institucionais e fortalecimento dos grupos de pesquisas envolvidos na equipe. Ainda, vislumbra-se a possibilidade de fortalecimento e ampliação do grupo de pesquisadores e profissionais de saúde composto para este projeto, no sentido de dar continuidade a futuros estudos nesta temática.

Dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento do projeto pela pandemia de COVID-19

O projeto prevê a coleta de dados com trabalhadores da APS (médicos, enfermeiros, equipe de enfermagem, equipe de saúde bucal e agentes comunitários de saúde) e com usuários, em três das quatro etapas de pesquisa. A Etapa 2: aplicação do PCATool em profissionais e usuários da APS (em curso) foi adaptada e está acontecendo por telefone, porém, com grandes dificuldades, pois os profissionais não encontram tempo para responder o questionário (leva em torno de 30 minutos) e as fragilidades de cadastro no município tem inviabilizado ou comprometido a coleta de dados com usuários. Além disso, muitos usuários desconfiam do contato por telefone e acabam se recusando participar. O contexto também não permite que façamos a coleta presencial no campo, por orientações da própria UFSCar e da Secretaria Municipal de Saúde. Por esta razão, foi solicitado uma prorrogação do prazo, ainda sem resposta (o que tem nos deixado extremamente aflitos). A Etapa 3: mapeamento dos fluxos de atendimento do município, prevê a coleta de dados por meio de entrevistas individuais e coletivas presenciais em todas as 34 unidades do município e nossa projeção é de desenvolvê-la no próximo semestre, mas com muita insegurança sobre a viabilidade disso (os dados sobre infecção pelos SARS-Cov-2 e percentual de vacinação não são animadores neste sentido). A Etapa 4: construção coletiva de estratégias de gestão para melhoria do acesso e da qualidade dos serviços na APS prevê a realização de rodas de conversa com representantes das unidades e também seria presencial. O projeto obteve aprovação do CEP para o desenvolvimento da pesquisa no formato presencial e remoto.

<i>Título</i>	Participação das Organizações Sociais na Gestão da Atenção Básica em Saúde em Municípios do Estado de São Paulo
<i>Coordenador(a)</i>	Nivaldo Carneiro Junior
<i>Instituição</i>	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
<i>Equipe</i>	Aparecida Linhares Pimenta – Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo Arnaldo Sala – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo Carla Gianna Luppi – Universidade Federal de São Paulo Gabriela Arantes Wagner – Universidade Federal de São Paulo Lídia Tobias - Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo Mariana Cabral Schweitzer – Universidade Federal de São Paulo Marta Campagnoni Andrade – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo Oziris Simões – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	SES-SP; UNIFESP; COSEMS-SP
<i>Âmbito</i>	Estadual
<i>Equipe na instituição parceira</i>	Aparecida Linhares Pimenta – Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo Arnaldo Sala – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo Carla Gianna Luppi – Universidade Federal de São Paulo Gabriela Arantes Wagner – Universidade Federal de São Paulo Lídia Tobias - Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo Mariana Cabral Schweitzer – Universidade Federal de São Paulo
<i>Contrapartida</i>	A contrapartida é a disponibilidade de cada membro dessas Instituições na realização do projeto
<i>Problema inicial</i>	analisar a participação da OS na gestão municipal da AB no estado de São Paulo, caracterizando tipos e termos de contratualização, mecanismos de monitoramento, desempenho da AB, motivações e eventuais conflitos.
<i>Metodologia</i>	A metodologia proposta será quantitativa e qualitativa através dos seguintes procedimentos: mapeamento dos contratos de trabalho dos profissionais da AB obtidos do CNES, pesquisa documental dos processos de contratualização da AB, levantamento de dados secundários dos sistemas oficiais de informação do SUS para a organização do painel indicadores de desempenho da AB, definição de grupos homogêneos de município em relação a estes indicadores e entrevistas semi-estruturadas com principais atores sociais envolvidos – gestores municipais do SUS, diretores das OS, conselheiros municipais de saúde e representantes do COSEMS/SP dos municípios selecionados a partir dos grupos homogêneos.
<i>Resultados</i>	Etapa 1 - Trata-se de um estudo transversal, com dados secundários do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e estimativas populacionais Estado de São Paulo. As categorias profissionais elegíveis foram médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Dos 91.549 profissionais, 27,4% eram intermediados, sendo 14,6% médicos, 14,6% enfermeiros, 30,6% auxiliares/técnicos de enfermagem e cerca de 40,2% agentes comunitários de saúde. Em 81,1% dos municípios não havia trabalhadores de contrato intermediado, sendo 346 desses com população até 20.000 hab. Organizações Sociais (OS) na execução da Atenção Básica (AB) mediante contratualizações. Etapa 2 - O levantamento e seleção dos indicadores se deu em obediência aos atributos metodológicos propostos, sendo adaptados para confiabilidade, validade, capacidade de discriminação, viabilidade e fonte dos dados. A construção da matriz de indicadores, e suas respectivas dimensões e subdimensões (determinantes de saúde e estrutura), foi realizada em reuniões ordinárias dos pesquisadores envolvidos no projeto. A partir da análise de cluster foram construídos grupos homogêneos, que é uma primeira aproximação do desempenho da Atenção Básica nos municípios de São

	<p>Paulo em 2018, agrupados em 6 grupos, como descrito: grupo 1, 221 municípios; grupo 2, 62 municípios; grupo 3, 86 municípios; grupo 4, 130 municípios; grupo 5, 145 municípios; e grupo 6, formado pela cidade de São Paulo. Os municípios do Grupo 1 (o maior, com 222 municípios) aparecem em quase todo o estado, com exceção da região sul, onde predominam os do Grupo 4. O Grupo 2 predomina na região central e noroeste do estado, estando praticamente ausente no leste e no sul. Os municípios do Grupo 3 predominam na região noroeste do estado. Os municípios do Grupo 4 predominam na região sul e litoral norte do estado, enquanto os municípios do grupo 5 são mais predominantes em áreas de região metropolitana, como as de São Paulo, Baixada Santista, e Campinas, além de municípios das regiões no entorno de São José dos Campos, Piracicaba, Ribeirão Preto e Marília.</p> <p>Etapa 3 - em andamento.</p>
<p><i>Aplicabilidade do projeto ao SUS</i></p>	<p>Apontam para reflexões e tarefas antes não delineadas quando nos debruçamos na elaboração dessa investigação. É imperativo a organização de uma agenda com atores que atuam na gestão pública da saúde, como também na comunidade científica na área da Saúde Coletiva, visando a publicização e o debate profícuo das questões aqui explicitadas.</p>
<p><i>Dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento do projeto pela pandemia de COVID-19</i></p>	<p>Tivemos que encaminhar emenda ao CEP para realizar as entrevistas online.</p>

<i>Título</i>	Mortalidade por sífilis congênita no estado de São Paulo
<i>Coordenador(a)</i>	Carla Gianna Luppi
<i>Instituição</i>	Departamento de Medicina Preventiva/ Escola Paulista de Medicina (EPM)/ Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
<i>Equipe</i>	<p>Adriana Sanudo - Departamento de Medicina Preventiva; Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo.</p> <p>Ângela Tayra - Centro de Referência e Treinamento de DST/Aids. Centro de Controle de Doenças. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.</p> <p>Beatriz Thomé - Departamento de Medicina Preventiva/Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo.</p> <p>Carlos Roberto Veiga Kiffer - Disciplina de Infectologia. Departamento de Medicina. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo.</p> <p>Carmen Regina Becker Silva Gregorut - Centro de Referência e Treinamento de DST/Aids. Centro de Controle de Doenças. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.</p> <p>Carmen Silvia Bruniera Domingues - Centro de Referência e Treinamento de DST/Aids. Centro de Controle de Doenças. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.</p> <p>Daniela Testoni Costa Nobre - Disciplina de Neonatologia. Departamento de Pediatria. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo.</p> <p>Daniele Vinhas Bertolini - Centro de Referência e Treinamento de DST/Aids. Centro de Controle de Doenças. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.</p> <p>Debora Moraes Coelho - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.</p> <p>Giselle Garcia Origo Okada - Hospital Universitário – Universidade de São Paulo.</p> <p>Mariana Cabral Schweitzer - Departamento de Medicina Preventiva; Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo.</p> <p>Mariza Vono Tancredi (coordenadora da pesquisa na instituição parceira). Centro de Referência e Treinamento de DST/Aids. Centro de Controle de Doenças. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.</p> <p>Marli de Fatima Prado - Centro de Referência e Treinamento de DST/Aids. Centro de Controle de Doenças. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.</p> <p>Maria Aparecida da Silva - Centro de Referência e Treinamento de DST/Aids. Centro de Controle de Doenças. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.</p> <p>Rita de Cássia Xavier Balda - Disciplina de Neonatologia. Departamento de Pediatria. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo;</p> <p>Roberta Almeida Soares - Departamento de Medicina Preventiva; Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo.</p> <p>Roberto José Carvalho da Silva - Centro de Referência e Treinamento de DST/Aids. Centro de Controle de Doenças. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo;</p> <p>Solange Chabu Gomes - Centro de Referência e Treinamento de DST/Aids. Centro de Controle de Doenças. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo;</p> <p>Valdir Monteiro Pinto - Centro de Referência e Treinamento de DST/Aids. Centro de Controle de Doenças. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.</p> <p>Bolsistas Treinamento Técnico (TT):</p> <p>Amanda Cristina Santos Jesuino - bolsista TT3</p> <p>Alany Rocha Porfírio – bolsista TT1.</p> <p>Larissa Festa – bolsista TT3</p> <p>Apoio administrativo:</p> <p>Guilherme Cardoso Diniz - Departamento de Medicina Preventiva/Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo.</p>
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	Centro de Referência e Treinamento de DST/Aids. Centro de Controle de Doenças. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo
<i>Âmbito</i>	Estadual
<i>Equipe na instituição parceira</i>	<p>Ângela Tayra</p> <p>Carmen Regina Becker Silva Gregorut</p> <p>Carmen Silvia Bruniera Domingues</p>

	<p>Daniele Vinhas Bertolini Mariza Vono Tancredi (Coordenadora da pesquisa na instituição parceira) Marli de Fatima Prado Maria Aparecida da Silva Roberto José Carvalho da Silva Solange Chabu Gomes Valdir Monteiro Pinto</p>
<i>Contrapartida</i>	Estrutura da vigilância epidemiológica.
<i>Problema inicial</i>	<p>A sífilis congênita (SC) constitui-se em importante problema de Saúde Pública devido a sua magnitude, transcendência e vulnerabilidade, representada pela existência de medidas de prevenção e controle efetivas. Entre 2009 e 2018 ocorreu uma elevação de cinco vezes na taxa de incidência de SC (TISC) no estado de São Paulo (ESP), acompanhado da elevação de 8 vezes na taxa de mortalidade por SC. O objetivo desse trabalho é investigar os desfechos desfavoráveis, óbito, natimorto e aborto, por SC ocorridos no estado de São Paulo, no período de 2007 a 2018.</p>
<i>Metodologia</i>	<p>O universo do estudo foram os dados relativos aos casos notificados no estado de São Paulo (ESP) de SC de 2007 a 2018. Foram analisados dados secundários provenientes das bases de dados (BD) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e do protocolo de investigação de transmissão vertical de sífilis congênita (PISC) formando uma base de dados (BD) vinculada. Estão sendo conduzidas análises com dados agregados (série histórica e análise espacial); para levantar principais fatores associados à mortalidade por sífilis congênita na literatura foi organizada uma revisão sistemática. Na BD vinculada do ESP serão identificados os fatores associados ao desfecho desfavorável.</p> <p>O projeto foi organizado em três etapas metodológicas: - organização de base de dados; - análise de dados (estudo ecológico com série histórica de dados agregados); e estudo transversal. Para execução destas etapas foram organizados cinco grupos de trabalho (GT) para avançar no desenvolvimento das atividades propostas, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etapa 1- ORGANIZAÇÃO DE BASE DE DADOS - GT de vinculação das bases de dados e GT de protocolo de transmissão vertical da sífilis congênita; - Etapa 2 - ANÁLISE DE DADOS - ESTUDO ECOLÓGICO COM SÉRIE HISTÓRICA DE DADOS AGREGADOS -dados ecológicos – GT análise espacial e GT análise de dados; - Etapa 3 - ESTUDO TRANSVERSAL - GT de Revisão sistemática e GT de análise de dados. <p>Foi realizados alinhamento teórico conceitual da equipe de pesquisa: neste primeiro ano foram realizadas duas reuniões presenciais e quatro remotas para discutir os principais aspectos metodológicos do projeto em todas as suas etapas: revisão sistemática; vinculação de dados; análise espacial; protocolo de transmissão vertical da SC e análise de fatores associados. Cada GT realizou reuniões de trabalho, a maioria de forma remota: 10 GT de revisão sistemática; 02 GT de análise de dados; 04 GT de vinculação de dados; 02 GT de Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical; 02 GT de análise espacial.</p> <p>Foi realizada a submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e aprovação pelos CEP do Centro de Referência e Treinamento de DST/AIDS e da Secretária Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP), com aprovação em ambos: CAEE: 26960919.9.0000.5375 e CAEE: 26960919.9.3001.0086.)</p>
<i>Resultados</i>	<p>Durante o primeiro ano, e início do segundo ano foram realizadas atividades que contemplaram toda a equipe de pesquisa. Os principais resultados preliminares e intermediários estão apresentados segundo as etapas de organização estabelecidas: organização das bases de dados (BD); análise de dados – estudo ecológico com serie histórica de dados agregados e estudo transversal - Revisão sistemática e análise de dados dos fatores associados.</p> <p>Etapa I. Organização das bases de dados (BD) - Vinculação das BD Sinan e SIM: Foi realizado a vinculação das BD Sinan e SIM para proceder à correção da série</p>

histórica de óbitos e óbitos fetais por SC no ESP. A BD do SIM foi fornecida pelo Centro de Informações Estratégicas em Saúde (CIVS) da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP) responsável pela BD do SIM no ESP foram incluídos os dados das descargas de óbitos (DO) que evoluíram com óbito fetal ou não fetal com a anotação de CID A50.0-A50.9 ou P002 de 2007 a 2019 em qualquer linha da parte I ou parte II do documento oficial. Nas duas BD foram realizadas as seguintes avaliações de consistência: - padronização dos campos; - retirada de casos duplicados; - investigação de inconsistências relativas às variáveis principais em estudo. A BD do SINAN foi vinculada a BD do SIM para produzir uma BD integrada de SINAN/SIM, foram realizadas vinculações probabilística, determinística e busca ativa de casos não vinculados. A BD integrada SINAN/SIM somou um total de 29.435 registros de casos notificados de sífilis congênita de 2007 a 2018 com diagnóstico no primeiro ano de vida. Desses 3.482 (11,8%) apresentaram desfecho desfavorável (381 óbitos por SC, 295 óbitos por não sífilis congênita, 1.601 abortos e 1.205 natimorto). Dos casos notificados com desfechos desfavoráveis na BD Sinan (exceto abortos) 75,7% foram encontrados na BD do SIM: 71,4% dos óbitos por SC; 71,2% dos óbitos por não SC; 78,2% dos natimortos. Todos os registros foram padronizados, e as correções necessárias serão enviados para o Programa Estadual de DST/Aids para realizar os ajustes da BD oficial. A BD dos Protocolos de Investigação de Transmissão Vertical da Sífilis Congênita (PISC) do estado de São Paulo foi investigada e vinculada a BD do Sinan. O banco vinculado PISC/SINAN apresenta 2.453 registros de casos diagnosticados entre os anos de 2016 e 2018. Nesta BD foi analisada a qualidade dos dados (completude e concordância), e realizada análise descritiva das variáveis principais. Foi observado que o PISC apresenta boa qualidade em relação à completude e concordância, tomando como referência a BD do SINAN. Entretanto, apresenta cobertura extremamente heterogênea com maior concentração de protocolos provenientes da capital do Estado. Estes resultados serão discutidos com o Programa Estadual de DST/Aids para realizar os ajustes necessários.

Etapa 2. Análise de dados – estudo ecológico com série histórica de dados agregados. Com as BD do Sinan de sífilis adquirida (SA), sífilis em gestantes (SG) e sífilis congênita (SC) de 2007 a 2018 foi realizada análise espacial exploratória em que foram identificadas áreas com altas taxas de SC, SA e SG provavelmente demonstrando que existem regiões com necessidade de melhorias tanto na vigilância da sífilis quanto no atendimento. Por outro lado, foram identificadas áreas com altas taxas de SC e baixas taxas de SA e SG provavelmente representam áreas com necessidade de melhoria da atenção e acompanhamento da sífilis em gestantes ou, mais comumente áreas com subnotificação de sífilis. A Análise de tendência será realizada com a BD integrada de SINAN/SIM.

Etapa 3 - ESTUDO TRANSVERSAL - Revisão sistemática e análise de dados. Foi conduzida revisão sistemática dos fatores associados a mortalidade por sífilis congênita. A revisão sistemática identificou 15 fatores associados à natimortalidade ou a mortalidade entre os casos de sífilis congênita, sendo que cinco delas estavam presentes em quatro ou mais estudos. A mortalidade por sífilis congênita pode estar associada a fatores maternos ou da criança, destacaram-se: tratamento materno ausente ou inadequado, não realização de pré-natal ou com número de consultas insuficiente, teste não treponêmico (VDRL) materno com títulos elevados, prematuridade e RN com baixo peso ao nascer. Não foram observadas associações em relação à idade e raça/cor materna ou ao sexo do RN, entre os estudos selecionados nesta revisão. Foi realizada análise preliminar com os dados da BD do Sinan, e identificados possíveis fatores associados ao desfecho desfavorável: ser mãe jovem; não ter realizado o pré-natal, esquema de tratamento realizado inadequadamente ou não realizado; teste não treponêmico reagente no parto. Esses fatores são muito semelhantes aos identificados na revisão sistemática, mas destacou-se o fator idade materna (mãe jovem). Nova análise será realizada com a BD integrada de SINAN/SIM.

Aplicabilidade do projeto ao SUS Um dos principais objetivos da vigilância epidemiológica é subsidiar a tomada de decisões para adoção de medidas de prevenção e controle. Um dos maiores desafios da área é a disponibilização da informação de forma oportuna e com qualidade, além da organização de informes epidemiológicos. Para isso é necessário o emprego de rotinas de monitoramento e avaliação da qualidade das BD de vigilância epidemiológica.

O aprimoramento da BD de vigilância epidemiológica de sífilis congênita, e em especial com relação aos desfechos desfavoráveis, nos permitirá avaliar o impacto da ocorrência da doença em nossa população, além de apontar os principais fatores associados à sua ocorrência. Identificar os fatores associados por meio da revisão sistemática e da análise da BD será também fundamental na construção de evidências para a tomada de decisão. Todos os processos utilizados neste projeto de vinculação das BD serão disponibilizados para o Programa Estadual de DST/Aids- São Paulo para que esta checagem de consistência entre as BD seja realizada de forma sistemática. Os casos identificados que não apresentarem concordância entre as BD investigadas estão sendo enviados para a correção nas BD oficiais visando o aprimoramento do dado. A avaliação da qualidade do Protocolo de Investigação da Sífilis Congênita, nova BD implantada no estado de São Paulo (ESP) desde 2016, será útil para a continuidade e adaptação do instrumento as necessidades e a capacidade de coleta de dados dos desfechos desfavoráveis para todos os municípios do Estado. A constituição de novas BD são muitas vezes desejáveis para possibilitar mais informações para subsidiar a tomada de decisões, entretanto precisam ser avaliadas em relação a sua qualidade e a capacidade instalada de geração de dados.

Dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento do projeto pela pandemia de COVID-19 No segundo ano do projeto precisamos realizar contato com os municípios para investigar os casos notificados no Sinan com sífilis congênita que apresentaram evolução com desfecho desfavorável, mas que não foram encontrados os registros correspondentes na BD do SIM. A investigação regional destes casos foi prejudicada pela sobrecarga de atividades das vigilâncias epidemiológicas regionais e municipais que estavam neste momento de pandemia envolvidas na vigilância de COVID-19.

<i>Título</i>	Reorganização da atenção à saúde respiratória no município de Pindamonhangaba-SP: ações conjuntas da atenção primária e secundária para reduzir a morbimortalidade e referenciamento no SUS, através do apoio matricial (cuidados colaborativos)
<i>Coordenador(a)</i>	Rafael Stelmach
<i>Instituição</i>	InCor - HCFMUSP
<i>Equipe</i>	Rafael Stelmach e William Salibe - InCor HCFMUSP
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	Prefeitura de Pindamonhangaba, Departamento Regional de Saúde I - Grande São Paulo/DRSI/SSSP
<i>Âmbito</i>	Municipal
<i>Equipe na instituição parceira</i>	Mariah Prata, Mariana Prado Freire; Prefeitura de Pindamonhangaba
<i>Contrapartida</i>	Recursos humanos e suporte logístico
<i>Problema inicial</i>	Negligencia e incapacidade de assistência aos portadores de doenças respiratórias crônicas (DRC) na atenção primária; plethora de casos na atenção secundária com longa fila de espera
<i>Metodologia</i>	Processo educacional teórico e prático para capacitação de profissionais de saúde da atenção primária por 2 anos sequenciais
<i>Resultados</i>	Mudança dos perfis de gravidade das consultas tanto na atenção primária (APS) quanto na secundária (ASS), com maior disponibilidade de consultas de casos graves na ASS e casos moderados e leves assistidos na APS; maior dispensação de medicamentos de manutenção de portadores de asma
<i>Aplicabilidade do projeto ao SUS</i>	Diagnóstico correto de portadores de DRC, eficácia do sistema de saúde pelo processo de cuidados colaborativos
<i>Dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento do projeto pela pandemia de COVID-19</i>	

<i>Título</i>	ESTRATÉGIAS PARA SUPERAR A SUBUTILIZAÇÃO DA DIÁLISE PERITONEAL COMO OPÇÃO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA CRÔNICA
<i>Coordenador(a)</i>	Daniela Ponce
<i>Instituição</i>	Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP
<i>Equipe</i>	Colaboradores: Prof Titular Pasqual Barretti , Prof Associada Jacqueline Caramori Equipe técnica: Dr Durval Garms , Enf Marcela Lara Mendes, Dr Alexandre Brabo
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	Hospital das Clínicas e Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar - FAMESP (gestora do Hospital Estadual de Bauru e Hospital de Base de Bauru)
<i>Âmbito</i>	Estadual
<i>Equipe na instituição parceira</i>	Durval Garms e Camila Albuquerque
<i>Contrapartida</i>	Melhorar a assistência ao portador de doença renal crônica
<i>Problema inicial</i>	<p>- escassez de vagas para diálise nos municípios de Botucatu e Bauru por meio de consolidar o programa de Diálise Peritoneal (DP) Urgent Start na unidade de diálise do HC-FMB e implantar o mesmo programa nos serviços de diálise do Hospital Estadual de Bauru e Hospital de Base, após a capacitação dos nefrologistas e equipe de enfermagem de Bauru, e avaliar os seguintes indicadores relacionadas à terapia: controle metabólico; complicações infecciosas e mecânicas; sobrevida da técnica e dos pacientes, além de comparar esses indicadores com aqueles do grupo de pacientes tratados por hemodiálise (HD) de início urgente e por DP planejada, no mesmo período, e por fim, realizar estudo de custo versus efetividade;</p> <p>Subprojeto 1: Diálise peritoneal como opção de início urgente em pacientes incidentes em terapia renal substitutiva Neste estudo descrevemos a experiência de um programa de DP Urgent Start com as características acima mencionadas, avaliando o controle metabólico; as complicações infecciosas e mecânicas associadas ao método; a sobrevida da técnica e dos pacientes, além de comparar as complicações e a sobrevida com o grupo de pacientes em HD de início urgente no mesmo período.</p> <p>Subprojeto 2: Diálise peritoneal não planejada versus planejada como tratamento inicial de pacientes incidentes em terapia renal substitutiva crônica Este estudo será conduzido com os objetivos de comparar os resultados de um programa de Diálise Peritoneal planejada versus não planejada implantado no HC/FMB, HEB e HB a partir de agosto de 2017, quanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - às complicações mecânicas e infecciosas associadas à DP - à sobrevida da técnica e dos pacientes - às taxas e causas de hospitalização - ao impacto no crescimento do programa de DP - à implantação da DP assistida pela enfermagem aos pacientes frágeis e dependentes por apresentarem deficiência física ou cognitiva, na ausência de cuidadores <p>Subprojeto 3: Custo-efetividade das terapias hemodiálise e diálise peritoneal de início urgente Ao se estudar pacientes incidentes de modo não planejado nas terapias dialíticas crônicas (DP e HD) no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HC-FMB), Hospital de Base e Estadual de Bauru, este trabalho tem como objetivos específicos comparar o custo-efetividade dos métodos DP e HD de início não planejado nos primeiros 12 meses de terapia e transpor a análise de custo-efetividade local para o cenário nacional e internacional.</p>
<i>Metodologia</i>	Comparará pacientes incidentes em DP planejada, DP e HD de início urgente em três hospitais do interior do estado de SP (HC da FMB-UNESP, Hospital de Base e

Estadual de Bauru) de agosto/18 a agosto/21. DP urgent start foi definida como início do método em até 48 horas após o implante do cateter de Tenckhoff, sem seguimento prévio com nefrologista e sem treinamento familiar ou adequação do domicílio. HD urgent start foi definida como início do método com CVC. O implante do cateter de Tenckhoff será realizado por nefrologistas, portanto, os nefrologistas dos HB e HEB serão capacitados pelos profissionais do HC-FMB. Após a alta hospitalar, os pacientes em DP não planejada serão mantidos em DP intermitente (DPI) na unidade de diálise até o término do treinamento. Para o grupo de DP planejada (subprojeto 2), será realizada lavagem de cavidade após uma semana do implante do cateter, mantendo o período de sete dias entre uma lavagem de cavidade e outra até o final do treinamento familiar e preparo domiciliar para a execução da técnica.

- Treinamento familiar e adequação do domicílio
Para o grupo DP de início urgente, iniciado no ambiente hospitalar, após início da terapia. Para o grupo DP planejada, antes mesmo do paciente realizar o implante do cateter é realizada a visita domiciliar para adequar o domicílio, definir o cuidador e iniciar treinamento.

Para pacientes frágeis e dependentes
A DP assistida por profissionais da enfermagem para pacientes frágeis e dependentes físicos ou de cognição, na ausência de cuidadores, será realizada como estratégia para reduzir a subutilização da DP. Os indicadores relacionados ao tratamento de DP serão avaliados e se favoráveis, a capacitação de profissionais de enfermagem estender-se-á às equipes da atenção básica (programa de saúde da família). Os pacientes serão acompanhados desde o momento do implante do cateter e início do método até o período mínimo de 180 dias de terapia e avaliados quanto aos desfechos óbito, transplante, recuperação de função renal ou mudança de método devido à falência de técnica ou complicações infecciosas ou mecânicas sem sucesso com o tratamento instituído.

- Cálculo dos custos
Os custos serão agrupados em custos hospitalares, de acesso dialítico e de diálise. Os custos de diálise serão subdivididos em recursos humanos, material de consumo, laboratório e medicamentos
Os princípios éticos básicos das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos - de acordo com a Resolução 196/96 – serão seguidos neste estudo.

- Cálculo do tamanho amostral
O tamanho da amostra calculado para cada grupo será de 230 pacientes (DP não planejada, DP planejada e HD não planejada), totalizando de 690 pacientes. Serão utilizados diferentes testes estatísticos, considerando $p < 0,05$.

Resultados

SUBPROJETO 1

De agosto de 2016 a julho de 2020, foram avaliados 187 pacientes que iniciaram DP de modo não planejado, sendo:
- 99 pacientes em Botucatu (agosto 2016 a dezembro 2019)
- 59 pacientes no HEB (agosto 2018 a julho 2020)
- 29 pacientes no HB (dezembro 2018 a julho 2020)

Em julho de 2015 nosso programa de DP apresentava-se reduzido com apenas 23 pacientes no programa (penetração de 11,5%), enquanto 198 pacientes estavam em HD. Após quatro anos do início do programa DP urgent start (dezembro de 2019), havia 91 pacientes em programa de DP, ou seja, crescimento de 295%, e 201 pacientes em HD. Atualmente, há 99 pacientes em programa de DP. Em Bauru, em julho de 2018, havia 317 pacientes em TRS, sendo 92% em HD, ou seja, apenas 28 pacientes em DP (21 no HEB e 7 no HB). Em julho de 2020, há 356

pacientes em TRS, sendo que 65 estão em DP, ou seja, 18,2%. A figura 1.1 mostra o crescimento dos programas de DP nos municípios de Botucatu e Bauru após o início do programa de DP de início urgente. Dessa forma, a penetração da DP nos centros de diálise de Botucatu e Bauru, aumentou de 8 para 18% em Bauru e de 11 para 30,3% em Botucatu, propiciando um aumento do número de pacientes em TRS, sem necessitar aumentar o número de vagas de HD. A média de idade foi $57,7 \pm 19,2$ anos, nefropatia diabética foi a etiologia mais frequente de DRC (31,4%) e uremia, a principal indicação de diálise em 99 pacientes (53,3%)

Os controles metabólico e volêmico dos pacientes tratados com DP não planejada foram alcançados após cinco sessões de DPAV. Os pacientes permaneceram em DPI em torno de $23,2 \pm 7,2$ dias, recebendo $11,5 \pm 3,1$ sessões DPI de $9,5 \pm 2$ horas/sessão, como mostrado na tabela 2.1. Complicações infecciosas e mecânicas nos primeiros 90 dias, ocorreram em 41 (21,7%) e 44 pacientes (23,3%), respectivamente. Peritonite ocorreu em 11,7% dos pacientes. As principais complicações mecânicas foram migração ponta do cateter e extravasamento de dialisato pelo orifício de saída. A necessidade de substituição cirúrgica de cateteres foi de 16,6%. Em curto prazo, a taxa de mortalidade foi de 20% e sobrevida da técnica foi de 85,7% conforme mostra a tabela 3.1. Seis pacientes (10%) foram transferidos de forma permanente ou temporária para HD devido complicações mecânicas.

SUBPROJETO

2

De agosto de 2017 a julho de 2020, foram avaliados 171 pacientes que iniciaram DP, sendo 58 indivíduos em DP planejada e 113 não planejada. Não houve diferença quanto às características basais dos dois grupos em relação a idade, sexo, presença de DM, no entanto, houve diferença entre os grupos quanto à presença de 2 ou mais comorbidades.

Uremia foi a principal indicação de diálise em ambos os grupos. Os parâmetros clearance de creatinina e valores iniciais de PCR também foram semelhantes entre os grupos, porém houve diferença quanto aos valores iniciais de albumina, hemoglobina que foram menores no grupo DP não planejada e fósforo, os quais foram maiores no mesmo grupo.

Não houve diferença entre os grupos quanto ao tempo de treinamento, peritonite, IOS, óbito e mudança de método, porém internação e complicação mecânica foram mais frequentes no grupo DP não planejada. Não houve diferença entre os grupos quanto à IOS, peritonite, mudança para HD e óbito. Houve diferença entre os grupos quanto às complicações mecânicas, especificamente quanto ao extravasamento e internações hospitalares, que foram mais frequentes no grupo DP não planejada ($18,9 \times 34,5\%$, $p=0,025$; $0 \times 13,27\%$, $p=0,009$ e $20,6 \times 37,1\%$, $p=0,020$ respectivamente). Os tempos livres para complicações mecânicas, peritonite e IOS foram maiores no grupo DP planejada ($289,91 \pm 156,96$ vs. $182,06 \pm 93,49$, $p=0,002$; $241,05 \pm 116,23$ vs. $164,65 \pm 138,77$ $p=0,006$ e $291,22 \pm 135,68$ vs. $175,63 \pm 150,00$ $p=0,009$), enquanto o tempo para mudança de método foi semelhante entre as modalidades, assim como a sobrevida dos paciente. No modelo de regressão de Cox, associaram-se ao óbito a maior idade ($p=0,009$) e os menores valores de albumina ($p=0,008$). No modelo de regressão Cox, idade ($p=0,01$) e menor valor de albumina ($p=0,008$) foram fatores preditores de complicação mecânica e as únicas variáveis associadas à peritonite foram a presença de IOS e complicação mecânica. Foram preditoras da mudança de método para HD, a menor idade ($p=0,025$), a presença de complicação mecânica ($p=0,001$), de DM ($p=0,003$) e de peritonite ($p=0,001$).

SUBPROJETO

3

ANÁLISE

ECONÔMICA

A análise econômica foi realizada na perspectiva da fonte pagadora, o Sistema Único de Saúde. Calculou-se o custo de cada paciente através da soma dos valores

investidos pelo SUS durante um ano iniciado a partir da primeira sessão ambulatorial de diálise. Os custos indiretos, como os associados ao transporte de pacientes ou perdas de dia de trabalho, não foram considerados nesta análise. Os custos da perspectiva do gestor (hospital) como, por exemplo, custo real da internação hospitalar, não foram computados na avaliação inicial. As categorias de custos foram divididas em custos com exames laboratoriais rotineiros, terapia de manutenção, acesso dialítico, hospitalizações e medicamentos excepcionais em uso. No caso da manutenção das terapias dialíticas, exames laboratoriais e manutenção de acessos, utilizaram-se os valores repassados por procedimento via “Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo” (APAC), disponíveis no “Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Orteses, Prótese e Materiais Especiais (OPME) do SUS” (SIGTAP). As internações destes pacientes durante o período foram avaliadas, calculando-se custos médios de permanência em enfermarias e unidades de terapia intensiva. Para cálculo de valor empreendido nas medicações excepcionais sevelâmer, alfaepoetina, calcitriol, hidróxido de ferro e cloridrato de cinacalcete), utilizou-se a média de valores pagos para fornecedores, dados obtidos nos sites da Bolsa Eletrônica de Compras (BEC-SP) e do Painel de Preços do Ministério da Economia. Os eventos considerados para a árvore de decisão para cada cenário das TRS nos primeiros 12 meses foram: diálise sem intercorrência, infecções, hospitalizações, complicações relacionadas ao acesso, mudança de método e óbito (Figura 1). Para a análise de custo vs efetividade será considerada a utilidade numa escala que varia de zero a um sendo o maior valor a perfeita saúde. Utilizamos dados previamente publicados de utilidade para estimar estes indicadores utilizados no modelo, a saber: utilidade para o transplante de 0,73; HD/DP de 0,53; morte de zero; internação por causas infecciosas 0,65; reabordagem cirúrgica 0,45, recuperação da função renal 0,8. Consideramos para os dois tratamentos os mesmos escores de utilidade. Os gastos com medicamentos especializados será acrescido aos custos de ambas as terapias.

Duzentos e oito pacientes foram incluídos no estudo, sendo oito excluídos por dados incompletos e/ou inconsistências. Não houve diferença entre o grupo DP e HD quanto à idade ($55,3 \pm 15,2$ vs $57,6 \pm 15,0$ anos, $p=0,65$), sexo masculino (70 vs 60%, $p=0,74$) e número de comorbidades maior que duas (60 vs 55%, $p=1,0$). O grupo DP teve maior número de pacientes com DRC de etiologia diabética (45vs10%, $p=0,03$), sem diferenças quanto a outras etiologias. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto ao drop-out por transplante renal (5 vs 5%, $p=1,0$), óbito (5 vs 10%, $p=1,0$) ou recuperação de função renal (10vs 0%, $p=0,487$). Como esperado, o grupo DP apresentou maior número pacientes que mudaram de método dialítico (35vs 0%, $p=0,008$), o que refletiu em menor tempo de permanência na terapia (mediana de 10,159 vs 12 meses, $p=0,045$).

O grupo DP apresentou mais internações (mediana 1 vs 0, $p=0,005$), sem diferença estatisticamente significativa quanto ao número de dias internados (mediana 6 vs 9 dias, $p=0,649$).

Quanto ao custo total do tratamento para terapias dialíticas durante o seguimento dos pacientes, não houve diferença significativa entre os métodos DP e HD [R\$ 33.488,76 (21.483,75 – 40.478,77) vs 37.919,65 (37.919,65-41.770,46), $p=0,229$]. Quando foram analisadas as categorias de custos, a terapia de manutenção crônica da DP consumiu proporcionalmente mais recursos que a da HD (80,47 vs 75,91%, $p<0,001$), assim como com internações (1,72 vs 0,39%, $p<0,001$) e com tratamento de infecções (2,72 vs 1,36%, $p<0,001$). Os acessos dialíticos foram responsáveis por custo estatisticamente maior na HD do que na DP (2,07% vs 5,48%, $p<0,001$), assim como os custos com medicamentos

	excepcionais forma maiores no grupo HD (11 vs 14,4%, $p < 0,001$). Não houve diferença entre custos na proporção de gastos com exames.
<i>Aplicabilidade do projeto ao SUS</i>	Nossos resultados parciais mostram que a DP é opção de TRS de início urgente por apresentar desfechos clínicos e custos semelhantes à HD, o que sugere que a DP deva ser instituída como política de saúde pública para aumentar vagas de TRS. Quando comparada à DP de início planejada, nossos dados mostram que a sobrevivência do método e dos pacientes em DP de início não planejado foi semelhante à dos pacientes que iniciaram a terapia de modo planejado, o que não diminuiu a importância do seguimento pré dialítico. Até o momento, os estudos sugerem que a modalidade de DP é alternativa viável e segura para pacientes que iniciam a terapia dialítica de modo não planejado, além de poder ser ferramenta útil para aumentar a prevalência de pacientes tratados por DP crônica. Dessa forma, a DP é uma opção e deve ser oferecida de forma imparcial a todos os pacientes sem contraindicações para sua realização e que necessitam iniciar diálise urgentemente.
<i>Dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento do projeto pela pandemia de COVID-19</i>	A partir de junho de 2020, a demanda assistencial para pacientes COVID aumentou muito no HC de Botucatu, sendo difícil a mobilização até Bauru para treinamento de equipes. Também, devido à pandemia a mobilização não essencial de profissionais foi reduzida para evitar aglomerações. Vou até solicitar prorrogação de 3 meses da vigência do projeto, para que seja finalizado em 01 de dezembro de 2021 (e não em 01 de setembro).

<i>Título</i>	Recomendações de guias de prática clínica de alta qualidade metodológica para o cuidado de doenças crônicas: adaptação ao contexto do SUS e disseminação de informação confiável
<i>Coordenador(a)</i>	Daniela Oliveira de Melo
<i>Instituição</i>	ICAQF/Unifesp
<i>Equipe</i>	Adriane Lopes Medeiros Simone - FSP/USP; Claudia Fegadolli - ICAQF/Unifesp; Aecio Flavio Teixeira de Gois - EPM/Unifesp; APARECIDA LINHARES PIMENTA - COSEMS/SP; Arnaldo Sala - SES/SP; Camilo de Lellis Santos - ICAQF/Unifesp; Ezequiel Roberto Zorzal - ICT/Unifesp; Jorge Harada - Unasus/Unifesp; Luiz Eduardo Galvão Martins - ICT/Unifesp; Nicolina Silvana Romano Lieber - FSP/USP
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	COSEMS/SP e SES/SP
<i>Âmbito</i>	Estadual
<i>Equipe na instituição parceira</i>	Arnaldo Sala; Aparecida Linhares Pimenta; Dirce Cruz Marques
<i>Contrapartida</i>	Acompanhamento do processo de elaboração de produtos para ajustar à necessidade do SUS, auxílio na divulgação do projeto e organização da validação e oficinas
<i>Problema inicial</i>	A escassez de documentos com informação confiável (elaborado de acordo com processo sistemático e transparente) sobre o cuidado de doenças crônicas na atenção primária e facilidade de consulta a essas informações.
<i>Metodologia</i>	Revisão sistemática de diretrizes clínicas para 14 doenças crônicas, avaliação de qualidade metodológica e comparação de recomendações das diretrizes com maior qualidade metodológica. A partir do compilado de recomendações gerado pela comparação e sua validação por profissionais da APS do SUS de SP, estão sendo produzidos curso e website para disseminar informação confiável.
<i>Resultados</i>	Até o momento, fizemos a identificação, elegibilidade, avaliação de qualidade e seleção das diretrizes clínicas a serem comparados para que seja elaborada prévia do compilado de recomendações para todas as DCNT elencadas. A avaliação de qualidade de todas as 356 diretrizes incluídas foi realizada sempre por três avaliadores de forma independente, com posterior discussão de notas que tivessem dois ou mais pontos de diferença. Assim, foi possível identificar pelo menos uma diretriz de qualidade para cada uma das 14 doenças. A partir da comparação das recomendações sobre o mesmo tópico e população, foram elaborados os compilados de recomendações em português, contemplando o que foi recomendado nas diretrizes selecionadas - já foram elaborados para 10 das 14 doenças. Nesse momento, estamos terminando de montar os vários ambientes virtuais que serão usados no processo de validação das recomendações pelos profissionais de saúde da rede de atenção primária do SUS. Paralelamente, foi iniciado o desenvolvimento da aplicação web por meio da qual as recomendações poderão ser consultadas. Estamos escrevendo artigos sobre 1) qualidade das diretrizes clínicas para cuidado de doenças crônicas; qualidade das diretrizes e comparação de recomendações de 2) diabetes; 3) asma; 4) demência; e 5) dislipidemia. O resumo sobre o projeto, apresentado no V INTERNATIONAL WORKSHOP ON RATIONAL USE OF MEDICINES, foi contemplado com o primeiro lugar na premiação do evento. Também já trabalhamos na identidade visual dos produtos gerados pelo projeto que foi batizado com o nome de SABER SUS (Saúde Baseada em Evidências e Recomendações para o SUS) e para o qual foi desenvolvido um logo.
<i>Aplicabilidade do projeto ao SUS</i>	Esperamos poder contribuir para a melhora da qualidade do cuidado de doenças crônicas na atenção primária a partir da discussão sobre o que as diretrizes de qualidade publicadas em todo o mundo recomendam. Também esperamos que o curso Unasus possa capacitar novos profissionais ou possibilitar a atualização daqueles que já atuam no SUS e que a aplicação web possa servir de fonte de consulta rápida e também para estudo. Também existe a expectativa de que a importância da tomada de decisão baseada em evidências seja um destaque nessas discussões.

<i>Dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento do projeto pela pandemia de COVID-19</i>	Tínhamos planejado oficinas presenciais. Dependemos da participação de profissionais de saúde na validação das recomendações e temos aguardado momento ideal para iniciar essa etapa mas com o agravamento da pandemia isso tem sido difícil. Assim, teremos necessidade de ajustar algumas coisas no projeto para fazer funcionar, como alterar as oficinas presenciais para online e esperar um momento mais propício para fazer a validação.
---	---

<i>Título</i>	Inovações tecnológicas em gestão do cuidado hospitalar: impactos da Política Nacional de Atenção Hospitalar na micropolítica e na produção do cuidado em um hospital de referência do SUS no município de São Paulo
<i>Coordenador(a)</i>	Rosemarie Andrezza
<i>Instituição</i>	Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM)
<i>Equipe</i>	<p>Profa. Dra. Rosemarie Andrezza (coordenadora) – Professora Associada</p> <p>Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio (coordenador-adjunto) – Professor Sênior Livre-Docente do Departamento de Medicina Preventiva (EPM-Unifesp).</p> <p>Prof. Dr. Ademar Arthur Chioro dos Reis (coordenador-adjunto) – Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva (EPM-Unifesp).</p> <p>Profa. Dra. Eliane Cardoso de Araújo - Professora Associada do Departamento de Medicina Preventiva (EPM-Unifesp).</p> <p>Profa. Dra. Lumena Almeida Castro Furtado – Professora Adjunta do Departamento de Medicina Preventiva (EPM-Unifesp).</p> <p>Profa. Dra. Mariana Arantes Nasser - Professora Adjunta do Departamento de Medicina Preventiva (EPM-Unifesp).</p> <p>Prof. Dr. Nicanor da Silva Pinto - Médico aposentado do Departamento de Medicina Preventiva, Pesquisador da Linha de Pesquisa Gestão do Trabalho e do Cuidado e(m) Saúde (DMP-EPM-Unifesp).</p> <p>Profa. Dra. Sandra Maria Spedo - Médica aposentada do Departamento de Medicina Preventiva, Pesquisadora da Linha de Pesquisa Gestão do Trabalho e do Cuidado e(m) Saúde (EPM-Unifesp).</p> <p>Profa. Dra. Ana Lucia Medeiros de Souza - Nutricionista aposentada e pesquisadora da Linha de Pesquisa Gestão do Trabalho e do Cuidado e(m) Saúde, do Departamento de Medicina Preventiva (EPM-Unifesp).</p> <p>Dr. Jorge Harada - Médico do quadro técnico de nível superior do Departamento de Medicina Preventiva (EPM-Unifesp). Carga horária: 8 horas/semana.</p> <p>Dra. Olívia Felix Bizetto - Sanitarista no Departamento de Medicina Preventiva da EPM/UNIFESP.</p> <p>Dra. Nelma Lourenço de Matos Cruz – Farmacêutica da Unidade Intensiva do Hospital São Paulo – Hospital Universitário.</p> <p>Dra. Larissa Maria Bragagnolo - Sanitarista-fisioterapeuta do Departamento de Medicina Preventiva da EPM/UNIFESP.</p> <p>Dra. Mariana Fonseca Paes – Pós- Graduada – doutorado – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva – EPM/UNIFESP.</p> <p>Prof. Dr. Tiago Correia – Professor do Departamento de Sociologia do CIES-ISCTE-IUL e Investigador integrado do Centro de Investigação e Estudos em Sociologia – Instituto Universitário de Lisboa – Portugal (CIES-Iscte-IUL).</p> <p>Profa. Dra. Graça Carapinheiro –Professora Titular Aposentada do Departamento de Sociologia do CIES-ISCTE-IUL e Investigadora integrada do Centro de Investigação e Estudos em Sociologia– Instituto Universitário de Lisboa – Portugal (CIES -IUL).</p> <p>Dra. Monique Marie Marthe Bourget - Mestre em Epidemiologia pelo Departamento de Medicina Preventiva (EPM-Unifesp). Diretora Técnica do Hospital Santa Marcelina de Itaquera.</p> <p>Dr. Morris Pimenta e Souza – Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC- EPM- Unifesp). Médico. Especialista em Medicina Preventiva e Social (FMUSP) e em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (CEAHS-EAESP/FGV). Supervisor na Gestão Médica da APS Santa Marcelina.</p> <p>Cibele Franco - Secretária Executiva do Quadro de servidores técnico-administrativo do Departamento de Medicina Preventiva da EPM/UNIFESP.</p> <p>Tatiane Daniel dos Santos - Assistente em administração do Quadro de servidores técnico-administrativo do Departamento de Medicina Preventiva da EPM/UNIFESP.</p> <p>Marta Otuka Oikawa – Auxiliar em Administração do Quadro de servidores técnico-administrativo do Departamento de Medicina Preventiva da EPM/UNIFESP.</p>
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	Hospital Santa Marcelina

<i>Âmbito</i>	Estadual
<i>Equipe na instituição parceira</i>	Dra. Monique Marie Marthe Bourget -ex- Diretora Técnica do Hospital Santa Marcelina de Itaquera. Dr. Morris Pimenta e Souza – Supervisor na Gestão Médica da APS Santa Marcelina. Dr Leonardo Mauri - Diretor Técnico do HSM Enf. Elen Paula Rodrigues - Coordenadora do núcleo interno de regulação (NIR) Enf. Cristiane Alves Henriques (NIR) Enf Maria Conceição Jeremias - coordenadora assistencial do Proto-Socorro
<i>Contrapartida</i>	Local da realização do campo; profissionais-pesquisadores da instituição; membros do colegiado gestor da pesquisa.
<i>Problema inicial</i>	Os sistemas de saúde exigem transformações efetivas no funcionamento das organizações hospitalares. Torna-se necessária a produção de práticas que tomem como centro do cuidado o usuário-cidadão e que assumam a governança e gestão da clínica na perspectiva da integralidade. Em estudo recém concluído pelo grupo, realizado em hospital de urgência emergência, observou-se que os dispositivos de gestão do cuidado são reconhecidos pelos profissionais como potentes formas de organizar o cuidado e indicam mudanças de relações interprofissionais. É a partir da experiência do grupo na realização de pesquisas no e para o SUS, com uma abordagem micropolítica, que se funda esta investigação. Nosso objetivo é o de analisar arranjos tecnológicos de gestão do cuidado previstos na Política Nacional de Atenção Hospitalar em um hospital de referência do SUS no município de São Paulo.
<i>Metodologia</i>	Trata-se de estudo qualitativo cartográfico, com elementos da pesquisa etnográfica, que fará uso de múltiplas técnicas para a produção dos dados: 1. Análise documental; 2. Oficinas de trabalho com dirigentes e equipe do hospital; 3. Observação participante dos arranjos tecnológicos escolhidos em comum acordo com a equipe do hospital; 4. Acompanhamento de usuários-guia internados, preferencialmente em virtude de condições crônicas de saúde; 5. Elaboração de narrativas de pacientes, cuidadores e a da equipe assistencial. O estudo envolverá os atores institucionais em todas as fases da pesquisa, prevendo encontros regulares mensais (seminários de pesquisa ampliados e seminários compartilhados) com as equipes que operam os dispositivos para discussão e análise dos trabalhos de campo
<i>Resultados</i>	Em todos os seminários de pesquisa contamos com a participação dos profissionais-pesquisadores do HSM. As atividades ocorreram de forma presencial e à distância. Constitui-se o colegiado gestor da pesquisa (CG-Pesq) que conta com o diretor do HSM, as coordenadoras do Núcleo Regulação Interna e da enfermagem do Pronto-Socorro e um representante da Atenção Primária à Saúde O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Unifesp e do HSM. A partir da oficina de trabalho: os arranjos tecnológicos de gestão do cuidado e de leitos no HSM, em dezembro de 2019, que contou com ampla participação, ficou evidente o domínio que as equipes têm dos 32 dispositivos de gestão do cuidado e de leitos descritos. Traçamos um primeiro mapa dos arranjos tecnológicos, ele ainda é incompleto, mas nos permitiu uma aproximação do funcionamento do HSM. Foram escolhidos, e posteriormente validados pelo CG-Pesq, os seguintes arranjos a serem estudados: classificação de risco, a alta responsável e a visita multidisciplinar. A pesquisa de campo é interrompida com o início da pandemia. Em novembro de 2020 há uma oportunidade para começarmos, mesmo não tendo chegado aos 10% de internação por Covid 19 no HSM – critério combinado no CG – pesq - para o início das observações, que não ocorreu, pois houve um aumento expressivo das internações. O início do ano começa com um recrudescimento da pandemia. O Hospital novamente precisa entrar em “modo covid”. Precisamos propor outros caminhos metodológicos, pois não é possível prever quando poderemos iniciar as observações participantes como previsto. É possível iniciar pela unidade de internação da nefrologia. Estamos elaborando novas estratégias e dinâmicas para a produção dos dados a partir de ferramentas à distância.
<i>Aplicabilidade do projeto ao SUS</i>	Conforme apontamos no projeto esperamos produzir uma contribuição científica para o alargamento do pensamento teórico sobre as dinâmicas organizacionais, ajudando

na superação de modelos teóricos demasiados simplificados e funcionalizantes hegemônicos, com baixa capacidade de construção de integralidade. A incorporação tanto dos atores organizacionais em todas as fases dos estudos, quanto dos usuários e seus familiares, contribuirá para a formação científica da equipe e para a qualificação do cuidado e da gestão em saúde. O momento da pandemia, e a centralidade da atenção hospitalar para o cuidado desses pacientes, atravessou e atravessará a pesquisa de campo. O hospital tem experimentado um grau de plasticidade, diante das constantes incertezas, que poderá ser uma chave analítica e um gatilho para a necessária reflexão do hospital e suas arraigadas práticas de cuidado, centradas na racionalidade biomédica e nas relações de poder-saber tão presentes nesse espaço de formação e de reprodução dos profissionais de saúde. Uma outra contribuição será, provavelmente, a reflexão sobre as possibilidades de uso de outros dispositivos de pesquisa não presenciais

*Dificuldades
enfrentadas para o
desenvolvimento
do projeto pela
pandemia de
COVID-19*

Atraso do início do campo: observação participante em enfermarias, UTI e no Pronto Socorro. Por conta da Pandemia não conseguimos iniciar o campo - a observação. Por duas vezes havia a possibilidade de iniciar, (novembro de 2020 e fevereiro de 2021), entretanto o aumento das internações e dos casos nos impediram de iniciar. O hospital é um dos hospitais de referência para Covid. No momento estamos revendo a estratégia metodológica, verificando a possibilidade de atuarmos à distância com as equipes.

<i>Título</i>	Integração entre hospital terciário e unidades básicas de saúde: Projeto REAL - redesenhando a alta hospitalar.
<i>Coordenador(a)</i>	Erika Veruska Paiva Ortolan
<i>Instituição</i>	Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp
<i>Equipe</i>	Silke Ana Teresa Weber /Profa Associada Faculdade de Medicina de Botucatu Silvana Andrea Molina Lima /Profa Associada Faculdade de Medicina de Botucatu Pedro Luiz Toledo de Arruda Lourenção/ Prof Associado Faculdade de Medicina de Botucatu Marcos Minicucci/Prof Associado Faculdade de Medicina de Botucatu Walmar Kerche de Oliveira/Prof Dr Faculdade de Medicina de Botucatu Monique Antonia Coelho/ /Enfermeira HC Faculdade de Medicina de Botucatu; Pós Graduada Faculdade de Medicina de Botucatu Anicia Celeste de Oliveira Aguilera - bolsista graduanda enfermagem Faculdade de Medicina Botucatu Mayara Spin - bolsista graduanda enfermagem Faculdade de Medicina Botucatu Isabella Andrezza de Freitas - bolsista graduanda medicina Faculdade de Medicina Botucatu Jéssica Fátima de Souza - bolsista assistente social
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu e Prefeitura Municipal de Botucatu
<i>Âmbito</i>	Estadual e Municipal
<i>Equipe na instituição parceira</i>	Monique Antonia Coelho/ Enfermeira HC Faculdade de Medicina de Botucatu Janaina Cristina Santos / Enfermeira HC Faculdade de Medicina de Botucatu André Spadaro / Secretário de Saúde de Botucatu Maria Cristina Heinzle da S Machado - enfermeira Secretaria Saúde Botucatu
<i>Contrapartida</i>	HCFMB: estrutura do hospital das clínicas, com acesso aos dados do prontuário eletrônico, ao núcleo interno de regulação, e participação dos médicos residentes das áreas envolvidas/ Prefeitura de Botucatu: acesso a agendamento de consultas nos postos de saúde, que se disponibilizaram a receber treinamento sobre o projeto
<i>Problema inicial</i>	A pesquisa buscou aplicar uma sistematização de transição do cuidado dos pacientes internados em hospitais terciários do Sistema Único de Saúde para as Unidades Básicas no momento da alta como ferramenta de otimização da integração hierarquizada, partindo do problema inicial de grande hiato entre os serviços terciários e o sistema de atendimento básico.
<i>Metodologia</i>	Através da randomização dos pacientes internados da clínica médica geral e cirurgia geral, vindos de Botucatu, em dois grupos, um para passar pela sistematização da assistência até a alta (REAL- redesenhando a alta hospitalar) e outro que não sofreu a intervenção, e seguiu no fluxo atual de internação e alta. O grupo REAL foi acompanhado desde a internação, até a alta e o pós alta, com integração com unidades básicas de saúde. Foi medido o número de reinternações e procura por serviços de emergência mensalmente, nos 6 meses subsequentes à alta, nos dois grupos. Foi aberta plataforma de comunicação com as UBs, que podem tirar dúvidas sobre seus pacientes com os especialistas do HC (serviço terciário).
<i>Resultados</i>	Foi viabilizada a plataforma de informática “Segunda Opinião” para a integração entre o HCFMB e a Rede Básica de Saúde, permitindo que a equipe multiprofissional discuta os casos clínicos com profissionais das diferentes especialidades do hospital, de acordo com a necessidade. Todas as redes básicas de atenção do município de Botucatu foram cadastradas na plataforma de interação estando 51 profissionais cadastrados pelas unidades de saúde e 26 profissionais de saúde cadastrados pelo HCFMB, num total de 21 especialidades. A coleta de dados através do sistema de randomização dos pacientes teve início em Agosto de 2020 devido a pandemia. Até o momento, o total previsto de 168 pacientes foram incluídos na pesquisa pela especialidade da Gastroenterologia Cirúrgica e 177 de um total previsto de 237 pela Clínica Médica Geral. No momento da admissão guiada pela nova sistematização de atendimento de ambas as especialidades, a maioria dos pacientes possuíam ciência do diagnóstico de

	<p>admissão e apresentavam uma ou mais comorbidades. As internações de ambas as especialidades na sua grande maioria foram não eletivas. No momento da alta hospitalar, as orientações do papel de alta, bem como a terapêutica medicamentosa de escolha foram explicadas pela equipe médica, porém constatou-se que o resumo de alta e a ficha de orientações de pós-alta hospitalar estavam parcialmente preenchidas. No momento de pós alta hospitalar, grande parte dos pacientes fazem acompanhamento na Unidade Básica de Saúde, porém com ausência de visita domiciliar e consulta agendada. Os dados referentes a procura por serviços de emergência após a alta e reinternações ainda estão sendo levantados através das ligações telefônicas.</p>
<p><i>Aplicabilidade do projeto ao SUS</i></p>	<p>Foi desenvolvida plataforma específica para comunicação e discussão de casos das Unidades Básicas de Saúde com as especialidades do HC. Essa ferramenta é de baixo custo e fácil reprodução em outros hospitais terciários que podem matricular as unidades básicas de sua região. Essa transição do cuidado de forma sistematizada aumenta a capacidade do autocuidado, fortalecem a adesão ao tratamento terapêutico solicitado, reduzem a incidência das readmissões hospitalares, além de subsidiarem com maior segurança o elo e a comunicação entre a rede hospitalar terciária e as redes de atenção em saúde, com foco na integralidade do cuidado, baixos custos e alta reprodutibilidade. A aplicabilidade desta pesquisa no SUS contempla a possibilidade de fornecer propostas de melhorias para o apoio terapêutico na assistência à saúde, gerar conhecimento para a compreensão do processo saúde-doença nos diferentes níveis de atenção e subsidiar a formulação de estratégias para a tomada de decisão.</p>
<p><i>Dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento do projeto pela pandemia de COVID-19</i></p>	<p>Em 16/03, devido a pandemia do COVID, as unidades básicas de saúde de Botucatu foram fechadas e reabriram somente em julho, quando foi possível iniciar as visitas para cadastro do módulo segunda opinião. Também em 16/03 o HCFMB interrompeu todas as suas atividades de rotina, com suspensão de ambulatórios e salas cirúrgicas. Metade dos leitos do hospital foram destinados para isolamentos de pacientes COVID-19. As atividades cirúrgicas foram parcialmente retomadas em maio de 2020, e assim permanecem até o momento. Com isso, a randomização teve seu início retardado e apesar de já estar ocorrendo, o número de internações de pacientes não COVID está menor do que o previsto no projeto inicial. Pacientes das alas COVID não são incluídos no projeto por proibição de circulação de pessoas nesses locais e para proteção dos bolsistas. Portanto, como o projeto prevê o recrutamento de pacientes por 1 ano com seu acompanhamento após a alta por mais 6 meses, junto com o envio do relatório parcial, foi solicitada a extensão da vigência do projeto.</p>

<i>Título</i>	CONTRIBUIÇÕES PARA O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO PARA A SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO
<i>Coordenador(a)</i>	Mariana Arantes Nasser
<i>Instituição</i>	Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CSE-FMUSP)
<i>Equipe</i>	<p>Pesquisadores</p> <p>Coordenadora geral do projeto Mariana Arantes Nasser (Centro de Saúde Escola Prof. Samuel B. Pessoa (CSEB)/ Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP); Departamento de Medicina Preventiva, UNIFESP)</p> <p>Equipe de pesquisa</p> <p>Adalto Alfredo Pontes Filho (CSEB / FMUSP) José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres (Departamento de Medicina Preventiva, FMUSP) Lígia Bruni Queiroz (Unidade de Adolescentes , Instituto da Criança, FMUSP) Maria Ines Battistella Nemes (Departamento de Medicina Preventiva, FMUSP) Paulette Cherez Douek (CSEB / FMUSP) Fernanda Lopes Regina (Departamento de Medicina Preventiva, FMUSP) Gabriela Souza Murizine (Faculdade de Saúde Pública, USP) Jan Stanislas Joaquin Billand (CSEB / FMUSP) Júlia de Campos Cardoso Rocha (CSEB / FMUSP) Patrícia Ferreira de Andrade (Instituto de Psicologia da USP) Albertina Duarte Takiuti (Saúde do Adolescente / SES SP) Analice de Oliveira (CRT em ST /aids / SES SP) Arnaldo Sala (Atenção Básica / SES SP) Daniela Vinhas Bertolini (CRT / SES SP) Neusa Francisca de Jesus (Saúde do Adolescente / SES SP) Regina Maria Mac Dowell de Figueiredo (Instituto de Saúde / SES SP) Aparecida Linhares Pimenta (COSEMS SP) Sandra Mara Garcia (CEBRAP) Jorge Harada (Departamento de Medicina preventiva / UNIFESP) Julliana Luiz Rodrigues (Departamento de Medicina preventiva / UNIFESP) Nicanor Rodrigues da Silva Pinto (Departamento de Medicina preventiva / UNIFESP) Sandra Maria Spedo (Departamento de Medicina preventiva / UNIFESP)</p> <p>Equipe de Apoio</p> <p>Apoio técnico</p> <p>Beatriz Pereira (CSEB / FMUSP) Gleidiane Hedvigés dos Santos (CSEB / FMUSP) Lígia Moura de Souza (CSEB / FMUSP) Lucilene Barros dos Santos (CSEB / FMUSP) Reneide Rodrigues Ramos (CSEB / FMUSP) Wilson Pereira de Souza (Saúde do Adolescente / SES SP) Benito Lourenço (Saúde do Adolescente / SES SP) Andrea Lucila Lanfranchi de Callis (Saúde do Adolescente / SES SP) Cinthia pereira Nocentini (CRT/ SES SP) Damiana Montes Santos (CRT/ SES SP) Sandra Montagna Barelli(CRT/ SES SP)</p> <p>Apoio administrativo</p> <p>Maria Goreti Barros Salgueiro Pereira (CSEB / FMUSP) Emislene Jorge Leite de Lima (Saúde do Adolescente / SES SP)</p>
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	Instituições parceiras no SUS - SP: Programa Estadual de Saúde do Adolescente - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP); Coordenação da Atenção Básica - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP); Conselho dos Secretários Municipais do Estado de São Paulo (COSEMS-SP); Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids / Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids. Também contamos com a participação da Área de Gestão, Política e

	Planejamento, do Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo e do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP).
<i>Âmbito</i>	Estadual
<i>Equipe na instituição parceira</i>	(descrita em equipe do projeto, pois dada a característica do projeto de metodologia participativa, buscamos atuar em parceria)
<i>Contrapartida</i>	O Programa de Adolescentes, a Coordenação de Atenção Básica e o Programa de DST/Aids da SES SP e o COSEMS SP intermedeiam a divulgação, a participação de gestores e serviços e a orientação sobre as instâncias de pactuação. O DMP / UNIFESP e o CEBRAP fornecem apoios teóricos e metodológicos, em complementação ao CSE/FMUSP.
<i>Problema inicial</i>	A relevância de uma linha de cuidado para a saúde de adolescentes e jovens, enquanto grupo populacional e a partir da perspectiva da saúde pública, reside em critérios de magnitude dos problemas de saúde, mas sobretudo no impacto social e na permeabilidade desse grupo às ações de promoção da saúde. Este projeto visa contribuir para a implementação da Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J), por meio de ações de apoio em regiões de saúde e análise do processo. O referencial teórico adotado é a integralidade, buscada na prática dos encontros de cuidado, e na articulação da rede de serviços. A LCA&J, produto da mesma linha de pesquisa, desenvolvida entre 2016 e 2018, com apoio PPSUS Decit/SCTIE, CNPq, SES-SP, FAPESP (2016/15205-5) e Termo de Cooperação OPAS/OMS (SCON201602872), constitui o referencial de trabalho para este projeto.
<i>Metodologia</i>	O método adotado para desenvolvimento do projeto é o da pesquisa-ação, associada a procedimentos de intervenção e análise, de caráter qualitativo e quantitativo. As etapas metodológicas são: a publicação e a distribuição de livro impresso contendo o documento da LCA&J; o desenvolvimento de plataforma virtual para apoio e discussão voltados a gestores regionais e profissionais de saúde dos serviços; a realização de oficinas para o apoio à implementação em regiões de saúde piloto; a avaliação da implementação da LCA&J, por meio de sistema de indicadores on-line; a elaboração de diário de campo das experiências nos pilotos regionais e realização de entrevistas individuais com participantes da LCA&J, para análise das relações entre as instâncias de gestão regional e da participação dos sujeitos envolvidos na implementação da LCA&J. Por fim, serão formuladas recomendações para a continuidade, generalização e aprofundamento da implementação da LCA&J.
<i>Resultados</i>	Realizações no período: 1. Apresentações sobre o projeto “Contribuições para a implementação da LCA&J” em reuniões junto a instâncias gestoras visando viabilizar a implementação da LCA&J. 2019: reunião com a CRS da SES SP; possibilidade de parceria com a Educação do estado de SP; participação em reunião Grupo de Trabalho Bipartite da Atenção Básica; apresentação sobre o projeto na Comissão Intergestores Bipartite, visando informar sobre seu início, garantindo as bases para seu desenvolvimento; reunião com assessoria do COSEMS SP; apresentação em congresso do COSEMS SP em roda de conversa sobre atenção básica; reuniões com Programa Estadual de IST/ Aids; 2019 e 2020: reuniões com responsáveis pela área de criança e adolescentes da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã, da Coordenadoria da Região Oeste e da Direção Regional de Ensino. 2020: Congresso on-line do Programa Estadual de Adolescentes. 2021: Webnar no Congresso do COSEMS SP; Participação em três reuniões no Ocupe SUS Juventudes IST/ HIV/ Aids - Observatório Estadual de SP; apresentação de trabalho sobre a construção da LCA&J no Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. 2. Apresentação para apoio à saúde de adolescentes em nível federal, a convite da Organização Panamericana de Saúde e Coordenação de Saúde do Adolescente e Jovem e Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, da Secretaria de

Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde, 2019.

3. Apresentações/discussões temáticas mensais sobre a LCA&J visando sua implementação, voltadas a profissionais de saúde, profissionais de outros setores e demais interessados, em reunião on-line do Programa de Saúde do Adolescente da SES SP, em canal no Youtube, 2020 e 2021.

4. Constituição e organização da equipe de pesquisa, por meio de grupos de trabalho, de acordo com os objetivos específicos e etapas metodológicas

A - Publicar, distribuir e divulgar o documento da LCA&J.

B - Desenvolver ações difusas de sensibilização e apoio à gestão e à organização de processos de trabalho sobre a LCA&J para serviços de saúde do estado de SP.

C - Desenvolver ações focalizadas de apoio à gestão e à organização de processos de trabalho para implementação da LCA&J em regiões de saúde piloto.

D - Avaliar a implementação da LCA&J em serviços, municípios e regiões de saúde do estado de SP.

E - Analisar a participação dos sujeitos envolvidos na gestão do cuidado a adolescentes e jovens na implementação da LCA&J nas regiões-piloto.

F - Analisar a relação entre as instâncias envolvidas na gestão local/regional para a implementação da LCA&J nas regiões-piloto.

G - Elaborar recomendações para a implementação da LCA&J.

Aplicabilidade do projeto ao SUS

- Publicação do documento da LCA&J em livro com ISBN e PDF interativo, considerado base para a implementação da LCA&J e mais adequado ao contexto de pandemia, por prescindir de papel. a partir de nosso site (www.saudeadolescentesejovens.net.br), buscaremos distribuição para serviços ambulatoriais de saúde que atendem adolescentes e jovens, bem como para articuladores e apoiadores das regiões de saúde. Ao final do projeto, buscaremos também a impressão física, também incluindo conteúdo relativo à fase de implementação.

- Oferta de metodologias e ferramentas de apoio à gestão regional e à organização de processos de trabalho em serviços para implementação da LCA&J, incluindo orientações para oficinas e reuniões presenciais. Estamos construindo como um curso de extensão universitária para serviços de saúde nos municípios das 17 RRAS do estado, de modo difuso, e também para as regiões piloto (CIR de Litoral Norte, Itapetininga, Mananciais), de modo focalizado. Em ambos os casos, utilizaremos ferramentas de educação à distância, dada a situação de pandemia, mas também considerando possibilidade de continuidade da utilização posteriormente.

- Avaliação da implementação da LCA&J, em fim de 2021, para serviços, municípios e regiões do estado de SP. O sistema para avaliação está pronto e será acessado em nosso site: www.saudeadolescentesejovens.net.br

- Estabelecimento de recomendações para o aprofundamento e a generalização da implementação da LCA&J, a partir da supracitada avaliação, bem como análise das relações entre as instâncias regionais e da participação dos sujeitos envolvidos com a LCA&J.

Dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento do projeto pela pandemia de COVID-19

A pandemia requereu adaptações do projeto, uma vez que ele trata de saúde de um grupo populacional específico, os adolescentes e jovens, visa ao seu cuidado integral em saúde, em um momento de emergência sanitária, em que inicialmente os esforços do setor, dos serviços e de seus gestores, gerentes e profissionais se voltaram para a organização da atenção aos impactos do COVID-19. Aos poucos foi possível reconfigurar as agendas, continuando o projeto, com revisões que se fazem necessárias, quanto à metodologia, incluindo o emprego mais extensivo de ferramentas virtuais, por exemplo. Assim, a fase de apoio à implementação inicialmente prevista para o 1o semestre de 2020, foi primeiramente deslocada para o 1o semestre de 2021, sendo que em 2020 nos dedicamos principalmente às divulgações, articulações e construção da metodologia de apoio nas regiões. Entretanto, agora estamos novamente em momento delicado e tenso da saúde nos municípios e regiões de SP, sendo que as atenções estão voltadas de modo ainda

mais intenso para o enfrentamento da pandemia. Tendo em vista a sensibilidade que o momento requer e a busca de adesão dos gestores, gerentes e profissionais de saúde, estimamos, uma vez mais, que seja necessária nova postergação da fase de implementação difusa e nos pilotos regionais, para o final da vigência inicial do projeto, seguida então por fase de concentração nas análises, avaliação da implementação e recomendações para a sua generalização e aprofundamento nas regiões do estado de SP. Teremos certamente necessidade de mais tempo e esperamos poder contar com uma prorrogação da vigência do projeto e atingir de modo satisfatório nossos objetivos, dado o compromisso com a saúde de adolescentes e jovens no estado de SP. A partir de interlocuções com o canal “converse com a FAPESP” sobre a portaria CTA no 15 relativa à pandemia, a coordenação do projeto tem ciência de que prorrogações podem ser solicitadas como mudanças, do tipo alteração de vigência, no momento de relatório final antecipado. Nesta ocasião, e tendo em vista o desenrolar da pandemia, estima-se que seja feita esta solicitação, com vistas a poder completar a análise de todo o projeto e, deste modo, contribuir para a saúde de adolescentes e jovens do estado de SP. Prevemos que seja necessário contar com mais 8 a 10 meses. Já fizemos essa consideração sobre o plano de trabalho no primeiro relatório científico para a FAPESP. Para nós seria bem relevante saber se isso seria possível e receber orientações para a execução administrativa e financeira do projeto.

<i>Título</i>	Contribuições da pesquisa-ação para o desenvolvimento de práticas profissionais em Educação Permanente em Saúde e Apoio Institucional: pesquisa intervenção
<i>Coordenador(a)</i>	Cinira Magali Fortuna
<i>Instituição</i>	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP-USP
<i>Equipe</i>	<p>Profa. Dra. Cinira Magali Fortuna (coordenadora) - EERP-USP Profa. Dra. Adriana Barbieri Feliciano – Denf-UFSCar Profa. Dra. Angelina Lettiere Viana - EERP/USP Profa. Dra. Leandra Andréia de Sousa - DENf-UFSCar Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata - DENf-UFSCar Prof. Dr. Flávio Adriano Borges Melo - DENf-UFSCar Dr. José Renato Gatto Júnior Me. Maristel Kasper - Doutoranda na EERP-USP Me. Mônica Vilchez da Silva - DRS III Araraquara Me. Priscila Norié de Araujo - Doutoranda na EERP-USP Me. Sílioni Aparecida Martinelli- SMS de São Carlos Me. Karen da Silva Santos - Doutoranda EERP-USP Thalita Caroline Cardoso Marcussi - Mestranda na EERP-USP Ana Beatriz da Costa Franceschini- DRS III Araraquara - Mestranda UFSCar Viviane da Rocha Sousa - DRSIII – Especialista pela UFF Samara Letícia Mendonça Pereira - Mestranda na EERP-USP e bolsista TT3 Kisa Valladão Carvalho - Mestranda na EERP-USP e bolsista TT3</p>
<i>Instituição Parceira do SUS</i>	Departamento Regional de Saúde de Araraquara - DRS III, Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos. Há também a participação da UFSCAR através do Departamento de Enfermagem.
<i>Âmbito</i>	Regional
<i>Equipe na instituição parceira</i>	<p>Mônica Vilchez da Silva, DRS III Araraquara Ana Beatriz da Costa Franceschini- DRS III Araraquara Viviane da Rocha Sousa - DRS III Araraquara Sílioni Aparecida Martinelli, Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos Profa. Dra. Adriana Barbieri Feliciano, Departamento de Enfermagem – UFSCar Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata, Departamento de Enfermagem– UFSCar; Profa. Dra. Leandra Andréia de Sousa - Departamento de Enfermagem - UFSCar Prof. Dr. Flávio Adriano Borges Melo, Departamento de Enfermagem - UFSCar.</p>
<i>Contrapartida</i>	O DRS III de Araraquara, vem tendo participação ativa em todas as fases da pesquisa, como a articulação da participação de apoiadores e articuladores por meio de whatsapp e reuniões virtuais, apresentações e negociações em instâncias regionais de gestão como as Comissões Intergestores Regional das quatro regiões de saúde participantes, principalmente no período de março, quando se deu o início da pandemia da Covid-19. Houve negociação com a escola técnica CEFOR-Araraquara, bem como outros espaços na cidade, para uso das dependências na realização de atividades, nos meses em que realizamos os encontros presenciais. Houve a liberação por parte da Direção/Chefias imediatas das profissionais para desenvolver atividades relacionadas com a pesquisa. As profissionais participam ativamente de todas as atividades, incluindo a escrita de relatórios e produção acadêmica, com aprimoramento técnico científico. No período houve troca da direção do DRS III, mas não houve interrupção do apoio aos trabalhos programados. A contrapartida da Secretaria Municipal da Saúde de São Carlos, vem sendo a liberação de agenda de trabalho por parte da gestão municipal para a dedicação da profissional na pesquisa. A contrapartida da UFSCar vem se dando com a participação de 04 docentes que dedicaram horas de trabalho para a investigação. Também houve envolvimento de pós-graduandos.
<i>Problema inicial</i>	Há muitos relatos e estudos que mostram que o cuidado e o descuido ocorrem no cotidiano de práticas de saúde derivados dos modos de organização do processo de trabalho e da gestão. Os profissionais, por vezes, trabalham parceladamente, cada um na sua função e sem compreender-se ator e autor do trabalho. As equipes de

	saúde necessitam de estratégias de reflexão e qualificação do trabalho que promovam protagonismo, capacidade organizativa e analítica e estratégias para o trabalho em equipe, de forma compartilhada e cooperativa. Para tal, a Educação Permanente em Saúde pode ser uma estratégia. No entanto, faltam ainda a experimentações de dispositivos e análise dos mesmos. Perguntamos: a pesquisa ação pode ser uma estratégia para EPS?
<i>Metodologia</i>	Através de uma pesquisa intervenção que utiliza o referencial teórico metodológico da análise institucional, especificamente a socioclínica, com a perspectiva de "pesquisar-com" (e não pesquisar sobre). Apoiadores, articuladores e grupo de pesquisadores, prepararam-se para viver com as equipes de quatro municípios, um de cada região de saúde, uma pesquisa-ação. Foi estudado sobre a pesquisa-ação e a partir do uso de narrativas foram destacados problemas, priorizados na durante a construção da árvore de problemas. Buscamos pensar o contexto em diferentes dimensões e formas de enfrentamento, considerando-se a governabilidade dos atores. Pactuamos com os participantes e com gestores, os quatro municípios onde os trabalhos se desenvolverão.
<i>Resultados</i>	Até a entrega do relatório parcial, haviam sido realizados 17 encontros dos pesquisadores (planejamento, análise e estudo), 15 encontros dos pesquisadores com os articuladores e apoiadores, 04 encontros de apoio/supervisão com assessores externos, 10 atividades (roda de conversa, reuniões, encontros, encontros científicos, oficinas, seminário, palestra, webinar), 14 plantões para apoiadores/articuladores realizados por uma dupla de pesquisadores destinadas aos apoiadores e articuladores, 02 plantões para 5 esclarecimentos quanto ao uso das ferramentas digitais ofertadas pelo grupo e 01 encontro de qualificação para uso do software NVivo. Foram realizadas diversas atividades voltadas para a problematização de situações possíveis de serem abordadas com a pesquisa-ação, estudos sobre o tema, apresentação de resumos em eventos científicos, elaborados capítulos de livro nacional e internacional e submetidos artigos científicos em periódicos. Essas ações vão sustentar a elaboração do quadro analítico balizador de ações de EPS e produção de análise sobre a pesquisa-ação enquanto um dispositivo para ações de apoio e EPS. Com a pandemia de Covid 19, foi ofertado um banco de publicações com evidências científicas para auxiliar os articuladores e apoiadores na organização de ações nos municípios. Foi introduzida a escrita coletiva em diário de pesquisa visando a elaboração e partilha das situações vivenciadas e de registros sobre a evolução da pesquisa.
<i>Aplicabilidade do projeto ao SUS</i>	Consideramos que a principal contribuição está na articulação da rede regional de saúde com aprendizados e troca de experiências entre os diversos atores de diversas localidades. Houve contribuição na capacitação de profissionais com relação ao uso de ferramentas digitais. Em alguns municípios houve uma aproximação do gestor municipal com os apoiadores de humanização e articuladores de EPS para o desencadeamento de medidas contra a Covid-19, compreendendo assim essas funções como apoio à gestão. Como nesse tipo de investigação o tema a ser discutido vem da vivência, foi importante o fortalecimento do coletivo para produzir aprendizados e ações de enfrentamento da situação sanitária. Isso não impediu que déssemos continuidade no projeto de vivenciar e analisar as fases da pesquisa-ação enquanto ferramenta de EPS ao contrário, aproveitamos o momento para acompanhar e apoiar conforme as necessidades.
<i>Dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento do projeto pela pandemia de COVID-19</i>	A principal dificuldade se fez pelo distanciamento social, com impossibilidade de encontros grupais presenciais e idas aos municípios, inclusive Araraquara. Também foi preciso introduzir a pauta de aprendizados e discussões sobre a COVID 19 que não estava prevista e o sobre o uso de ferramentas virtuais. O projeto precisou ser revisto e passamos a ter encontros virtuais. As redes digitais dos municípios e os equipamentos disponíveis para tal fim são inexistentes ou precários, sendo utilizados, por vezes, redes pessoais e celular, o que limita a participação. Também a familiaridade dos pesquisadores e dos participantes com o desenvolvimento de interações em plataforma virtual foi um desafio pois não havia conhecimento sobre as mesmas. Consideramos que o uso de ferramentas virtuais auxilia no sentido de

possibilitar o encontro, mas há perdas no que se refere a interação e seus indícios como tonalidade da voz, expressões faciais e corporais. Notamos, por exemplo, que as pausas e silêncios, necessários à reflexão parecem ser menos toleradas. Ações previstas como filmagens de ações com equipes de saúde estão prejudicadas. Seria muito importante se houvesse uma expansão do prazo deste projeto com a vivência presencial, mas sem prejuízo na participação de novas chamadas PPSUS-SP.
