

# BIS

Boletim do Instituto de Saúde  
Volume 19 – Suplemento – Dezembro 2018  
ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529



**32º CONGRESSO  
DE SECRETÁRIOS  
MUNICIPAIS DE  
SAÚDE DO  
ESTADO DE  
SÃO PAULO**

**15ª Mostra de  
Experiências  
Exitosas dos  
Municípios**

**8º Prêmio  
David  
Capistrano**

**Instituto de Saúde**

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

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

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo  
Marco Antônio Zago

**Instituto de Saúde**

Diretora do Instituto de Saúde  
Luiza Sterman Heimann

Vice-Diretora do Instituto de Saúde  
Sônia I. Venâncio

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

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

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico  
Márcio Derbli

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo  
Bianca de Mattos Santos

**Boletim do Instituto de Saúde – BIS**

Volume 19– Suplemento – Dezembro 2018  
ISSN 1518-1812 / On Line 1809-7529  
Publicação semestral do Instituto de Saúde  
Tiragem: 2000 exemplares  
Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista  
São Paulo-SP – CEP 01314-000  
Tel: (11) 3116-8500 / Fax: (11) 3105-2772  
boletim@isaude.sp.gov.br

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

Editores  
Márcio Derbli  
Bruno Scarpelli Quiqueto (COSEMS/SP)

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica  
Camila Garcia Tosetti Pejão

Administração  
Bianca de Mattos Santos

Capa  
COSEMS/SP

Revisão  
Heleusa Angelica Teixeira

Diagramação  
Teresa Lucinda Ferreira de Andrade

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

---

**Conselho editorial**

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

**Alexandre Kalache** – The New York Academy of Medicine – Nova York – EUA

**Camila Garcia Tosetti Pejão** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

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

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

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

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

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

**José da Rocha Carvalho** – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro-RJ – Brasil

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

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

**Marco Meneguzzo** – Università di Roma Tor Vergata – Roma – Itália

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

**Maria Thereza Bonilha Dubugras** – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP - Brasil

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

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

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

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

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

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

# Sumário

<b>Editorial</b> .....	3
<b>Atenção Básica e Saúde Mental: uma prática possível</b> Simone Secco da Rocha, Rita de Cássia Vilella Mendonça, Daniela Pavan Terada, Cristiane Amaral, Nágila Batista Lúcio Santos .....	4
<b>Estratégias para o controle da Sífilis Congênita no município de Diadema-SP</b> Adriana Aparecida de Oliveira Ferre, Adriana Gonçalves de Oliveira, Candida Rosa Alves, Maria Claudete da Silva Peres Borrego, Geralda Ocilane Vieira Siebra, Karina Santos Rocha, Marcelle Martim Bianco, Maria Ap. Riva de Andrade, Merlinia Miwako Sakai Yamada, Silvana Duarte Pessoa Araújo, Solange Martins Garcia, Viviane Kikuti .....	9
<b>Capacitação de equipe para implantação de contraceptivos de longa duração no município de Taboão da Serra</b> Antonio Carlos Pacheco de Almeida, Heby Bragatto Rastelli, Lara Caldas Medeiros de Sá Zandona D’Almeida, Raquel Zaicaner .....	13
<b>Cantareira: calou e amarelou. A experiência de Mairiporã na gestão da Febre Amarela</b> Grazielle Cristina dos Santos Bertolini, Brigina Kemp .....	16
<b>Grupo para retomada de atividades ocupacionais</b> Mariane Couto Martins, Rosa Maria Del’ Vescovo .....	20
<b>Matriciamento: construção de um novo olhar entre a educação e a saúde</b> Aline Zeeberg, Solange Cristina Camargo de Moreira Couto, Regina Estela Barbosa Cardoso .....	23
<b>A importância da coleta e análise de água para o consumo humano em Luiz Antônio/SP: interação entre Vigilância Sanitária e o ensino técnico de Química</b> Patrícia Aparecida Duran, Luiz Henrique Sassa, Marcio Heber Gomide Junior .....	26
<b>VIR A SER – Estratégia interna para difusão de teorias e práticas para o atendimento dos TEA no contexto da reabilitação da pessoa com deficiência - CER IV SBC</b> Gilmar Pereira Castro, Larissa Laís de Sá Trentim, Milena de Faria Trigo Pellegatti, Marcia Conceição Abbamonte, Antonia Alice de Souza Fonseca, Mayra Tomaz Freire, Luana Ferreira de Araujo, Patricia Helena Vaqueiro Marques .....	29
<b>Saúde na Roda: protagonismo popular na construção do Plano Municipal de Saúde</b> Tiago Aparecido da Silva, Daniela Aguiar Bellucci, Thiago Victor Mafei, Ronaldo Carlos Gonçalves Junior, Angélica Aparecida Fréu Costa .....	36
<b>Experiência de estruturação da assistência farmacêutica na atenção básica municipal</b> Ednai Soares de Azevedo, Elia Ramos, Joice Vieira da Costa, Maria Helena Haux Nogueira, Mayara Serafim Fernandes, Nívea Alves Barbosa .....	39

<b>Confecção de órteses para membros superiores no município de Rio Claro/SP</b> Renata Fontanetti Araujo, Juliene Patrícia Antonio .....	45
<b>Estratégias para redução da mortalidade infantil: relato de experiência</b> Gislaine Pinn Gil, Dalvane Cristina de Moraes Oliveira, Karen Grube Lopez, Kely Keyko, Regina Célia César .....	48
<b>Fortalecimento das ações de Atenção Básica e Vigilância em Saúde para implementação de linha de cuidado integral para a pessoa vítima de violência no território da Supervisão Técnica de Saúde de Ermelino Matarazzo</b> Carolina Beltramini de Carvalho Donola, Daniele Lupi Sapucaia, João Gabriel Zerba Corrêa, Rosângela de Souza Leite, Rosângela Menezes Herbas, Roseclair de Oliveira Leão Mandaji .....	55
<b>Introdução do Fitoterápico “Tintura de Tansagem” na rede municipal de Saúde de Pindamonhangaba</b> Ticianna de Oliveira Dantas da Gama Santana, Mariana Prado Freire .....	60
<b>Nova visão da integração ensino-serviço para melhoria do cuidado à saúde</b> Carmen Picoli Torres, Denise Marini, Kelly Janaina Munhoz, Maria Amélia Sakamiti Roda, Micaela Vieira Hadida, Celso Akio Maruta .....	63
<b>O SUS em Embu-Guaçu: construção de um modelo de gestão colegiada e participativa</b> Isabel Cristina Pagliarini Fuentes, Maria Dalva Amin dos Santos .....	67
<b>Participação popular na Estratégia Saúde da Família: espaço potencial de construção de saúde</b> Kátia Cristina dos Santos Vieira .....	71
<b>Programa de Assistência Integral em Saúde Bucal entre Escolares no Município de Ilhabela: histórico de 2005 aos dias atuais</b> Henrique Cavalli Torres, Antônio Carlos Cardoso Galante .....	76
<b>Projeto Agente Mirim contra Dengue com alunos do 1º ao 5º ano nas escolas municipais e particulares do município de Descalvado/SP</b> Eukira Enilde Monzani, Maria de Lourdes Cordeiro Santana, Silvio Donizete Franceschini.....	80
<b>Rodinha de conversa – um olhar para a saúde mental infantil na atenção básica</b> Júlia Calixto Colturato, Iara Bega de Paiva .....	84

**E**ste número especial do “BIS” traz a publicação dos vinte trabalhos premiados durante o Congresso do COSEMS/SP (Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo), realizado em abril de 2018 na cidade de Rio Claro. Esse evento foi um marco em qualidade e quantidade de trabalhos e experiências exitosas desenvolvidas por nossos municípios por intermédio de seus profissionais de saúde.

A dificuldade na seleção desses trabalhos para a definição dos prêmios e menções honrosas foi de tal ordem que a Comissão de seleção propôs, e a Diretoria do COSEMS/SP concordou prontamente, ampliar o número de trabalhos em mais 20 que se qualificaram a ser apresentados no Congresso do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde), realizado em junho de 2018, em Belém do Pará (“Brasil aqui tem SUS”), que serão publicados em número especial do Jornal do COSEMS/SP no próximo Congresso. Além disso, o COSEMS/SP terá um espaço para 67 trabalhos na mostra nacional, que ocorrerá no próximo Congresso do CONASEMS.

Para darmos uma breve dimensão da participação de nossos municípios, recebemos e analisamos 675 trabalhos de 83 municípios do Estado. Infelizmente, o espaço para publicação neste número especial do “BIS” é limitado e trará os 20 melhores trabalhos selecionados em 2018. Ao leitor, cabe o privilégio de ler em detalhes e manter no seu arquivo trabalhos do mais alto gabarito científico e estratégico ao SUS.

Este ano certamente não será diferente, novos e importantes trabalhos serão submetidos e receberão as honras merecidas e sua perpetuação através de publicações. Importante destacar a parceria do COSEMS/SP com o Instituto de Saúde, que vem se ampliando e aprofundando. Nossos compromissos são os mesmos no desenvolvimento e aperfeiçoamento do SUS e nossas atividades não estão apenas destinadas à assistência em todos os níveis para a população brasileira, mas também na formação e aperfeiçoamento de nossos profissionais, nosso grande patrimônio.

Este número especial para a publicação dos melhores trabalhos comporá nosso acervo para consulta e é um exemplo de como podemos contribuir sempre e sempre com o SUS e a Saúde Pública em todas as suas atividades, da gestão à ciência aplicada.

Desejo a todos uma ótima leitura e que tenhamos um excelente Congresso, a ser realizado em março, em Águas de Lindoia – SP.

**Luiza Sterman Heimann**  
Diretora do Instituto de Saúde

**Carmino Antonio de Souza**  
Presidente do COSEMS/SP

# Atenção Básica e Saúde Mental: uma prática possível

## Primary Care and Mental Health: a possible practice

Simone Secco da Rocha<sup>I</sup>, Rita de Cássia Vilella Mendonça<sup>II</sup>, Daniela Pavan Terada<sup>III</sup>,  
Cristiane Amaral<sup>IV</sup>, Nágila Batista Lúcio Santos<sup>V</sup>

### Resumo

Com foco na assistência integral à saúde o município de São José do Rio Preto iniciou em 2014 a reorganização da gestão do cuidado em saúde mental, com uma proposição de trabalho transversal entre seus diferentes departamentos. As demandas de saúde mental da Atenção Básica foram inicialmente mapeadas e o diagnóstico situacional apontou os seguintes problemas: alto consumo de psicotrópicos; dificuldade no manejo de situações de baixa complexidade; isolamento entre os serviços de saúde mental e falta de investimento em educação permanente e continuada. Para enfrentá-los a gestão propôs as seguintes ações: instituição do Grupo Condutor Municipal de Saúde Mental; Grupo de Uso Racional de Medicação (GURA); matriciamento da Atenção Básica pelo Grupo de Interconsulta Psiquiátrica (GIP); promoção de educação permanente para toda a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Como já se previa, a reestruturação da RAPS é um processo dinâmico e contínuo, mas dados preliminares apontam que qualificação, articulação e educação permanente são respostas promissoras para as questões de saúde em geral e particularmente de saúde mental. O trabalho desenvolvido prova que é possível a promoção, prevenção e assistência integral e qualificada à saúde, inclusive em seu componente psíquico, no nível básico de atenção, quando se amplia o olhar considerando o sujeito e seu adoecimento biopsicossocial no contexto familiar e comunitário.

**Palavras-chave:** atenção básica, saúde mental, matriciamento.

### Abstract

With a focus on integral health care, the municipality of São José do Rio Preto started in 2014 the reorganization of the management of mental health care, with a proposal of transversal work among its different departments. The mental health demands of Primary Care were initially mapped and the situational diagnosis pointed to the following problems: high consumption of psychotropic drugs; difficulty in handling situations of low complexity; isolation between mental health services and lack of investment in continuing and continuing education. To address them the management proposed the following actions: institution of the Municipal Conducting Group of Mental Health; Rational Use Group of Medication (GURA); Basic Psychiatry Group (GIP); continuing education for the entire Psychosocial Care Network (RAPS). As already anticipated, the restructuring of RAPS is a dynamic and continuous process, but preliminary data point out that qualification, articulation and permanent education are promising responses to health issues in general and particularly to mental health. The work developed proves that it is possible to promote, prevent and provide comprehensive and qualified health care, including its psychic component, at the basic level of attention when looking at the subject and his biopsychosocial illness in the family and community context.

**Keywords:** basic care, mental health, matriciamento.

<sup>I</sup> Simone Secco da Rocha (si.secco@gmail.com) é Psiquiatra da Infância e Adolescência, Gerente de Saúde Mental da Atenção Básica da Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto.

<sup>II</sup> Rita de Cássia Vilella Mendonça é Psicóloga, Gerente de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto.

<sup>III</sup> Daniela Pavan Terada é Psicóloga, Gerente de Saúde mental da Atenção Especializada da Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto.

<sup>IV</sup> Cristiane Amaral é Enfermeira, Gerente do Distrito de Saúde 3 da Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto.

<sup>V</sup> Nágila Batista Lúcio Santos é Psicóloga, Gerente do CAPSi Sul da Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto.

**E**m 2014 o município de São José do Rio Preto atravessava graves dificuldades no atendimento em saúde mental de média e baixa complexidade dos usuários da rede pública de saúde. Não havia em nível básico nenhum programa direcionado a essa demanda, o que fazia com que todo paciente com queixas mentais fosse encaminhado ao Ambulatório de Saúde Mental, serviço que à época, por não estar mais previsto na política, era mantido com recursos municipais, situação que não permitia adequada manutenção e provocou o desmonte do equipamento. Esse serviço, que ao longo de quase 30 anos de funcionamento acumulou um arquivo com aproximadamente 14 mil prontuários, apesar da desestrutura e superlotação, era a referência para todos os casos de média e baixa complexidade da Região de Saúde, que integra 102 municípios. Além do evidente colapso do serviço especializado de média complexidade em saúde mental, um diagnóstico situacional da Atenção Básica apontou como outros problemas a serem enfrentados o alto consumo de psicotrópicos, dificuldade no manejo de situações de baixa complexidade, isolamento entre os serviços de saúde mental e a falta de investimento em educação permanente e continuada.

Nesse cenário local e considerando o alerta de 2001 da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre o “aumento gradativo de sujeitos com sofrimento psíquico”,<sup>1</sup> a gestão municipal se mobilizou na busca de soluções. A ordenação do processo deu-se a partir da instituição do Grupo Condutor Municipal (GCM). Atualmente o GCM está implantado pela Portaria 7/2017.<sup>2</sup> Entre suas atribuições estão: contribuir na organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio do diagnóstico em saúde mental, álcool e outras drogas, participando da discussão, elaboração e implantação de fluxo assistencial e diretrizes clínicas entre os serviços, compartilhando responsabilidades e respeitando a complexidade de cada ponto de

atenção; participar na promoção da educação permanente e continuada das diversas categorias profissionais no âmbito da saúde municipal, em parceria com o Departamento de Planejamento e outros pertinentes, em saúde mental, álcool e outras drogas; apoiar e participar na articulação e integração intersetorial nas demandas da saúde mental, entre os diferentes segmentos profissionais e pontos de atenção da RAPS, bem como outros serviços e instituições de atendimento como operadores de direito, assistência social, educação, cultura, esporte, trabalho, entre outros; colaborar na discussão das estratégias de atenção integral para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, bem como a articulação com o Conselho Municipal de Saúde, para formulação de políticas públicas municipais; fortalecer o protagonismo e representatividade dos usuários e familiares da RAPS nos espaços de controle social. Compõe o GCM, a Atenção Básica (Unidade Básica de Saúde (UBS) / Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) – dois representantes por Distrito de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – dois representantes por núcleo, Consultório na Rua – um representante por equipe, a Gerência de Promoção em Saúde e a Gerência de Saúde Mental da Atenção Básica), Atenção Especializada (CAPS Infantil, CAPS II, CAPS III E CAPS AD, DST, Centro de Atendimento Especializado na Saúde da Mulher (CAESM), Serviço de Reabilitação, Ambulatório de Especialidades – dois representantes de cada serviço e a Gerência Saúde Mental da Atenção Especializada), Urgência e Emergência (um representante da UPA e do SAMU e dois da Emergência Psiquiátrica). Estão também representados, com um participante de cada setor, o Planejamento em saúde, Vigilância Epidemiológica, Assistência Farmacêutica, Conselho Municipal de Saúde e departamento de Regulação, Avaliação e Controle. As reuniões são

mensais. A este grupo coube a construção e implantação do projeto de atenção a saúde mental em nível básico e a revisão dos prontuários que compunham o arquivo do Ambulatório de Saúde Mental. Esses pacientes foram reavaliados em grupo por equipe multidisciplinar que os direcionou aos serviços que melhor atendessem às suas demandas naquele momento, seja em nível básico ou especializado, alguns estavam em situação de abandono do serviço ou não foram localizados, alguns receberam alta, alguns foram direcionados aos serviços implantados nas UBS/UBSF de seu território. Foi implantado um Ambulatório de Psiquiatria no Ambulatório de Especialidades, para onde foram encaminhados os pacientes de média gravidade que mantinham funcionalidade. Um grupo de pacientes com transtornos graves e persistentes se manteve no serviço que foi transformado em um CAPS II. Paralelamente, o município foi contemplado em edital lançado através de uma chamada pública de seleção de projetos, para municípios com interesse em qualificar as ações de cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas, o Programa Percursos Formativos da RAPS. O projeto é uma estratégia de Educação Permanente oferecida aos profissionais dos pontos de atenção da RAPS, para qualificação de suas práticas. Essa estratégia é composta de quatro dimensões/etapas:

1. Intercâmbio profissional entre experiências: consiste em intercâmbio de 30 dias em que profissionais de redes “visitante” trabalham em pontos de atenção da RAPS de uma rede “receptora”, no caso, Recife. Os municípios com interesse em qualificar as práticas nos serviços da RAPS tiveram oportunidade de se inscrever como rede visitante. Os municípios com *expertise* em uma das seis linhas de ação e disponibilidade e estrutura para receber profissionais de outros municípios foram selecionadas como rede receptora. Cada rede visitante teve dois profissionais

por mês trabalhando por 30 dias na rede receptora. Para essa etapa, que teve duração de dez meses, o município enviou 20 componentes do GCM. 2. Oficinas de integração do processo de trabalho: durante a realização do intercâmbio as redes receptoras ofertaram uma oficina de 40 horas sobre o processo de trabalho na RAPS, tendo como eixo de discussão a respectiva linha de ação para a qual foi selecionada em nosso projeto Saúde Mental Infantojuvenil. As oficinas foram realizadas em todas as redes visitantes. 3. Elaboração de um plano de educação permanente para a RAPS. 4. Execução do componente de Engrenagens da Educação Permanente, que consiste na circulação de saberes e experiências em cada rede participante por meio de ações de articulação dos pontos de atenção e da realização de rodas de educação permanente no território através da mediação de um profissional indicado pela própria rede, que foi chamado de ativador de redes. De maneira a orientar a atuação desses ativadores, foram designados profissionais com *expertise* nas linhas de ação do projeto, chamados tutores, que fazem a discussão dos temas pertinentes aos territórios junto aos ativadores em reuniões presenciais mensais.<sup>3</sup> Durante o projeto toda a RAPS foi capacitada, o que viabilizou a implantação de grupos de diferentes configurações, tecnologias e complexidade para atendimento em saúde mental na atenção básica. O GURA, Grupo de Uso Racional de Medicação, que é um grupo psicoeducacional, sistemático e aberto, com prescrição medicamentosa, tem coordenação da enfermagem ou do farmacêutico da unidade, condução do clínico e apoio do NASF. Ao GURA direcionaram-se pacientes que, mesmo em uso de psicotrópicos, mantenham-se sintomáticos, pacientes com baixa adesão ao tratamento ou uso inadequado de medicamentos. Quando a gravidade do quadro extrapola a capacidade resolutive dessa equipe o paciente pode

ser direcionado aos serviços especializados ou, ainda dentro da Atenção Básica, ser atendido pelo GIP, Grupo de Interconsulta Psiquiátrica, grupo de ocorrência mensal em todas as UBS/UBSF, com coordenação da enfermagem ou do farmacêutico, condução do clínico e matriciamento presencial de psiquiatra vinculado aos serviços de média complexidade do território. Todos os psiquiatras dos serviços especializados têm uma carga horária mensal de quatro horas destinada ao matriciamento dos serviços de atenção básica. Havendo estabilização do quadro o paciente retorna para o acompanhamento do clínico de referência ou, em caso de agravamento, é encaminhado para o Ambulatório de Psiquiatria ou para o CAPS; estando estabilizado novamente, será direcionado para seguimento em seu território na rede primária. Outros grupos foram implantados em resposta a demandas específicas, tais como, Grupo de Orientação de Pais, Grupo de Observação Infantil e Grupo de Estimulação Precoce. A atenção básica conta ainda com grupos de Qualidade de Vida, de responsabilidade do NASF, que recebem, além da comunidade de usuários, pacientes de baixa complexidade e pós-alta, onde se trabalha prevenção e promoção de saúde integral em parceria com os atores e recursos do território.

Esse programa está implantando e em funcionamento há aproximadamente quatro anos, seus resultados são a resolução das agendas de saúde mental que tinham retornos anuais, a extinção das longas filas de espera por atendimentos e o estabelecimento da saúde mental como parte ativa e valorizada da saúde integral oferecida aos usuários de nossa rede. Em resposta à problemática levantada no diagnóstico inicial foi promovida a articulação e qualificação dos diferentes serviços da RAPS. Resta-nos o desafio de reduzir o consumo de psicotópicos, que entendemos ser uma tendência mundial.<sup>4, 5</sup> Segundo o Relatório do Departamento Internacional

de Controle de Narcóticos, da Organização das Nações Unidas (ONU), “medidas claras devem ser tomadas agora pelos governos para prevenir e lidar com o abuso das chamadas “drogas legais”, que já são uma ameaça à saúde pública e representam um desafio significativo para os sistemas de saúde pública”<sup>5</sup>. O problema tem sido enfrentado com as proposições da literatura, quais sejam, conscientização da população e dos profissionais, farmacovigilância, elaboração de protocolos clínicos, psicoeducação, capacitação dos profissionais da RAPS, qualificação e melhoria do acesso à atenção primária, incremento das ações de promoção de saúde e qualidade de vida.<sup>6</sup> A meta é implantar diferentes programas com a finalidade de prevenir transtornos mentais e promover a inclusão social dos sujeitos com transtornos mentais, através de tratamentos multi e interdisciplinares, com acesso ao trabalho, ao lazer e entretenimento, buscando fortalecer os laços familiares e afetivos, enfim, visando a propiciar condições dignas de existência a esses sujeitos.<sup>5</sup> Neste momento a proposta é refazer a avaliação diagnóstica inicial para aferição dos “nós críticos” que foram desatados e das novas demandas, usando esses parâmetros como direcionadores das futuras ações do GCM. Como ficou claro no diagnóstico que desencadeou esse processo, a reestruturação da RAPS é um processo dinâmico e contínuo, mas dados preliminares apontam que qualificação, articulação e educação permanente são respostas promissoras para as questões de saúde em geral e particularmente de saúde mental. O trabalho desenvolvido prova que é possível a promoção, prevenção e assistência integral e qualificada à saúde, inclusive em seu componente psíquico, no nível básico de atenção quando se amplia o olhar considerando o sujeito e seu adoecimento biopsicossocial no contexto familiar e comunitário.

#### Referências

1. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS, 2001.
2. São José do Rio Preto-SP (Município/Secretaria de Saúde). Portaria nº 7, de 10 de março de 2017. Institui o Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: [http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/arqu/legi/2017/portaria\\_2017-03-10\\_07.pdf](http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/arqu/legi/2017/portaria_2017-03-10_07.pdf). Acessado em maio de 2018.
3. Brasil (Ministério da Saúde). Projeto Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: <http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/index.php/saude-mental/1574-percursos-formativosna-rede-de-atencao-psicossocial>. Acessado em maio de 2018.
4. MOURA, Dean Carlos et al. *Uso abusivo de psicotrópicos pela demanda da estratégia saúde da família: revisão integrativa da literatura*. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1048/594>. Acessado em maio de 2018.
5. NASARIO, Marcela; SILVA, Milena. *O consumo excessivo de medicamentos psicotrópicos na atualidade*. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/MarcelaNasario.pdf>. Acessado em maio de 2018.
6. BRÍGIDO, Aline Andrade. *Prevalência do Consumo de Substâncias Psicotrópicas por Adolescentes de uma Escola de Criciúma-SC, 2008*. Disponível em: <http://docplayer.com.br/13109186-Prevalenciado-consumo-de-substancias-psicotropicas-por-adolescentes-de-uma-escola-de-criciuma-sc.html>. Acessado em maio de 2018.

# Estratégias para o controle da Sífilis Congênita no município de Diadema-SP

## Strategies for the control of congenital syphilis in Diadema-SP

Adriana Aparecida de Oliveira Ferre<sup>I</sup>, Adriana Gonçalves de Oliveira<sup>II</sup>, Candida Rosa Alves<sup>III</sup>,  
 Maria Claudete da Silva Peres Borrego<sup>IV</sup>, Geralda Ocilane Vieira Siebra<sup>V</sup>, Karina Santos Rocha<sup>VI</sup>,  
 Marcelle Martim Bianco<sup>VII</sup>, Maria Ap. Riva de Andrade<sup>VIII</sup>, Merlina Miwako Sakai Yamada<sup>IX</sup>,  
 Silvana Duarte Pessoa Araújo<sup>X</sup>, Solange Martins Garcia<sup>XI</sup>, Viviane Kikuti<sup>XII</sup>

### Resumo

Este trabalho aborda as distintas estratégias construídas em rede por meio de cooperação horizontal adotadas pelo município de Diadema, para subsidiar as equipes mediante a complexidade que é ofertar a longitudinalidade do cuidado aos pacientes com suspeita/diagnóstico de sífilis.

Dessa forma, o principal objetivo é apoiar, aperfeiçoar e padronizar a assistência ofertada pelas equipes da Atenção Básica com arranjos de baixo custo nas ações de prevenção, detecção, tratamento, monitoramento e combate à sífilis adquirida, em gestante e congênita, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde. O progresso das estratégias utilizadas demonstrou impactos positivos a respeito do rastreamento e tratamento da sífilis no município, em médio prazo e custo relativamente baixo.

**Palavras-chave:** estratégias, controle, sífilis congênita.

### Abstract

This work discusses the different strategies built in network through horizontal cooperation adopted by the city of Diadema, to subsidize teams through the complexity that is giving the longitude of care to patients with suspicion/diagnosis of syphilis. Thus, the main objective is to support, enhance and standardize the assistance offered by the teams of basic attention to low-cost arrangements in the prevention, detection, treatment, monitoring, and combat the acquired syphilis in pregnant women and Congenital, in accordance with the guidelines of the Ministry of health. The progress of the strategies used demonstrated positive impact regarding the tracking and treatment of syphilis in the municipality, in the medium term and with relatively low cost.

**Keywords:** strategies, control, congenital syphilis.

<sup>I</sup> Adriana Aparecida de Oliveira Ferre (drikaferre80@gmail.com) é Enfermeira pela Universidade Anhanguera, Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e atua como Coordenadora do Comitê em Vigilância de óbitos em Mortalidade Materna, Fetal e Infantil na Secretaria de Saúde do Município de Diadema.

<sup>II</sup> Adriana Gonçalves de Oliveira (agdeoliveira@gmail.com) é Médica Pediatra e especialista em Neonatologia pela Faculdade de Medicina Fundação do ABC, Coordenadora da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Municipal de Diadema

<sup>III</sup> Candida Rosa Alves (candida.alves@diadema.sp.gov.br) é Enfermeira, pós-graduada em Saúde Pública e Coordenadora da Vigilância em Epidemiologia e Controle de Doenças em Diadema.

<sup>IV</sup> Maria Claudete da Silva Peres Borrego (claudeteborrego@yahoo.com.br) é Enfermeira, especialista em Saúde Pública com ênfase na Gestão de Atenção Básica e Coordenadora da Imunização no município de Diadema.

<sup>V</sup> Geralda Ocilane Vieira Siebra (geraldasiebra@gmail.com) é Enfermeira sanitária do serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH) no Hospital Municipal de Diadema.

<sup>VI</sup> Karina Santos Rocha (karina.rocha@diadema.sp.gov.br) é Farmacêutica pela Universidade Católica de Santos, especializada em Farmacologia Clínica pelo Instituto de Desenvolvimento e Pesquisas Hospitalares (IDPH), atua

como Coordenadora da Assistência Farmacêutica da Secretaria de Saúde do Município de Diadema.

<sup>VII</sup> Marcelle Martim Bianco (marcelle.bianco@diadema.sp.gov.br) é Enfermeira, Diretora Assistencial no Quarteirão de Saúde no município de Diadema.

<sup>VIII</sup> Maria Ap. Riva de Andrade (cidariva@gmail.com) é Enfermeira especialista em Obstetrícia e Coordenadora da Maternidade do Hospital Municipal de Diadema.

<sup>IX</sup> Merlina Miwako Sakai Yamada (merlina.yamada@diadema.sp.gov.br) é Médica Coordenadora do Comitê Municipal de Investigação de Doenças de Transmissão Vertical - HIV, Sífilis, e Hepatites Virais.

<sup>X</sup> Silvana Duarte Pessoa Araújo (silvana.pessoa@gmail.com) é Médica especialista em infectologia pediátrica graduada pela Universidade Federal de São Paulo, Mestre em Pediatria e Ciências aplicadas a Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>XI</sup> Solange Martins Garcia (solange.garcia@diadema.gov.sp.br) Biomédica, Coordenadora do Laboratório de Análises Clínicas do Município de Diadema.

<sup>XII</sup> Viviane Kikuti (viviane\_kiuti@yahoo.com.br) Enfermeira, Especialista em Clínica Médica e Cirúrgica pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), atua como enfermeira da Vigilância Epidemiológica em Diadema.

## Introdução e justificativa

**A** sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. Ela é transmitida predominantemente por via sexual e vertical. Essa acontece mais frequentemente intraútero, embora também possa ocorrer durante a passagem do feto pelo canal de parto, se houver presença de lesão ativa. A probabilidade da ocorrência de sífilis congênita é influenciada pelo estágio da sífilis durante a gestação<sup>1</sup>. Ao contrário de outras infecções neonatais, a sífilis congênita é uma doença que, apesar da gravidade, pode ser evitada por meio de intervenções de baixo custo durante o período pré-natal.

A despeito dos inúmeros esforços e embora os insumos para prevenção, diagnóstico e tratamento sejam relativamente simples e baratos, estima-se que atualmente, cerca de 2 milhões de gestantes estão infectadas por sífilis, principalmente em países em desenvolvimento<sup>2</sup>.

No Brasil, a sífilis congênita passou a ser de notificação compulsória, desde 1986, sendo incluída no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)<sup>2</sup>. Em 1995, o Brasil, juntamente a outros países da América Latina e Caribe, assume o compromisso em reduzir a taxa de sífilis congênita nas Américas para menos de 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos, até 2015<sup>2</sup>. *No ano de 2016 foram notificados no Brasil 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita – entre eles 185 óbitos*<sup>3</sup>.

Em Diadema, a assistência ao pré-natal estava formatada num modelo de desenho dicotomizado, reduzido e corporativo – centrado, onde a oferta de exame (teste rápido) para investigação de sífilis na gestante era realizada em apenas um único momento, na primeira consulta. Dessa forma, as ações de vigilância eram incipientes

mediante a magnitude da problemática, tornando-se complexo estimar com precisão o número de mulheres gestantes, parceiros e crianças com suspeita/diagnóstico de sífilis.

O presente estudo tem como objetivo demonstrar o impacto que a organização do processo de trabalho, contribuiu expressivamente para um maior rastreamento e tratamento de sífilis em gestante, congênita e adquirida, uma vez que o tratamento do parceiro também é uma estratégia para a redução da sífilis congênita.

## Objetivos

- Apoiar, aperfeiçoar e padronizar a assistência ofertada pelas equipes da Atenção Básica nas estratégias de prevenção, detecção, tratamento, monitoramento e combate à sífilis adquirida, em gestante e congênita, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde.
- Estabelecer melhor articulação entre os diferentes pontos de atenção à saúde.

## Metodologia

Foram adotadas estratégias simples e de baixo custo que foram fundamentadas em quatro pilares:

1. elaboração e implantação de protocolo para o atendimento de enfermagem, que habilitou o profissional a realizar o teste rápido no primeiro, segundo e terceiro trimestre e em situações nas quais se verifique maior possibilidade de exposição da gestante a sífilis;
2. formação para equipe multidisciplinar no aconselhamento para a prevenção (de ISTs, HIV e hepatites virais), execução dos testes rápidos, diagnóstico, fluxos e tratamento;

3. implantação do Comitê de Transmissão Vertical e de grupos técnicos com o intuito de potencializar a discussão de casos e troca de experiências, articulação entre atenção básica, vigilância epidemiológica e outros serviços;
4. elaboração e implantação de receituário padronizado com o número do SINAN para o tratamento da sífilis na gestante e no parceiro.

### Resultados

Com o desenvolvimento das intervenções é possível constatar a repercussão positiva em diversos cenários:

- padronização das ações da equipe de enfermagem segundo protocolo, com intervenções de acordo com a realidade local, embasadas nas diretrizes do Ministério da Saúde;
- 100% das unidades básicas de saúde com profissionais habilitados para aconselhamento e execução de teste rápido. Esse processo resultou em um aumento de 93% nas testagens para sífilis, quando comparado ao ano anterior;
- aumento do rastreamento e diagnóstico da sífilis;
- redução da incidência da sífilis congênita – vide anexos;
- o comitê de transmissão vertical e o grupo técnico de sífilis favoreceram a sensibilização dos gestores e das equipes a partir da apresentação de dados e discussão dos casos, bem como aprimoramento da assistência, diagnóstico precoce, tratamento e monitoramento adequados dos casos
- o receituário padronizado garantiu a notificação dos casos, potencializou a indicação de preservativos, bem como a

previsão e provisão da penicilina benzatina pela assistência farmacêutica;

- em parceria com o Centro de Referência, tem-se um cronograma de formação para habilitar os profissionais que ingressaram recentemente na Atenção Básica, para o aconselhamento, execução de teste rápido e manejo da sífilis;
- implantação do projeto piloto para acompanhamento da sífilis no FormsUS há sete meses, na UBS Inamar, em fase de readequações, onde já é possível observar o perfil de notificação da unidade e intensificação das ações no combate a sífilis na gestante, no parceiro e na criança.

### Considerações finais

As estratégias utilizadas demonstram impactos positivos no rastreamento e tratamento da sífilis adquirida, em gestante e das crianças com sífilis congênita no município, em curto prazo e custo relativamente baixo. No entanto, para que a meta da eliminação da sífilis congênita se concretize no cenário nacional, é fundamental trazer não somente os gestores e trabalhadores para operacionalizar ações no papel do cuidado, mas também a sociedade civil para protagonizar a ruptura de mitos e a produção de conhecimento, mais próximo ao território e às famílias.

### Referências

1. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília, 2005. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/diretrizes\\_controle\\_sifilis\\_congenita.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/diretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf)

2. Organização Mundial da Saúde. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para acção. Genebra, 2008. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43782/9789248595851\\_por.pdf;jsessionid=216D204CC553D8831AEAC0FB4398FC9B?sequence=4](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43782/9789248595851_por.pdf;jsessionid=216D204CC553D8831AEAC0FB4398FC9B?sequence=4)

3. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis 2017. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/13/BE-2017-038-Boletim-Sifilis-11-2017-publicacao-.pdf>

# Capacitação de equipe para implantação de contraceptivos de longa duração no município de Taboão da Serra

*Training for the introduction of long-term contraceptives in the municipality of Taboão da Serra*

Antonio Carlos Pacheco de Almeida<sup>I</sup>, Heby Bragatto Rastelli<sup>II</sup>,  
Lara Caldas Medeiros de Sá Zandoná D'Almeida<sup>III</sup>, Raquel Zaicaner<sup>IV</sup>

## Resumo

Visando a aumentar o número de inserções de contraceptivos reversíveis de longa duração na população feminina com índice de vulnerabilidade aumentada e nas mulheres com patologias que necessitam de tratamento para conservação de útero, a Secretaria Municipal de Saúde de Taboão da Serra realizou parceria com laboratórios para a capacitação de médicos e equipe multiprofissional, sensibilizando e mostrando as vantagens desses métodos, que já haviam sido definidas pela equipe técnica e adquiridas pelo município, mas tinham pouca utilização por necessidade de capacitação para sua utilização.

**Palavras-chave:** contraceptivos de longa duração, planejamento familiar, capacitação de profissionais.

## Abstract

In order to increase the number of long-term reversible contraceptive insertions in the female population with an increased vulnerability index, and women with pathologies that require treatment for uterus conservation, the Municipal Health Department of Taboão da Serra has partnered with laboratories to training of physicians and multiprofessional team, sensitizing and showing the advantages of these methods, which had already been defined by the technical team and acquired by the municipality but which had little use due to the need for training for its use.

**Keywords:** long-term contraceptives, family planning, professional training.

## Introdução e justificativa

**D**e acordo com diretriz da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e o planejamento da Coordenadoria de Saúde da Mulher, a SMS padronizou em 2016 os Contraceptivos Hormonais Reversíveis de Longa duração (LARCs) Implante subdérmico de etonogestrel (Implanon®) e

sistema intra uterino de levonorgestrel (Mirena®), assim como ampliou a divulgação e estímulo ao uso do DIU de cobre, visando à diminuição de gestações indesejadas e preservação do útero.

Verificamos que poucos profissionais estavam sensibilizados e capacitados para indicar e colocar o método e, por este motivo, não aderiam

<sup>I</sup> Antonio Carlos Pacheco de Almeida é Coordenador da Saúde da Mulher no município de Taboão da Serra.

<sup>II</sup> Heby Bragatto Rastelli é coordenadora da Assistência Farmacêutica no município de Taboão da Serra.

<sup>III</sup> Lara Caldas Medeiros de Sá Zandoná D'Almeida é Coordenadora do Núcleo de Prevenção à Violência e Cultura de Paz no município de Taboão da Serra.

<sup>IV</sup> Raquel Zaicaner é Secretária Municipal de Saúde de Taboão da Serra.

ao programa municipal. Verificou-se a necessidade de aumentar a motivação dos profissionais para indicação e colocação dos métodos e capacitá-los para tal.

Dessa forma, a SMS fez uma parceria com os fabricantes dos métodos para capacitar a equipe médica na utilização dos mesmos, envolvendo tanto os ginecologistas como os médicos generalistas da atenção básica e especializada, visto que a captação das pacientes ocorre, na maioria das vezes, nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

### Objetivos

O objetivo da diretriz proposta é ampliar o uso de LARCS na rede municipal, capacitando e sensibilizando profissionais. Melhorar e facilitar o acesso da população a métodos contraceptivos seguros.

### Metodologia

- Em primeiro lugar, foram realizadas pela equipe técnica da SMS a seleção e padronização dos LARCs, discutido o protocolo de uso, a realização de processo licitatório e compra de LARCs.
- Após a definição e fechamento dos contratos, entramos em contato com os fabricantes, solicitando uma parceria para capacitar os profissionais médicos sobre a utilização dos mesmos.
- A capacitação de médicos e enfermeiros foi realizada em uma palestra teórica, onde as equipes científicas dos laboratórios Bayer (Mirena) e Schering-plough (Implanon) fizeram a apresentação e atualização dos produtos para os profissionais da rede básica e especializada.
- O treinamento prático foi realizado pelo Coordenador da Saúde da Mulher do

município junto à equipe técnica do laboratório Bayer, no caso do LARC Mirena®, para os médicos ginecologistas e generalistas no Centro de Referência de Saúde da Mulher (CRSM) e nas UBSs, de forma que ocorreu uma aproximação da equipe, aproveitando o momento da consulta sem afastar o profissional do seu momento de atendimento. Para o treinamento, o laboratório Bayer, forneceu gratuitamente, o profissional e 20 unidades de Mirena®.

- A sensibilização da equipe multiprofissional, realizada pela coordenação da saúde da mulher e educação permanente, ocorreu em várias reuniões com a equipe multiprofissional em cada UBS.
- Rodas de conversa em reuniões de planejamento familiar e grupo de puérperas informaram as pacientes sobre o melhor método para cada caso.
- Grupos de orientação com realização de exames e implantação do método em um único encontro para mulheres em situação de vulnerabilidade social.
- Criação de ferramenta de controle e acompanhamento de inserção desses métodos através de planilha de dados.
- Monitoramento, pela assistência farmacêutica, do preenchimento dos dados no ato da inserção e abastecimento de LARCs nas unidades.

### Resultados

A capacitação foi realizada para 52 médicos e enfermeiros da rede municipal saúde, sendo contempladas 13 unidades básicas de saúde e o CRSM. Desses, 23 médicos estão atuando de forma ativa e rotineiramente na inserção de LARCs, tanto no CRSM como nas UBSs.

Observamos um aumento significativo na aceitação e utilização desses métodos, maior envolvimento de profissionais, aumentando a oferta dos métodos. Os dados foram retirados da planilha preenchida pela equipe, com um aumento de 72% no número de inserções do DIU de cobre, e a inserção de LARCS hormonais (Mirena

e Implanon) tiveram boa aceitação e indicações precisas nos casos de gravidez indesejada nas mulheres em situação de risco e nos casos de preservação do útero, com crescimento expressivo de 160 DIU de 2016 para 275 em 2017, de 2 Mirena em 2016 para 36 em 2017 e de 4 Implanon em 2016 para 15 em 2017.

Ano	DIU cobre	Mirena	Implanon	Total
2016	160	2	4	166
2017	275	36	15	326
2018 até fev	39	1	0	40
% aumento de 2016 para 2017	72%	1.800%	280%	96%

A capacitação para os médicos generalistas da atenção básica gerou um grande aumento na captação, orientação e inclusive na inserção de LARCs (DIU de cobre) pelos mesmos.

### Considerações finais

Notamos que a capacitação e sensibilização dos profissionais foi fundamental para a ampliação de inserções e para o aumento de informação sobre os métodos oferecidos pelo município, tanto entre usuárias como entre profissionais.

É notório o nível de satisfação entre a equipe que participa do projeto e vivencia o processo como um todo, fazendo parte da programação, divulgação e execução do procedimento.

A cada ação realizada, os profissionais relatam a satisfação das usuárias em relação ao processo desde a orientação até a aceitação do método, inclusive ajudando na divulgação entre a comunidade.

# Cantareira: calou e amarelou. A experiência de Mairiporã na gestão da Febre Amarela

*Cantareira: Shut up and Yellow. Mairiporã's Experience in Managing Yellow Fever*

Grazielle Cristina dos Santos Bertolini<sup>I</sup>, Brígina Kemp<sup>II</sup>

## Resumo

A Serra da Cantareira abrange municípios de São Paulo, Guarulhos, Mairiporã e Caieiras, com área de 64.800 ha. tombada patrimônio da UNESCO, conhecida maior floresta urbana do planeta, agora sofre impacto por ocupações irregulares, desmatamentos e despejo ilegal de resíduos. Em Agosto de 2017, a Secretaria Municipal de Saúde de Mairiporã inicia a vacinação às populações fronteiriças ao município de Atibaia, pela primeira positividade de PNH, no Bairro do Portão/Atibaia. Desafios eram inúmeros por questões geográficas, entretanto nossas equipes, solitárias, mas gigantes na varredura casa-a-casa num território extenso e pouco povoado. Analisar brevemente a experiência de Mairiporã, se justifica no desafio do tão discutido Pacto Interfederativo, que ainda se constitui um dos assuntos mais desafiadores da gestão no SUS, a percepção solitária do gestor Municipal frente ao enfrentamento das situações emergentes de Saúde Pública, que vai além dos dispostos nas redes regionalizadas, mas pela apropriação do território e as relações que neles se estabelecem, vai além de indicadores, e sim de famílias e comunidades que sofrem com a morte de seus provedores.

*Palavras-chave:* saúde pública, febre amarela, Mairiporã.

## Abstract

Serra da Cantareira covers municipalities of São Paulo, Guarulhos, Mairiporã and Caieiras, with an area of 64,800 ha. UNESCO's patrimony, known as the largest urban forest on the planet, is now impacted by irregular occupations, deforestation and illegal dumping. In August 2017, the Municipal Health Department of Mairiporã starts the vaccination to the populations bordering the municipality of Atibaia, for the first positivity of PNH, in the neighborhood of the Gate / Atibaia. Challenges were innumerable geographically, yet our teams, lonely, but gigantic in house-to-house sweeping in vast, sparsely populated territory. To analyze briefly the experience of Mairiporã, is justified in the challenge of the much discussed Interfederative Pact, which is still one of the most challenging subjects of management in the SUS, the solitary perception of the Municipal manager facing the emerging situations of Public Health, which goes beyond of the regionalised networks, but for the appropriation of the territory and the relations established in them, goes beyond indicators, but of families and communities that suffer from the death of their providers.

*Keywords:* public health, yellow fever, Mairiporã

## Introdução

A Serra da Cantareira abrange os municípios de São Paulo, Guarulhos, Mairiporã e Caieiras, com área de 64,8 mil ha. tombada pelo patrimônio da Unesco. Conhecida como maior

floresta urbana do planeta, agora sofre impacto por ocupações irregulares, desmatamentos e despejo ilegal de resíduos.

Hoje a Serra está calada, o som ecoante dos bugios não é mais ouvido pelos moradores e frequentadores da região. O macaco bugio tem grito característico, atinge 130 decibéis, sendo ouvido a 5 quilômetros de distância. Está ameaçado de extinção pelo desmatamento, mas em Mairiporã nossos macacos foram silenciados

<sup>I</sup> Grazielle Cristina dos Santos Bertolini é graduada em Enfermagem, Pós-graduada em Saúde Pública e Saúde do Trabalhador, Docente USF -Universidade São Francisco – Campus Bragança Paulista e Secretária Municipal da Saúde de Mairiporã.

<sup>II</sup> Brígina Kemp é graduada em Enfermagem, Mestre em Saúde Pública, Docente convidada na Unicamp – Campinas.

pela Febre Amarela (FA), que chegou à Serra em outubro de 2017, quando epizootias se acentuaram confirmando a primeira morte de Primatas Não Humanos (PNH) por FA. Desde então seu som ecoante em nossas matas não mais foi ouvido. Em fevereiro de 2018, **registramos 250 PNH mortos, sendo 110 positivos FA.**

Mairiporã possui 95 mil habitantes, distribuídos em 321 quilômetros quadrados de extensão territorial, comunidades rurais entranhadas nas matas são numerosas, além de condomínios de alto padrão. Pela pouca distância da capital paulista, a cerca de 20 quilômetros da cidade, possui algo enriquecedor em suas atrações turísticas, como parques, trilhas, cachoeiras, construções históricas e belíssimas áreas destinadas a eventos, principalmente casamentos, gerando para o município o turismo alicerçado na economia.

#### **Um breve relato dos fatos ocorridos**

Em agosto de 2017, a Secretaria Municipal de Saúde de Mairiporã inicia a vacinação às populações fronteiriças ao município de Atibaia, pela primeira positividade de PNH, no Bairro do Portão/Atibaia. Desafios eram inúmeros por questões geográficas, entretanto nossas equipes, solitárias, mas gigantes, faziam a varredura casa a casa num território extenso e pouco povoado.

Em outubro, nosso primeiro PNH com FA levou a repensarmos os modos de produzir saúde, aprimorando, com o apoio de instituições governamentais e não governamentais, as estratégias de vacinação, chegando a 80% de cobertura em novembro, porém muito havia a se fazer. Ao final de dezembro o temor das equipes, que incansavelmente buscavam populações ainda por vacinar, chegou ao nosso Município Amarelo!

Analisar brevemente a experiência de Mairiporã se justifica no desafio do tão discutido Pacto Interfederativo, que ainda se constitui um dos

assuntos mais desafiadores da gestão no SUS, a percepção solitária do gestor Municipal diante do enfrentamento das situações emergentes de Saúde Pública, que vai além do disposto nas redes regionalizadas, mas pela apropriação do território e as relações que neles se estabelecem, vai além de indicadores e, sim, de famílias e comunidades que sofrem com a morte de seus provedores.

#### **Objetivos**

Relatar o trajeto percorrido, por vezes solitário, ante a necessidade de respostas rápidas e efetivas na condução do surto de FA em Mairiporã.

Mais do que uma experiência, **Calar e amarelar** é um “eco” dos gestores de saúde em face das dificuldades operacionais do SUS, a sustentabilidade político-administrativa do Sistema.

#### **Metodologia**

Relato de caso das ações de gestão, assistência, vigilância em saúde, educação em saúde e educação permanente para o controle da FA no Município.

#### **Resultados**

Em dezembro de 2017, com as suspeitas crescentes de casos humanos de FA, o município determina a intensificação das ações, sendo organizadas:

**Intensificação vacinal:** abertura de Posto de Vacinação 24 horas, busca ativa, casa a casa, em áreas de concentração de epizootias positivas, ação regionalizada com Atibaia para vacinação fronteiriça, vacinação em pontos de circulação de pessoas (rodoviárias, supermercados, feiras), alertas esportivos, exigência em

competições por comprovante vacinal, parcerias com chácaras e pousadas.

**Assistência aos suspeitos:** tendo a única porta de entrada de urgência da cidade, hospital conveniado de baixa complexidade, com todos os leitos de urgência ocupados de casos graves, foi novamente uma prova de que nossas equipes não iriam amarelar. Houve pacientes no sistema de regulação, CROOS, por mais de 24 horas; lidamos com processo evolutivo de morte em velocidade assustadora. Isso exigiu que acordássemos junto à Secretaria de Estado da Saúde (SES), uma retaguarda para melhor assistência aos pacientes. Lideramos junto à Coordenadoria de Controle de Doenças, protocolos e fluxos de assistências a serviços de referência para que casos graves fossem rapidamente removidos. A apreensão com a alta letalidade no início do surto e o nosso propósito em abordagem sindrômica, fizeram com que ousássemos discutir entre nós as nossas responsabilidades no cuidado precoce dos sintomas, incluindo e corresponsabilizando a Atenção Básica na detecção de casos e de pessoas não vacinadas. Abordamos drogarias e consultórios odontológicos da rede suplementar a notificar casos suspeitos. A vigilância laboratorial na rede conveniada se mostrou potente para rastreabilidade dos casos, instituímos soroteca para futuros estudos. Criamos ambulatório hospitalar para garantir o acompanhamento de casos brandos e sua evolução.

**Vigilância ambiental e de endemias:** pela ocorrência recente de epidemia de dengue em Mairiporã e a infestação de Aedes, as ações combinadas entre Vigilância Local e SUCEN objetivaram ágil bloqueio nos casos notificados. As ações de controle químico no município são tímidas, uma vez que não são indicadas em áreas de mananciais e mata, assim, mais uma vez o protagonismo de nossos ACS foi fundamental, o município tem uma rede fragilizada de ACE,

sendo no meio do surto contratado empresa especializada em controle de vetores. Enfatizando também os princípios da APS, o que fez diferença para a adesão da população foram o vínculo e a confiança estabelecidos com os profissionais de saúde.

Enfrentamos movimento social promovido por ambientalistas em prol dos bugios. Chamamos audiência pública e discutimos as dificuldades do setor saúde, destacamos nosso compromisso o pacto com a vida e, não obstante, a preocupação com a natureza como determinante de saúde e doença e, assim, ganhamos aliados.

**Articulação Federativa: política ou técnica?:** todas as ações descritas passaram por obstáculos técnicos, político e financeiro e, no meio da solidão que nos encontrávamos, algumas articulações promovidas por nós foram encaminhadas. A **SES**, que agiu na retaguarda assistencial de alta complexidade ao colocar para apoio ao Município o Instituto Emilio Ribas, Adolpho Lutz e Hospital das Clínicas. O sentimento relatado pelos técnicos era *“a cavalaria chegou”*; é exatamente assim o sentimento da solidão municipal, como se fosse o *front* e ninguém vem, mas em Mairiporã tivemos o reforço responsável por dignificar a assistência aos nossos doentes.

O **Ministério da Saúde** atendeu-nos, confirmando estarmos no caminho certo, se comprometeu na revisão de nossos tetos de produção, pois até o momento nossas contas estão a cargo dos recursos do tesouro, e ela precisa ser rateada de forma tripartite, conseguimos assim o incremento permanente no teto MAC.

O **COSEMS** e o **CONASEMS**, vitais para auxílio na articulação técnico-político, em especial o COSEMS, precioso na qualificação e apoio técnico do município, principalmente nas análises epidemiológicas, revisão de estratégias e a possibilidade de empoderamento coletivo e fortalecimento de trabalhadores que são expostos,

por vezes de maneira desqualificada, pela mídia sensacionalista.

**Região**, os nossos companheiros se solidarizaram com equipes e técnicos, nos apoiando em Audiências Públicas e ratificando nossos pleitos.

**Educação em Saúde e Comunicação Social:** Mairiporã foi chamada pela mídia como epicentro da FA; como dialogar? Ampliando as ofertas de informação e comunicação social, pelas redes sociais e a grande mídia, investimos em coletivas, documentários. Percebemos o quão distante nosso diálogo dos interesses midiáticos. Enfrentamos invasão de pessoas em busca da vacina, pânico gerado por falta de informação, sendo difícil assumir a pressão social e política de grupos pouco interessados com a vida ou risco epidemiológico.

### **Considerações finais**

As possibilidades de reflexão são muitas, perpassam o financiamento ainda desigual, ficando na conta dos municípios custos diretos das medidas de emergenciais. É possível dizer

que as nossas redes solidárias precisam ser mais bem trabalhadas para o protagonismo na ação e reação coletiva junto às dificuldades municipais e regionais pelos gestores, assim como a efetiva discussão do pacto Interfederativo no que tange às responsabilidades sanitárias assumidas.

Em Mairiporã, após a confirmação laboratorial de 29 óbitos, podemos agora, em março de 2018, voltar a cantar junto aos bugios que retornam às nossas florestas mostrando que há muitas cores a se descobrir além do amarelo, como por exemplo, a verde esperança.

E nessa esperança renovo os votos de Sérgio Arouca, onde o SUS que temos pode ser o SUS que queremos, e esse querer hoje é muito mais explícito nas experiências isoladas de Municípios e Estados.

Para concluir, destaco os desafios da comunicação em saúde, que destroem e corroem equipes comprometidas com o SUS e com a coisa pública. Em tempos de rede social temos o dever de propagar a verdade e a coesão nas informações entre as três esferas gestoras do SUS.

# Grupo para retomada de atividades ocupacionais

## Group for resumed of occupational activities

Mariane Couto Martins<sup>I</sup>, Rosa Maria Del' Vescovo<sup>II</sup>

### Resumo

Com o aumento da população idosa do município, observamos o aumento de pacientes com sequelas pós-AVC, que mesmo realizando tratamento fisioterápico estacionavam suas atividades ocupacionais e convívio social. Os objetivos principais são proporcionar o convívio social, estimular o cognitivo, a coordenação motora fina e propriocepção dos participantes, oferecendo maiores condições de retomarem suas atividades ocupacionais. As atividades são realizadas em grupos de 7 a 10 pacientes, com sequelas pós-AVC, com autonomia de marcha e equilíbrio, em uma sala ampla da Unidade de Saúde da Família do município de Fernão, ministrados por uma fisioterapeuta e uma educadora social, com duração de uma hora semanalmente. No grupo são desenvolvidos alongamentos globais, exercícios de coordenação, jogos lúdicos, circuitos e atividades em área externa (passeios). Após iniciarem a participação no grupo, os pacientes relatam a retomada de atividades de sua preferência ou descoberta de novos interesses como: cozinhar, bordar, pintar, pescar, caminhar e o convívio social, proporcionando melhora na qualidade de vida. O grupo mostrou a importância para os participantes como uma continuação do tratamento fisioterápico, focado de forma mais ampla na retomada de atividades ocupacionais, em suas necessidades específicas e inserção no convívio social, melhorando assim a qualidade de vida.

**Palavras-chave:** acidente vascular cerebral, qualidade de vida, atividade, ocupação.

### Introdução

O envelhecimento populacional pode ser considerado uma conquista da humanidade, porém, carrega consigo desafios,

### Abstract

With the increase of the elderly population of the municipality, we observed the increase of patients with sequels after stroke, who even performing physiotherapeutic treatment stationed their occupational activities and social life. Main objectives are to provide social interaction, stimulate the cognitive, fine motor coordination and proprioception of the participants, giving greater conditions to resume their occupational activities. The activities are performed in a group of 7 to 10 patients, with sequels post stroke, with autonomy of gait and balance, in a large room of the Family Health Unit of the municipality of Fernão, administered by a physiotherapist and a social educator, lasting of 1 hour weekly. In the group are developed global stretches, coordination exercises, play games, circuits and outdoor activities (walks). After starting the participation in the group the patients report the resumption of activities of their preference or discovery of new interests such as cooking, embroidery, painting, fishing, walking and social interaction, thus improving the quality of life. The group showed importance to the participants as a continuation of the physiotherapeutic treatment, focused more in the resumption of occupational activities, in their specific needs and insertion in the social life, thus improving the quality of life.

**Keywords:** stroke, quality of life, activity, occupation.

passando a ser uma das maiores preocupações no que compete à área da saúde, exigindo políticas públicas adequadas para que o envelhecer aconteça de forma ativa<sup>1</sup>.

Com o aumento da população idosa do município de Fernão/SP, os cuidados com essa demanda tem se intensificado na unidade de saúde, cobrindo 100% da população por ser a única do município, com atenção voltada para os idosos robustos não comprometidos por patologias, e

<sup>I</sup> Mariane Couto Martins (mcoutomartins@bol.com.br) tem graduação em Fisioterapia. Atua como Fisioterapeuta na Unidade de Saúde da família do Município de Fernão.

<sup>II</sup> Rosa Maria Del' Vescovo ( rosadelvescovo@yahoo.com.br) tem graduação em Pedagogia e Terapia Ocupacional, Mestre em Fisioterapia- área de concentração em saúde Funcional. Atua como Terapeuta Ocupacional em clínica e como Educadora Social do NASF na Unidade de Saúde da Família do Município de Fernão.

idosos com agravos, esses que acabam tendo comprometida a qualidade de vida se não realiza as abordagens que proporcionem a retomada de atividades ocupacionais, como o caso de pacientes com histórico de acidente vascular encefálico (AVC), que apresentam sequelas das lesões sofridas pelo quadro.

Os pacientes com esse diagnóstico mesmo sendo atendidos na unidade de saúde realizando tratamento fisioterápico demonstravam estacionar suas atividades ocupacionais e convívio social, não atendendo por completo a necessidade do paciente.

O cuidado em saúde requer um olhar atento à individualidade de cada paciente, pois a recuperação após o AVC vai depender de fatores como a área afetada e o tamanho da lesão, onde os profissionais devem trabalhar com a reabilitação de forma que o paciente se torne independente, alcançando o maior nível de funcionalidade possível em cada caso.

Foi a partir de então que a proposta de iniciar um grupo com esses pacientes, denominado Grupo de Retomada de Atividades Ocupacionais, o qual atenderia idosos comprometidos com sequelas decorrentes de quadro de AVC, com foco no retorno de suas atividades ocupacionais.

### **Objetivo**

Proporcionar-lhes melhor qualidade de vida, amenizar as complicações capazes de gerar incapacidade ou diminuição da capacidade para o autocuidado, através de atividades que visem a harmonizar o desempenho ocupacional, por meio de exercícios motores, alongamentos, estimulação cognitiva, coordenação motora global e fina, propriocepção em atividades coletivas, dando maiores condições de retomarem suas atividades ocupacionais e convívio social.

### **Metodologia**

Através de busca ativa e avaliação das habilidades foram selecionados os pacientes que se enquadravam no grupo e que se propuseram a participar.

Os encontros são realizados na unidade de saúde, onde estão disponibilizados os materiais necessários para as atividades planejadas, ministrado por uma fisioterapeuta e uma educadora social, com duração de uma hora semanalmente, o grupo tem em torno de 7 a 10 participantes.

As atividades são elaboradas de forma criativa, adaptadas para a necessidade de cada participante, nos primeiros 30 minutos são realizados alongamentos globais, exercícios ativos, ativo assistido, demais continuidade com atividades lúdicas, envolvendo coordenação motora fina, equilíbrio e estimulação cognitiva (jogos lúdicos) e atividades externas (passeios), interagindo com outros grupos já existentes na unidade. Sempre acompanhados pelas duas profissionais.

### **Resultado**

Após iniciarem a participação no grupo os pacientes relatam a retomada de atividades de sua preferência ou descoberta de novos interesses, como: cozinhar, bordar, pintar, pescar, caminhar e melhora no convívio social, maior frequência em atividades socioeducativas, proporcionando melhora na qualidade de vida.

### **Considerações finais**

O grupo mostrou importância para os participantes como uma continuação do tratamento fisioterápico, focado de forma mais ampla na retomada de atividades ocupacionais, em suas necessidades específicas e inserção social, retomando atividades antes consideradas impossíveis após a patologia.

### Referências

1 DEL' VESCOVO, Rosa Maria. "Grupos de Convivência": prática educativa na Unidade de Saúde da Família do Município de Fernão/SP. 2018. 96 f. Dissertação (Mestrado em

Fisioterapia em Saúde Funcional) - Universidade do Sagrado Coração, Bauru, 2018. Disponível em : <http://tede2.usc.br:8080/jspui/handle/tede/395> acesso em 27 de Jun de 2018.

# Matriciamento: construção de um novo olhar entre a educação e a saúde

*Specialized orientation: construction of a new look between education and health*

Aline Zeeberg<sup>I</sup>, Solange Cristina Camargo de Moreira Couto<sup>II</sup>, Regina Estela Barbosa Cardoso<sup>III</sup>

## Resumo

Este trabalho tem por objetivo apresentar a construção de olhar ampliado de educadores municipais e profissionais de saúde através do matriciamento, buscando a discussão da despatologização da infância. Essa construção iniciou-se da necessidade de um trabalho conjunto entre a Secretaria Municipal de Educação e a Secretaria Municipal de Saúde/Saúde Mental para criação de uma equipe multidisciplinar, através do apoio matricial, a fim de discutir os casos, à luz dos diversos saberes e conhecimentos, dos alunos que necessitam de um atendimento diferenciado inclusos em ensino regular nas unidades escolares do município. A partir das reuniões quinzenais entre os profissionais da educação e da saúde foi possível estabelecer um diálogo entre as duas secretarias e nortear os possíveis encaminhamentos, tanto educacionais como clínicos, tendo, assim, reduzido o alto índice de encaminhamentos com demandas equivocadas, evitando-se a patologização precoce da infância.

**Palavras-chave:** matriciamento, equipe multidisciplinar, saúde pública.

## Abstract

This article aims to present a construction of a broader vision of the municipal educators and health professionals through the specialized orientation, seeking the discussion of the de-pathologizing of childhood. This construction started from the need for a joint work between the Municipal Education Department and the Municipal Health Department / Mental Health to create a multiprofessional team, through specialist orientation support, in order to discuss the cases, in different knowledge, students who need a differentiated care included in regular education in the school units of the municipality. From the fortnightly meetings between health professionals and education, it was possible to establish a dialogue between the two departments and guide possible referrals, both educational and clinical, thus reducing the high rate of referrals with wrong demands, avoiding the pathologizing of early childhood.

**Keywords:** specialized orientation, multiprofessional team work, public health.

## Introdução

**A**cada ano aumenta-se o número de crianças que não atingem os objetivos curriculares da série em que se encontram e, por isso, passam a compor a categoria dos alunos

com dificuldades de aprendizagem. Muitas vezes, inicia-se um processo de patologização da infância associado à busca por padronização e homogeneização dos diferentes modos de viver<sup>2</sup>. A manutenção do fracasso escolar deve-se, pelo estigma dos sujeitos diagnosticados, à isenção da responsabilidade das famílias e profissionais, ao deslocamento do papel da escola e de outros agentes sociais ante a medicalização e/ou diagnóstico e a falta de contribuição para melhores resultados escolares.

De acordo com Chiaverini (2011), o matriciamento “é um novo modo de produzir saúde,

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

<sup>II</sup> Solange Cristina Camargo de Moreira Couto (couto-solange@bol.com.br) é Psicóloga e psicanalista, referência técnica da psicologia da Secretaria Municipal de Saúde.

<sup>III</sup> Regina Estela Barbosa Cardoso (rebcad@bol.com.br) é Pedagoga, pós-graduada na área de educação especial, deficiência intelectual. Integrante da equipe técnica de Educação Especial na Secretaria Municipal de Educação.

em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica”<sup>1</sup>, reformulam a lógica clássica e hierárquica dos encaminhamentos de casos, que tratava-se de transferência de sua responsabilidade, o que gerava efeitos de burocratização e de pouca resolutividade no tocante aos tratamentos dispensados<sup>1</sup>. A promoção da saúde requer o estabelecimento de parcerias que aliem esforços individuais e ações coletivas de diferentes grupos, nos diferentes níveis intersetoriais. Nesse sentido, a escola é um local privilegiado para promover a despatologização.

No município de Santa Bárbara d'Oeste foi identificado que havia uma quantidade excessiva de encaminhamentos escolares, muitas vezes sem o sujeito enunciante da queixa implicado na construção dessa demanda. Com a política municipal de inclusão de alunos no ensino regular, evidenciou-se a necessidade de uma parceria entre as secretarias para melhor acompanhamento, tanto do ponto de vista pedagógico quanto de assistência em saúde. Assim, no segundo semestre de 2016 reuniram-se os profissionais da educação especial, profissionais de saúde da Atenção Básica e profissionais da equipe de Saúde Mental para compor essa equipe de apoio matricial.

### **Metodologia**

Composição de um grupo de trabalho com diferentes profissionais da Secretaria da Saúde e da Secretaria de Educação para estudar a melhor proposta de construção de parceria. Decidiu-se pelo matriciamento. O setor de Educação Especial ficou responsável pela identificação dos casos a serem matriciados, agendando com as escolas e seus respectivos representantes. O matriciamento ocorre quinzenalmente, com a

presença das escolas, psiquiatra, psicóloga da Saúde Mental e fonoaudióloga, e outros. No segundo semestre de 2017 foi incluída também a discussão de casos com o neuropediatra da rede municipal.

### **Resultados**

Durante o ano de 2017 foram 26 casos matriciados, atingindo 18 escolas da rede municipal. Nesses encontros foram fornecidas orientações aos professores de sala regular e professores da educação especial. Também foram oferecidas orientações aos familiares das crianças e um grupo de pais. Quando necessário, os casos discutidos foram encaminhados ao Núcleo de Atendimento Infantojuvenil/Saúde Mental; Neuropediatra e Fonoaudióloga no Centro Médico de Especialidades; Arteterapia (Educação), bem como contratação do serviço de profissional de apoio escolar (estagiário).

Com esse trabalho foi possível observar redução de casos encaminhados para a rede municipal de saúde (atenção básica e especializada), uma vez que as professoras do ensino regular e educação especial promoveram um “matriciamento pedagógico” antes de os casos serem levados ao matriciamento entre educação/saúde; e, principalmente, reconhecimento, por parte dos professores, de sua importância nesse processo de intervenção ampliada com o aluno.

### **Conclusão**

A proposta de apoio matricial na educação constitui-se como uma ação inovadora, pois, originalmente, tal prática se dava apenas dentro da própria rede de saúde. Além disso, em pesquisa bibliográfica sobre o tema, verificamos uma escassez de publicações de relatos dessa natureza. É preciso reconhecer que, mediante essa

nova proposta, tanto para educadores como para os profissionais da saúde ainda há muitos desafios e dificuldades a serem superadas. Constantemente, para a construção de um novo olhar para o sujeito, evidencia-se a necessidade de pensar e repensar a prática. A construção dessa parceria promoveu um novo olhar entre a educação e a saúde, olhando para a criança de forma integral e singular, com outra abordagem, de acompanhamento e de suporte à equipe de educação. Conseqüentemente, permite a ampliação das possibilidades de intervenção com a escola, educadores, relação professor-aluno, pais e o aluno, se necessário. Considerando ainda o professor como potência de intervenção, os significativos

resultados servem como força motriz para continuar com as reuniões.

#### Referências

1. Brandão Júnior PMC, Canavez F, Ramos PL. Entre saúde e educação: sobre um ambulatório de saúde mental infantojuvenil. Interface Botucatu. Setembro 2017 [acesso em 2 mar 2018]; Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017000300699&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000300699&lng=en&nrm=iso)
2. Colares C, Garrido J, Moysés MA, Cavalheiro MT, Villar R (orgs.). Referências Teóricas e Práticas para a construção de propostas despatologizantes na saúde e na educação. 2016 [acesso em 2 mar 2018]; Disponível em <https://www.despatologiza.com.br/referencias-teoricas-e-praticas>

# A importância da coleta e análise de água para o consumo humano em Luiz Antônio/SP: interação entre Vigilância Sanitária e o ensino técnico de Química

**Importance of water analysis for human health in Luiz Antônio/SP: interaction between sanitary surveillance and technical education of Chemistry**

Patrícia Aparecida Duran<sup>I</sup>, Luiz Henrique Sassa<sup>II</sup>, Marcio Heber Gomide Junior<sup>III</sup>

## Resumo

Tendo em vista a importância da análise da água para a saúde, o presente projeto teve por finalidade analisar parâmetros, físico-químicos e organolépticos, quanto aos níveis de cloro, pH, turbidez, e outros, da água que sai das torneiras na cidade de Luiz Antônio e compará-los aos laudos fornecidos pelo Instituto Adolfo Lutz em Ribeirão Preto, SP. Aos alunos foram apresentadas as rotinas de fiscalização, coleta de amostras e análises quantitativas realizadas em campo e a sua importância e relevância para a Saúde Pública. Foram realizadas coletas de água em cavaletes da rede municipal de distribuição de água. As amostras foram analisadas *in loco* (pH, temperatura e análise visual de turbidez) e também no Laboratório da Escola Municipal de Química (teor de cloro e presença ou não de coliformes totais e fecais). O trabalho, além da importância para a saúde da população, garantindo que a água do município seja distribuída de forma a assegurar a potabilidade sem causar riscos, serviu também de aprendizado aos alunos do Curso Técnico em Química, que passam a perceber a importância de acompanhar um tratamento químico em larga escala, além do aprendizado de sair a campo para coleta e acondicionamento adequado das amostras e análises químicas.

**Palavras-chave:** saúde pública, qualidade da água, vigilância sanitária.

## Abstract

Considering the importance of water analysis for health, the present project aimed to analyze physicochemical and organoleptic parameters regarding chlorine, pH, turbidity, and other levels of the water coming out of taps in the city of Luiz Antônio and compares them to the reports provided by the Adolfo Lutz Institute in Ribeirão Preto SP. The students presented the routines of inspection, sample collection and quantitative analyzes carried out in the field, and the importance and relevance for Public Health. Water samples were collected on trestles of the municipal water distribution network. The samples were analyzed *in situ* (pH, temperature and visual turbidity analysis) and also in the Laboratory of the Municipal School of Chemistry (chlorine content and presence of total and fecal coliforms). The work, besides the importance for the health of the population guaranteeing that the water of the municipality is distributed in order to guarantee the potability, without causing risks, also served as learning to the students of the Course of Technician in Chemistry who come to realize the importance of accompanying a large-scale chemical treatment beyond learning to go out to the field for proper collection and packaging of the samples and chemical analyzes.

**Keywords:** public health, water quality, health surveillance.

<sup>I</sup> Patrícia Aparecida Duran (vigilancia@luizantonio.sp.gov.br) é técnica em nutrição e chefe do Departamento de Vigilância Sanitária, Controle de Vetores e Zoonoses da Secretaria Municipal de Saúde de Luiz Antônio, SP

<sup>II</sup> Luiz Henrique Sassa é bacharel em Química e docente da Escola Técnica em Química da Secretaria Municipal de Educação de Luiz Antônio, SP

<sup>III</sup> Marcio Heber Gomide Junior é médico veterinário, especialista em Saúde Pública, mestre em Saúde na Comunidade e supervisor do Departamento de Vigilância Sanitária, Controle de Vetores e Zoonoses da Secretaria Municipal de Saúde de Luiz Antônio, SP

## Introdução

As análises laboratoriais são fundamentais para avaliação da qualidade de água e alimentos, bem como a proteção da Saúde Pública. Hoje, sabe-se que a qualidade da água é resultante de fenômenos naturais e da ação antrópica. A percolação e o escoamento superficial da infiltração do solo, modificam suas características, incorporando impurezas do solo em sua composição. As atividades antropogênicas, originárias principalmente das cargas pontuais domésticas e industriais e de cargas difusas de origem urbana e rural, também determinam as substâncias presentes na água<sup>1</sup>. Tendo em vista a importância da análise da água para a saúde, o presente projeto, teve por finalidade analisar parâmetros físico-químicos e organolépticos quanto aos níveis de cloro, pH, turbidez e outros da água que sai das torneiras na cidade de Luiz Antônio e compará-los aos laudos fornecidos pelo Instituto Adolfo Lutz em Ribeirão Preto, SP. A contribuição do projeto se dá pela aplicação dos conhecimentos teóricos sobre o tema dos conteúdos do Curso Técnico de Química e sua aplicabilidade na prática de vigilância da qualidade da água por meio de análises laboratoriais e métodos de coleta de água em cavaletes da rede pública de distribuição de abastecimento. Aos alunos são apresentadas as rotinas de fiscalização, coleta de amostras e análises quantitativas realizadas em campo e a sua importância e relevância para a Saúde Pública. A oportunidade é excelente para o despertar do interesse pela vigilância e controle da água consumida pela população, podendo torná-los futuros profissionais da área, além de cidadãos mais críticos e exigentes quanto à qualidade da água que consumimos. O projeto foi batizado de “Vigilantes da Água”.

## Objetivo

O objetivo foi investigar a qualidade da água dos cavaletes (torneiras) da rede pública de

abastecimento de água da cidade de Luiz Antônio, buscando desenvolver as práticas de coleta, análise e monitoramento da qualidade da água, no seu aspecto físico-químico, comparando os resultados obtidos com os laudos fornecidos pelo Instituto Adolfo Lutz, na busca de aprimoramento das aulas práticas, uma vez que os alunos executaram coleta de campo com análises realizadas *in loco*, junto à Equipe de Vigilância Sanitária, assim como análises no laboratório da escola.

## Metodologia

Houve coleta da água em pontos distintos (cavaletes) da rede municipal de distribuição de água de acordo com a metodologia aplicada pela Equipe de Vigilância Sanitária, que escolheu pontos de coletas representativos das Unidades de Tratamento de Água. As amostras foram analisadas *in loco* e também no Laboratório da Escola Municipal de Química. As análises feitas em campo, com utilização de equipamento específico, foram: temperatura, pH e cloro, pelo método DPD (indicador N,N-dietil-p-fenilendiamina). As análises realizadas no laboratório da Escola Técnica de Química foram: teor de cloro DPD e microbiológico (presença ou não de coliformes totais e fecais). Todas as análises foram realizadas de acordo com os métodos preconizados pelo anexo XX da Portaria de Consolidação nº 5 de 3/10/2017<sup>2</sup>.

## Resultado

Os alunos saíram a campo e se responsabilizaram pela coleta da água em diversos pontos da cidade. Além da coleta, os alunos realizaram medidas de pH da água no local, temperatura e hora da coleta e fizeram a análise visual de turbidez. Toda a água coletada foi acondicionada em frascos especiais armazenados em temperatura

controlada para análises químicas e microbiológicas. Posteriormente, essa água passou pelos testes de teor de cloro e presença ou não de coliformes totais e fecais, ensaios realizados no laboratório da Escola de Química, seguindo os padrões de análise segundo as normas ABNT<sup>3</sup>. Os resultados foram colocados em uma planilha e enviados ao Departamento de Vigilância Sanitária para conhecimento das análises e posterior providências, caso algum ponto estivesse fora dos padrões. Esse trabalho tem sido realizado mensalmente para acompanhar a qualidade da água do município e tomar medidas cabíveis caso haja algum ponto da cidade em que a água esteja fora dos padrões, conforme legislação vigente.

### **Considerações finais**

O trabalho, além da importância para a saúde da população, garantindo que a água do município seja distribuída de forma a assegurar a potabilidade sem causar riscos, serve também de aprendizado aos alunos do Curso Técnico em Química, já que eles passam a perceber a importância de acompanhar um tratamento químico em larga escala, além do aprendizado de sair a campo para coleta e acondicionamento adequado das amostras e análises químicas. Além

disso, os alunos acabam recebendo informações sobre os riscos e problemas relacionados à água e passam a cuidar melhor desse recurso natural essencial à vida. Com esse trabalho, os alunos participantes começaram a ser mais críticos e estão fiscalizando, por conta própria, os postos de abastecimento de água nos seus bairros e orientando outras pessoas sobre a importância de não desperdiçar e de evitar qualquer forma de contaminação, percebendo a importância da Vigilância Sanitária nos seus trabalhos preventivos, procurando zelar pela saúde da população.

### **Referências**

1. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Manual prático de análise de água. 2ª ed. rev. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2006. 146 p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 5. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2017 out. 3; Seção 1. p. 360.
3. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 15784:2017. Produtos químicos utilizados no tratamento de água para consumo humano – Efeitos à saúde – Requisitos. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2017. 33 p.

# VIR A SER – Estratégia interna para difusão de teorias e práticas para o atendimento dos TEA no contexto da reabilitação da pessoa com deficiência - CER IV SBC

**VIR A SER – Internal strategy for the diffusion of theories and practices for the attendance of ASD in the context of the rehabilitation of the person with disability - CER IV SBC**

Gilmara Pereira Castro<sup>I</sup>, Larissa Laís de Sá Trentim<sup>II</sup>, Milena de Faria Trigo Pellegatti<sup>III</sup>,  
Marcia Conceição Abbamonte<sup>IV</sup>, Antonia Alice de Souza Fonseca<sup>V</sup>, Mayra Tomaz Freire<sup>VI</sup>,  
Luana Ferreira de Araujo<sup>VII</sup>, Patricia Helena Vaqueiro Marques<sup>VIII</sup>

## Resumo

O presente artigo busca relatar a experiência de profissionais do Centro Especializado em Reabilitação de São Bernardo do Campo (CER IV SBC), a partir da iniciativa de criação de um espaço para reflexão sobre os processos de cuidado da pessoa com deficiência e sinais de autismo associado e elaboração de uma proposta de revisão dessas práticas através de uma estratégia de cuidado interdisciplinar, com discussões sobre questões clínicas e organizacionais originárias nos atendimentos. As reflexões deflagradas foram desdobradas numa proposta de rearranjo institucional, avaliado pela gestão, para dar continuidade a demandas até então não contempladas no serviço – a saber: o cuidado aos usuários em risco psíquico, com hipótese diagnóstica ou diagnóstico de TEA, atendidos pelas diversas equipes do CER.

**Palavras-chave:** pessoa com deficiência, TEA, atendimento interdisciplinar.

## Abstract

This article seeks to report the experience of professionals from the Specialized Center for Rehabilitation of São Bernardo do Campo (CER IV SBC), based on the initiative to create a space for reflection on the processes of care of the disabled person and signs of associated autism and elaboration of a proposal to review these practices through a strategy of interdisciplinary care, with discussions on clinical and organizational issues originating in the care. The reflexions were developed in a proposal of institutional rearrangement, endorsed by the management, to give continuity to the demands previously not contemplated in the service - namely, the care to the users in psychic risk, with diagnostic hypothesis or diagnosis of ASD, attended by the different teams of the CER.

**Keywords:** person with disabilities, ASD, interdisciplinary care.

<sup>I</sup> Gilmara Pereira Castro (mara.pcastro@gmail.com) é Psicóloga e Psicanalista, atua na Equipe de Reabilitação Auditiva do CER IV de São Bernardo do Campo.

<sup>II</sup> Larissa Laís de Sá Trentim (larissa.lais@gmail.com) é Fonoaudióloga, com especialização em Audiologia pela Universidade Federal de São Paulo, atua na Equipe de Reabilitação Auditiva do CER IV de São Bernardo do Campo.

<sup>III</sup> Milena de Faria Trigo Pellegatti (milena\_trigo@yahoo.com.br) é Fonoaudióloga, mestre em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela PUC/SP, atua na Equipe de Reabilitação Auditiva do CER IV de São Bernardo do Campo.

<sup>IV</sup> Marcia Conceição Abbamonte (mabbamonte@hotmail.com) é Psicóloga, com especialização em Psicoterapia Breve pela Universidade Paulista, atua na Equipe de Reabilitação Visual do CER IV de São Bernardo do Campo.

<sup>V</sup> Antonia Alice de Souza Fonseca (antoniaalice@bol.com.br) é Terapeuta Ocu-

pacional, com Pós-Graduação em Terapia Ocupacional aplicada à Neurologia, atua na Equipe de Reabilitação Visual do CER IV de São Bernardo do Campo.

<sup>VI</sup> Mayra Tomaz Freire (mayratfreire@gmail.com) é Psicóloga, com especialização em Psicomotricidade pela Universidade Salvador (UNIFACS) em parceria com o Centro Lygia Coriat de Porto Alegre, atua na Equipe de Reabilitação Precoce do CER IV de São Bernardo do Campo.

<sup>VII</sup> Luana Ferreira de Araujo (luca\_ferreiraraujo@yahoo.com.br) é Terapeuta Ocupacional graduada pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), atua na Equipe de Reabilitação Infantil do CER IV de São Bernardo do Campo.

<sup>VIII</sup> Patricia Helena Vaqueiro Marques (pathvmarques@gmail.com), é Psicóloga, especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), atua na Equipe de Reabilitação Infantil do CER IV de São Bernardo do Campo.

## Introdução

Os Centros Especializados em Reabilitação (CER) surgem no bojo da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria GM 793, de 24 de abril de 2012. Como um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento e concessão de tecnologia assistiva, constitui-se em referência para a rede de atenção à saúde no território<sup>1</sup>.

Como componente de Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual e em Múltiplas Deficiências, observa-se como regras de funcionamento: apresentar um serviço de referência regulado, de base territorial e que fornece atenção especializada às pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente e contínua, severa e em regime de tratamento intensivo; estabelecer-se lugar de referência de cuidado e proteção para usuários, familiares e acompanhantes nos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual e múltiplas deficiências; produzir, em conjunto com o usuário, seus familiares e acompanhantes, e de forma matricial na rede de atenção, um Projeto Terapêutico Singular (PTS), baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência, com foco na produção da autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida; garantir que na indicação os dispositivos assistivos devem ser criteriosamente escolhidos, bem adaptados e adequados ao ambiente físico e social, garantindo o uso seguro e eficiente; melhorar a funcionalidade e promover a inclusão social das pessoas com deficiência em seu ambiente social, através de medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional, da melhora ou recuperação da função; da

compensação da função perdida e da manutenção da função atual; estabelecer fluxos e práticas de cuidado à saúde contínua, coordenada e articulada entre os diferentes pontos de atenção da rede de cuidados às pessoas com deficiência em cada território; realizar ações de apoio matricial na Atenção Básica, no âmbito da Região de Saúde de seus usuários, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde; articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário; articular-se com a Rede de Ensino da Região de Saúde a que pertença, para identificar crianças e adolescentes com deficiência e avaliar suas necessidades; dar apoio e orientação aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência<sup>1</sup>.

Em 2013, a Coordenação Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde publicou em seu site o documento “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)” (publicado em versão física em 2014), em resposta a reivindicações da sociedade civil organizada e à operacionalização do direito da pessoa com autismo ao “acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde”. Tal direito passa a ser assegurado na Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, instituída pela Lei nº. 12.764, de 27 de dezembro de 2012<sup>2</sup>, que também passa a considerar a pessoa com autismo como pessoa com deficiência para todos os efeitos legais.

Também em 2013 a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde colocou em consulta

pública a “Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde”<sup>4</sup>, documento que prevê a articulação da Rede de Atenção Psicossocial com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Essa publicação expressa ainda que:

*“Nos quadros do espectro do autismo, cabe à Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência desenvolver estratégias terapêuticas de modo acolhedor e humanizado, direcionando suas ações ao desenvolvimento de funcionalidades e à compensação de limitações funcionais, como também à prevenção ou retardo de possível deterioração das capacidades funcionais, por meio de processos de habilitação e reabilitação focados nas dimensões cognitivas e de linguagem oral, escrita e não verbal, na condição de vetores básicos à circulação e à pertença social dos indivíduos”<sup>4</sup>.*

Como Transtorno do Espectro do Autismo ou TEA entende-se, de acordo com o Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico, Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA):

*“um termo que engloba um grupo de afecções do neurodesenvolvimento cujas características envolvem alterações qualitativas e quantitativas da comunicação, seja a linguagem verbal e/ou não verbal, da interação social e do comportamento caracteristicamente estereotipado, repetitivo e com gama restrita de interesses. O grau de gravidade varia desde um quadro leve até dependência para as atividades da vida diária ao longo de toda a vida.”<sup>5</sup>*

Também, segundo esse protocolo, consideram-se como TEA os seguintes diagnósticos: F84 – Transtornos Globais do Desenvolvimento; F84.0 – Autismo Infantil; F84.1 – Autismo Atípico; F84.5 – Síndrome de Asperger; F84.8 – Outros Transtornos Globais do Desenvolvimento; F84.9 – Transtornos Globais Não Especificados do Desenvolvimento.

Sobre as causas dessa condição, sabe-se até o momento que:

*“A etiologia do TEA é multifatorial, ou seja, existe um componente genético, mas também um componente ambiental. Alguns dos fatores de risco ambiental compreendem a prematuridade, baixo peso ao nascer, infecções e falta de vitaminas. Fatores de risco para o componente genético compreendem familiar de primeiro grau acometido, defeitos congênitos e idade dos pais acima de 40 anos. O diagnóstico deve ser feito por equipe multiprofissional, considerando-se os critérios da CID 10. É um diagnóstico eminentemente clínico e deve ser feito por anamnese completa e observação da criança por profissionais qualificados”<sup>5</sup>.*

Diante desse pano de fundo e intimamente relacionado ao processo de habilitação e reorganização de Policlínica como CER IV em 2013, profissionais de diferentes equipes do Centro Especializado em Reabilitação de São Bernardo do Campo passam a refletir sobre os processos de cuidado a pessoas com autismo no serviço e a elaborar uma proposta de revisão dessas práticas através de uma estratégia de cuidado interdisciplinar, que discutia questões clínicas e organizacionais originárias nos atendimentos e deflagram inquietações/reflexões que foram desdobradas numa proposta de rearranjo institucional, avalizado pela gestão, para dar continente a demandas até então não contempladas no serviço,

a saber: o cuidado aos usuários em risco psíquico<sup>IX, 8</sup>, com hipótese diagnóstica ou diagnóstico de TEA, atendidos pelas diversas equipes do CER. Importa destacar que esses usuários apresentavam (e apresentam) manifestações sintomáticas de natureza motora, linguística e comportamental – associadas, via de regra, à presença de uma deficiência – física, auditiva, visual, intelectual e, assim, abordadas em suas características mais evidentes, numa relação de causalidade direta (alteração motora – fisioterapia; alteração na fala – fonoaudiologia, etc.). Dessa forma, manifestações “comportamentais” ou “secundárias” não chegavam a ser tomadas como questão para o atendimento. Como consequência, o processo terapêutico desses usuários parecia não avançar.

A partir da discussão de casos clínicos em supervisão e com o apoio da gestão, reuniões sistemáticas foram iniciadas com o objetivo de estabelecer as linhas gerais e o modelo de atendimento a ser oferecido aos usuários com hipótese diagnóstica ou diagnóstico de TEA. Em setembro de 2015, foram feitas as primeiras leituras e a modelagem da estratégia nomeada “**Vir a Ser**”<sup>6</sup>, expressão utilizada por Alfredo Jerusalinsky para dizer da possibilidade de um organismo ascender à posição de sujeito. Esse grupo foi constituído por profissionais das diferentes equipes do CER, com diferentes formações, incluindo especialidades médicas como pediatria, neurologia e psiquiatria.

O Vir a Ser se torna, a partir de janeiro de 2016, um lugar de encontro com usuários e suas famílias, um lugar de escuta e cuidado. Nasce como uma forma possível, dentro do CER, de difusão de teorias e práticas para o atendimento dos TEA.

<sup>IX</sup> Com KUPFER et al. (2009) entendemos **risco psíquico** como detenções ou ausências de processos que deveriam estar em curso, resultando em possíveis falhas nas operações formadoras fundamentais do psiquismo da criança.

### **Objetivo geral**

Oferecer atendimento clínico interdisciplinar voltado para a singularidade dos casos de TEA, de modo diferenciado das práticas já produzidas no CER e específicas da reabilitação.

### **Objetivos específicos**

- Ofertar aos usuários em risco psíquico para o desenvolvimento intervenção precoce com equipe interdisciplinar, a fim de prevenir a instalação de transtornos mentais.
- Avaliação dos usuários com hipótese diagnóstica, apresentando subsídios que complementam a conclusão da avaliação médica.
- Favorecer o acesso dos usuários e suas famílias a situações lúdicas e contextualizadas que permitam o estabelecimento de vínculos afetivos e trocas interacionais.
- Favorecer a interação entre os usuários.
- Proporcionar vivências em diferentes contextos sociais.
- Favorecer vivências das ABVDs (Atividades Básicas de Vida Diária) em situação lúdica e com a participação da família.
- Ampliar as discussões sobre os TEA no interior das equipes do CER.

### **Organização das práticas de cuidado**

#### **– Acolhimento**

Trata-se da via de entrada do usuário no serviço, por meio de encaminhamentos oriundos das unidades básicas de saúde, CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e profissionais do CER. É realizado preferencialmente por uma dupla de profissionais da estratégia (Vir a Ser), às terças e quintas-feiras, através de entrevista breve, a

fim de levantar as principais demandas do caso e possíveis encaminhamentos (internos e externos).

#### – Avaliação

Realizada em até quatro encontros com o usuário e seus familiares, através de entrevistas e observações geralmente com três profissionais (fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional), baseando-se em roteiro desenvolvido pelos profissionais (tendo como referências Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo – Ministério da Saúde e Avaliação Psicanalítica de Crianças de 3 anos – AP3), explorando aspectos de dinâmica familiar; função paterna (internalização da lei simbólica); a posição na fala e na linguagem; o corpo e sua imagem; o brincar e a fantasia. O processo de avaliação encerra-se após a discussão do caso com todos os profissionais da estratégia e devolutiva à família, com pactuação do Projeto Terapêutico Singular.

#### – Atendimento individual

Considera-se a possibilidade de atendimento individual para o usuário que a partir da avaliação apresenta riscos para o desenvolvimento, necessitando de um manejo terapêutico específico e emergencial nas relações familiares e orientações pontuais a tempo de reajustar as dificuldades identificadas para posterior inserção no grupo terapêutico.

#### – atendimentos em grupo

A partir da discussão do PTS elege-se um profissional referência, que mediará a participação do usuário no grupo terapêutico – estratégia que favorece a intervenção no campo das relações (entre os usuários, os familiares e os profissionais). Em função das demandas apresentadas pelo grupo, são definidos temas a serem

explorados nas atividades propostas. Em 2016, os temas “Corpo”, “Alimentação” e “Inserção na Cultura” foram abordados nos atendimentos, por meio de atividades lúdicas, sensoriais, motoras. As práticas envolvem a utilização de recursos facilitadores de rotina (como, por exemplo, músicas para marcar o início e término do atendimento). Propõe-se atividades estruturadas, semi-dirigidas e compartilhadas, utilizando diferentes espaços do serviço (brinquedoteca, ateliê, área de convivência) e espaços sociais (feira, praças, shopping). O modo de operar não é fixo. Valoriza-se o conceito da alternância como modo de marcar a alteridade, a troca, a iniciativa, o ritmo, o protagonismo dos profissionais, usuário e familiares. Subverte-se a noção de normatização, trabalhando a ressignificação de comportamentos e manifestações.

#### – Grupo de familiares

Considerando os temas explorados nos atendimentos, é proposto aos familiares um espaço de escuta, discussão, reflexão e construção, concomitante ao atendimento dos usuários em grupo. Pretende-se cuidar e entender as relações familiares, perpassando por questões de diagnóstico, comportamento, manejo do dia a dia dentre outras questões demandadas pelo grupo, favorecendo as trocas, identificações e empoderamento da família.

#### – Construção do cuidado em rede

A construção da rede interna teve início com a reunião entre os profissionais do Vir a Ser e os Neuropediatras que atendem no CER. Na ocasião, foram discutidas questões relativas ao diagnóstico de TEA, sugestão de fluxo para encaminhamentos e perfil de elegibilidade para a estratégia. Em momento posterior, realizou-se reunião com a equipe de Desenvolvimento Inclusivo para discussão de casos e remanejamento dos atendimentos

de alguns usuários cujas características sintomáticas do autismo se apresentavam, na época, mais predominantes do que os prejuízos cognitivos marcados pela deficiência intelectual. A rede externa se dá a partir da necessidade de se estabelecer diálogo entre profissionais de diferentes espaços de cuidado e de vida. Destacamos a importância de discussões de caso e pactuação de ações conjuntas com diferentes serviços e instituições, como, por exemplo, as parcerias realizadas em 2016: escolas, Equipe de Orientação Técnica (EOT), Unidades Básicas de Saúde (UBS), CAPSi, CAISM e Conselho Tutelar.

#### **– Apoio à inclusão – atividades externas**

Com o objetivo de promover a inclusão social e circulação na cidade, são programadas atividades externas, que favorecem a inserção na cultura e o fortalecimento da cidadania. Através dessa intervenção, temos percebido nas famílias a construção de estratégias para maior apropriação dos espaços sociais e de novas possibilidades de modos de viver e habitar a cidade.

#### **– SER Família**

Trata-se de uma prática de participação e controle social do CER, que promove encontros entre profissionais e familiares, com o objetivo de discutir temas, em caráter educativo, informativo e social, com abertura para acolher questões trazidas pelos participantes, reavaliando e validando os processos de cuidado da instituição.

### **Resultados**

De janeiro de 2016 a dezembro de 2017, 195 usuários foram acolhidos pela estratégia Vir a Ser. Desses, 20 já estavam sendo atendidos no CER e 175 foram encaminhamentos externos. Após escuta qualificada, 65 foram avaliados por equipe multidisciplinar e 21 apresentaram o perfil

de elegibilidade e iniciaram o processo de reabilitação semanalmente. Assim, 41 usuários foram inseridos nos tipos de atendimentos ofertados pela estratégia, que se encontram em um único dia da semana.

### **Considerações finais**

O estabelecimento de uma forma de cuidado integral aos usuários com deficiência representa um dos maiores desafios da reabilitação. Com a entrada dos quadros de TEA no rol das deficiências, o cenário da reabilitação se vê diante de desafios ainda maiores. Primeiro: criar linhas de cuidado para os usuários com essa sintomatologia no âmbito da reabilitação e, não menos importante, considerar que a presença de uma deficiência pode dificultar o desenvolvimento, levando a falhas no processo de constituição do sujeito. Com isso, quadros com indícios de autismo são recorrentes e requerem, portanto, manejo diferenciado. A estratégia Vir a Ser se constitui como um lugar possível para os desdobramentos teóricos e clínicos a partir das reflexões e atendimentos a esses usuários.

### **Referências**

1. BRASIL. Portaria GM nº793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 25 abr 2012; Seção 1:94.
2. BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Diário Oficial da União. 28 dez 2012; Seção 1:2.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Brasília (DF); 2014.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos

do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde. Brasília; 2015.

5. SÃO PAULO (Estado). Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA). São Paulo: SEDPcD; 2013.

6. JERUSALINSKY A, organizador. Dossiê autismo. São Paulo: Instituto Language; 2015.

7. KUPFER MC, Lerner R, organizadores. Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa. São Paulo: Ed. Escuta; 2008.

8. KUPFER MCM, Jerusalinsky AN, Bernardino LMF, Wanderley D, Rocha PSB, Molina SE, Sales LM et al. Valor preditivo de indicadores de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology* [internet]. 2009;6(1):48-68. Disponível em: [http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/latin\\_american/v6\\_n1/valor\\_preditivo\\_de\\_indicadores\\_clinicos\\_de\\_risco\\_para\\_o\\_desenvolvimento\\_infantil.pdf](http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/latin_american/v6_n1/valor_preditivo_de_indicadores_clinicos_de_risco_para_o_desenvolvimento_infantil.pdf).

# Saúde na Roda: protagonismo popular na construção do Plano Municipal de Saúde

## Health as a group conversation: Popular protagonism in the construction of Catanduva Municipal Health Plan

Tiago Aparecido da Silva<sup>I</sup>, Daniela Aguiar Bellucci<sup>II</sup>, Thiago Victor Mafei<sup>III</sup>,  
Ronaldo Carlos Gonçalves Junior<sup>IV</sup>, Angélica Aparecida Fréu Costa<sup>V</sup>

### Resumo

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é o instrumento central do planejamento, a ser elaborado a partir de uma análise situacional que reflita as necessidades de saúde da população e apresente as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos. Todavia, na maioria das vezes, a metodologia empregada, é meramente burocrática e normativa, excluindo qualquer forma de participação popular. No município de Catanduva, até o ano de 2016 essa realidade se replicava e, dessa forma, contribuía para o esvaziamento dos conselhos locais de saúde e baixa apropriação das questões de saúde pela população. A partir da metodologia de rodas de conversa junto à população, foi possível resgatar a participação popular na gestão do SUS e garantir a efetivação desse direito através de mudanças na legislação municipal.

**Palavras-chave:** gestão em saúde, plano municipal de saúde, participação popular.

### Abstract

The Municipal Health Plan (MHP) is the central planning instrument to be developed based on a situational analysis that reflects the health needs of the population and presents the intentions and results to be sought in the period of four years. However, most of the time the employed methodology is solely bureaucratic and normative, excluding any form of popular participation. In the municipality of Catanduva, until 2016, this reality was replicated, this contributing to the depletion of local health councils and low appropriation of health issues by the population. Based on the conversation methodology used to talk with the population, it was possible to revive the popular participation in the management of SUS and ensure this right through changes in the municipal legislation.

**Keywords:** health management, municipal health plan, popular participation.

### Introdução e justificativa

No campo do planejamento em saúde, o Decreto nº 7.508, de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990<sup>1</sup> dispõe

sobre alguns aspectos do planejamento e da obrigatoriedade do gestor público na elaboração e apresentação de instrumentos de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, o Plano Municipal de Saúde (PMS) é o instrumento central do planejamento, a ser elaborado a partir de uma análise situacional que reflita as necessidades de saúde da população e apresente as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em diretrizes, objetivos e metas. Assegurar aos cidadãos o acesso às informações e à participação no planejamento, implementação e avaliação das políticas de saúde são ações inscritas no direito à saúde e

<sup>I</sup> Tiago Aparecido da Silva (ti.aps@hotmail.com) é Enfermeiro, Mestre em Saúde Coletiva, Apoiador Institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Catanduva.

<sup>II</sup> Daniela Aguiar Bellucci é Enfermeira, Diretora do Departamento de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Catanduva.

<sup>III</sup> Thiago Victor Mafei é Nutricionista, Coordenador Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Catanduva.

<sup>IV</sup> Ronaldo Carlos Gonçalves Junior é Farmacêutico, Secretário Municipal de Saúde de Catanduva.

<sup>V</sup> Angélica Aparecida Fréu Costa é Diretora do Departamento Técnico da Secretaria Municipal de Saúde de Catanduva.

no exercício da cidadania. Todavia, a metodologia empregada no processo de construção, na maioria das vezes, é com foco no cumprimento da legislação e garantia dos repasses financeiros, tornando o processo exclusivamente formal, burocrático e normativo, elaborado a partir de um grupo restrito de técnicos e gestores, excluindo qualquer forma de participação popular com importantes reflexos na adesão e corresponsabilização ao projeto de gestão em saúde do município. Em Catanduva, desde 1991, quando iniciou-se o processo de municipalização da saúde até o ano de 2016, não foram encontrados registros de Conferências Municipais de Saúde relatando a participação popular na elaboração do PMS. Esse importante fato com forte influência cultural, instituído ao longo dos anos acabou por se refletir no esvaziamento dos Conselhos Locais de Saúde, sobretudo, influenciando fortemente na fragilidade do controle social no município de Catanduva. Nesse contexto, diante da necessidade de elaborar o Plano Municipal de Saúde, aliado à vontade política e institucional de resgatar a participação popular no processo de planejamento em saúde, vislumbrou-se a oportunidade de discutir a implementação de estratégias e ações para incentivo e estímulo da população sobre as questões de saúde no município.

### Objetivos

O objetivo do presente trabalho foi relatar a experiência do processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde de Catanduva com foco na participação popular.

### Metodologia

A partir do diagnóstico situacional do município de Catanduva, composto por dados demográficos, epidemiológicos, sociais, econômicos e assistenciais, a Secretaria Municipal de Saúde,

em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde, identificou as principais necessidades de saúde do município, as quais foram traduzidas em grandes Diretrizes para realização da Conferência Municipal de Saúde. Para tanto, se fez necessário aproveitar o momento para resgatar o interesse popular ante as questões de saúde, iniciando um novo modo de planejar e fazer gestão, com transparência, responsabilidade e participação popular. Nesse sentido, a estratégia escolhida foi a realização de rodas de conversa, anterior à realização da Conferência Municipal, nos espaços em que a população estava presente, ou seja, serviços de saúde, equipamentos sociais, escolas, entre outros identificados pela própria equipe de atenção básica do território (ESF e NASF). A roda de conversa foi coordenada pela equipe de saúde da unidade, com a participação dos usuários e representantes da gestão. Para nortear a discussão foi elaborado o documento síntese, com dados adquiridos a partir do diagnóstico situacional do município e da própria unidade de saúde. A cada roda de conversa era discutida a importância da participação popular na gestão do SUS e divulgados os cronogramas e espaços para tal prática, como as Conferências Municipais de Saúde, Conselhos Locais e Conselho Municipal de Saúde. Na sequência, era apresentada as diretrizes da Conferência e, mediante a discussão, eram elaborada as propostas. Esse processo aconteceu no território de abrangência das 24 Unidades Básicas de Saúde do município de Catanduva, durante o período de 60 dias.

### Resultados

No decorrer do processo foram realizadas 24 rodas de conversa com mais de 300 participantes e 240 propostas encaminhadas para a Conferência Municipal de Saúde. Podemos observar que as rodas de conversa proporcionaram

aos participantes o reconhecimento e a apropriação da situação de saúde do município, sobretudo, das unidades de saúde do seu território, aquisição de informações sobre os instrumentos de gestão e planejamento e a importância da participação popular. Da mesma forma, notamos maior aproximação entre profissionais, usuários e gestores, com forte impacto na participação dos Conselhos Locais. A Conferência Municipal de Saúde foi realizada com grande número de participantes e possibilitou a discussão de propostas que nortearam a elaboração do Plano Municipal de Saúde. Nesse sentido, uma das propostas de maior relevância, evidenciando a efetividade dessa estratégia, foi a aprovação da proposta apresentada pelo segmento dos usuários e aprovada por unanimidade em relação à reformulação da Lei que dispõe sobre a competência, composição e organização do Conselho Municipal de Saúde de Catanduva. A referida proposta recomenda maior rotatividade dos conselheiros, aumento do número de vagas para o segmento de usuários com pré-requisito de ser membro ativo do Conselho local e obrigatoriedade de realização de Conferência Municipal de Saúde, no mínimo a cada dois anos, com o objetivo de discutir a situação de saúde e elaborar o PMS. Nesse contexto, a proposta foi inserida no Plano Municipal de Saúde e encaminhada para o Poder Executivo, sendo posteriormente solicitada alteração da Lei de acordo com a proposta apresentada e aprovada na Conferência Municipal de Saúde. Na data de 27 de fevereiro de

2018, na 40ª Reunião Extraordinária, o Projeto de Lei Municipal 4/2018 foi aprovado pela Câmara Municipal de Catanduva.

### Considerações finais

O estímulo à participação de usuários e entidades da sociedade civil no processo de planejamento em saúde, à luz de suas necessidades individuais e coletivas, é imprescindível para a transformação das condições de saúde e vida da população e efetivação dos princípios da integralidade. A forma como operacionalizamos os instrumentos de planejamento pode ou não ser um fator de incentivo à participação popular, à medida que utilizamos metodologias e estratégias dinâmicas que facilite e estimule, ao mesmo tempo, a participação ativa dos usuários, fazendo com que o mesmo sintam-se como parte importante do processo. Planejar coletivamente é possível, basta que os instrumentos não sejam meramente burocráticos e façam sentido, tornando-os aptos e próximos à realidade e ao contexto de vida das pessoas.

### Referências

1. BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011; 29 jun.

# Experiência de estruturação da assistência farmacêutica na atenção básica municipal

## Experience in the structuring of pharmaceutical assistance in municipal primary care

Ednai Soares de Azevedo<sup>I</sup>, Elia Ramos<sup>II</sup>, Joice Vieira da Costa<sup>III</sup>, Maria Helena Haux Nogueira<sup>IV</sup>,  
Mayara Serafim Fernandes<sup>V</sup>, Nívea Alves Barbosa<sup>VI</sup>

### Resumo

A gestão de medicamentos para a rede pública de saúde tem sido um desafio aos governos. Uma série de ações para promoção do acesso aos medicamentos têm sido implementadas, pelo entendimento do medicamento como importante instrumento para a saúde no processo de cuidado, entretanto, a ineficiência de controle da execução da Assistência Farmacêutica (AF) e falta de mecanismos efetivos, impedem apuração das reais necessidades que refletem a demanda da rede pública de saúde. O presente trabalho traz um relato de experiência da estruturação da AF entre 2012 e 2017, utilização dos recursos do QUALIFAR-SUS e implantação do sistema Hórus do município de Santa Isabel, São Paulo, demonstrando as vantagens e as dificuldades enfrentadas. Regulamentação da AF municipal, estabelecimento da REMUME, economia estimada de 15% em investimento em medicamentos, melhor controle de estoque, programação e dispensação de medicamentos e insumos entre outros benefícios foram alcançados demonstrando que tal força de trabalho e capacidade técnica não devem ser subutilizadas tendo em vista a distância entre a demanda e a oferta de serviços de saúde na rede pública e que pode-se contar com enorme auxílio para equacionar os problemas vivenciados pelo SUS além da contribuição na transformação da realidade da saúde pública.

**Palavras-chave:** assistência farmacêutica, atenção básica à saúde.

### Abstract

The management of medicines for the public health network has been a challenge for governments. A series of actions to promote access to medicines have been implemented by the understanding of the drug as an important tool for health in the care process, however, the control of inefficiency of the implementation of the pharmaceutical assistance (PA) and lack of effective mechanisms, impede the calculation of the real needs that reflect the demand of the public health network. The present work brings an experience profile of the structure of PA between 2012 and 2017, using the resources of QUALIFAR-SUS and implementation of the Horus system of the municipality of Santa Isabel, São Paulo, demonstrating the advantages and difficulties faced. Regulation of municipal PA, establishment of REMUME, estimated savings of 15% in investment in medicines, better inventory control, scheduling and delivery of medications and supplies among other benefits were achieved demonstrating that such a workforce and technical capacity should not be underutilized considering the distance between the demand and the offer of health services in the public network and that one can count on enormous help to equate the problems experienced by the SUS besides the contribution in the transformation of the public health reality.

**Keywords:** pharmaceutical assistance, basic health care.

<sup>I</sup> Ednai Soares de Azevedo (nai.soares@hotmail.com) especialista em Análises Clínicas e graduada em farmácia e bioquímica pela Universidade Federal de Juiz de Fora Minas Gerais. Atualmente é farmacêutica junto à Secretaria Municipal de Santa Isabel, SP

<sup>II</sup> Elia Ramos (eliaramos7@gmail.com) graduada em farmácia industrial pela Universidade de Mogi das Cruzes. Atualmente farmacêutica na Atenção Básica no município de Santa Isabel, SP

<sup>III</sup> Joice Vieira da Costa (joievic@hotmail.com) especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal de Santa Catarina e graduada em Farmácia pela Universidade Braz Cubas de Mogi das Cruzes. Atualmente é farmacêutica na Atenção Básica no município de Santa Isabel, SP

<sup>IV</sup> Maria Helena Haux Nogueira (m.helenanogueira@hotmail.com) especia-

lista em Gestão Pública em Saúde pela Universidade Federal de São João Del Rei e graduada em Farmácia e Bioquímica pela Universidade de Mogi das Cruzes. Atualmente é farmacêutica responsável técnica pela CAPS II no município de Jacaré e na Atenção Básica no município de Santa Isabel, SP

<sup>V</sup> Mayara Serafim Fernandes (myserafimfernandes@gmail.com) graduada em farmácia e bioquímica pela Universidade Nove de Julho. Atualmente farmacêutica na Atenção Básica no município de Santa Isabel, SP

<sup>VI</sup> Nívea Alves Barbosa (niveaab7@gmail.com) mestranda em Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal de Santa Catarina, graduada em farmácia e bioquímica pela Universidade de Guarulhos. Atualmente farmacêutica na Central de Abastecimento Farmacêutico municipal de Santa Isabel, SP

## Introdução

A Assistência Farmacêutica (AF) obteve importantes avanços, tanto com a Política Nacional de Medicamentos (PNM), em 1998, quanto com a Política Nacional da Assistência Farmacêutica (PNAF), em 2004.<sup>2, 5</sup> A AF tornou-se parte integrante do processo de cuidado aos pacientes, com ações voltadas para a promoção, prevenção e recuperação de saúde.<sup>3</sup> Os municípios passaram a ser os principais responsáveis pela aquisição dos produtos da AF, o que demanda conhecimento, organização e gestão política.<sup>1</sup>

O Ministério da Saúde, considerando a necessidade de promover o aperfeiçoamento da AF e auxiliar na qualificação do atendimento prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolveu, em 2009, o HÓRUS – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica, instrumento tecnológico, distribuído gratuitamente aos municípios, e promoveu o QUALIFAR-SUS – Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica para contribuir no processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da AF nas ações e serviços de saúde, visando à atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada.<sup>4, 6</sup>

A gestão de medicamentos para a rede pública de saúde tem sido um desafio aos governos. Uma série de ações para promoção do acesso aos medicamentos têm sido implementadas, pelo entendimento do medicamento como importante instrumento para a saúde no processo de cuidado, entretanto, a ineficiência de controle da execução da AF e a falta de mecanismos efetivos impedem apuração das reais necessidades que se refletem na demanda da rede pública de saúde.<sup>9, 11</sup>

As desigualdades sociais e econômicas somadas à gestão ineficiente de recursos

financeiros, à prescrição e à utilização não racional dos medicamentos ainda determinam restrições ao acesso, comprometendo a saúde da população.<sup>11</sup>

Por outro lado, em locais onde a falta de medicamentos é inconstante ou reduzida, o acompanhamento do uso do medicamento pode não ser uma prática no serviço, uma vez que não há presença do profissional farmacêutico em todas as farmácias do SUS. Assim, a questão de acesso não é um problema, mas talvez seja o excesso do acesso.<sup>9</sup> Há de se considerar a ocorrência de intoxicações medicamentosas, os riscos quanto ao uso incorreto de medicamentos, a ocorrência de reações adversas e, conseqüentemente, aumento de insucesso terapêutico, são os chamados Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs).<sup>8, 10</sup>

Diante das perspectivas do aumento de investimento público em aquisições de medicamentos e a crescente demanda de processos judiciais para o fornecimento de medicamentos, que já vêm sendo considerada uma ameaça à sustentabilidade do SUS, torna-se cada vez mais imprescindível otimizar a gestão dos recursos financeiros na AF.<sup>10, 11</sup>

## Justificativa

O município de Santa Isabel, localizado na Região do Alto Tietê de São Paulo, abriga 56.014 habitantes, de acordo com o censo 2017. Possui um Centro de Especialidades (CS), duas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), seis unidades Estratégia Saúde da Família (ESFs), duas unidades Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACs) com farmácias comunitárias e uma Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF). Tem se empenhado na estruturação

dos serviços da AF na Atenção Básica, como estratégia para evitar os PRMs, contribuir para racionalizar o uso de medicamentos, padronizar condutas terapêuticas, melhorar a gestão dos recursos financeiros empregados e evitar perdas desnecessárias.

### Objetivos

O presente trabalho traz um relato de experiência da estruturação da AF, utilização dos recursos do QUALIFAR-SUS e implantação do sistema Hórus do município de Santa Isabel, demonstrando as vantagens e as dificuldades enfrentadas.

### Metodologia

Ordem cronológica	
<b>2012</b>	Município inscrito no programa QUALIFAR-SUS.
<b>2013</b>	Contratações de profissionais para assistência farmacêutica, 6 farmacêuticos e 2 técnicos em farmácia.
<b>2014</b>	Estruturação da CAF e da farmácia do Centro de Especialidade com computadores e conectividade; Capacitação da equipe e implantação do sistema Hórus na CAF; Estabelecida a Comissão de Farmacoterapia pela Portaria Municipal 13.724, de 19 de maio; Implantada a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) pela Portaria Municipal 14.163, de 14 de novembro.
<b>2015</b>	Cadastro dos usuários (pacientes da Saúde Mental) no sistema Hórus. Implantação da dispensação de medicamentos psicotrópicos via sistema Hórus na farmácia do Centro de Especialidades. Implantação de computadores e conectividade em mais cinco Unidades de Saúde. Aquisição de bins para armazenamento de medicamentos e termohigrômetro para as farmácias.
<b>2016</b>	Publicação do Decreto Municipal 5.344, de 28 de março, com a normatização da prescrição e dispensação de medicamentos no âmbito das unidades pertencentes ao SUS sob a gestão municipal. Início do processo de reconhecimento junto ao órgão sanitário fiscalizador, Vigilância Sanitária Estadual (VISA), do uso do sistema Hórus como controle exclusivo dos medicamentos da Portaria 344/98 em substituição aos Livros de Registro Específicos. Iniciativa pioneira na região do Alto Tietê, assim a VISA estadual propôs uso concomitante do sistema Hórus com os Livros de Registro Específico por seis meses, com vistorias mensais dos lançamentos de movimento de estoque nos livros convencionais em comparação com o livro gerado pelo sistema Hórus, atestando a compatibilidade dos registros. Ao final desse período, por meio de um requerimento da Secretaria Municipal de Santa Isabel, foi publicada, pela VISA Estadual, no Diário Oficial da União, a autorização de utilização do sistema, como objeto de substituição aos Livros de Registro Específico.
<b>2017</b>	Instalação de balcão com 3 guichês para atendimento na farmácia do Centro de Especialidades. Foi estabelecida a contratação contínua de estagiários para a AF.

### Resultados

A estruturação da AF inicialmente colaborou com a organização e normatização no âmbito municipal. Por meio do estabelecimento da REMUME foi possível nortear os investimentos em medicamentos. Os recursos do QUALIFAR-SUS foram proveitosos e oportunos. A implantação do

sistema Hórus, ainda que somente na CAF e parcialmente na farmácia do Centro de Especialidades, trouxe resultados favoráveis para a Atenção Básica. Foram eles:

- melhor controle de estoque para a programação de medicamentos;

- melhor controle da dispensação dos medicamentos psicotrópicos, pois o sistema informa a última retirada do usuário e a data para a próxima retirada, inviabilizando o atendimento mesmo que o paciente apresente nova receita médica com medicamentos que já tenham sido atendidos;
- redução do consumo de medicamentos;
- redução de medicamentos vencidos;
- redução de devoluções de medicamentos psicotrópicos pela população e de medicamentos estocados nas residências de pacientes que fazem uso contínuo de medicamentos psicotrópicos;
- otimização do tempo dos profissionais farmacêuticos que precisavam realizar escrituração manual dos movimentos de estoque de medicamentos psicotrópicos nos Livros de Registro Específicos;
- priorização do atendimento aos munícipes devido à apresentação do cartão SUS;
- identificação em tempo real do estoque disponível;
- melhor rastreabilidade dos produtos distribuídos e dispensados;
- controle e monitoramento dos recursos financeiros investidos na aquisição e distribuição dos medicamentos controlados;
- geração dos livros de medicamentos sujeitos a controle especial - Portaria 344/98;
- identificação da demanda de atendimento e da origem das prescrições;
- contribuição com a formação da Base Nacional de dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica no SUS.

O Sistema Hórus foi implantado para dispensação de medicamentos psicotrópicos na farmácia do Centro de Especialidades em março de 2015 e descontinuado após outubro do mesmo ano. Foi reimplantado em julho de 2016 e em uso até o momento. Segue demonstrativo econômico comparando o consumo de medicamentos psicotrópicos com e sem o uso do sistema Hórus para dispensação aos usuários.

#### Comparativo econômico de consumo de medicamentos psicotrópicos com implantação hórus na dispensação.

Primeiro momento: implantação hórus na dispensação em 2015

período	consumo médio mensal	observações
abril 2014 a fevereiro 2015	R\$ 14.351,73	sem o hórus na dispensação
março a outubro 2015	R\$ 12.111,67	após implantação do hórus
diferença ao mês	R\$ 2.240,06	15,6% de economia
economia no período:	R\$ 17.920,48	em 8 meses

Segundo momento: reimplantação em 2016

janeiro a junho 2016	R\$ 13.377,72	sem o hórus na dispensação
julho a dezembro 2016	R\$ 11.405,24	após reimplantação do hórus
diferença ao mês	R\$ 1.972,48	14,8% de economia
economia no período	R\$ 13.807,36	em 7 meses

Projeção econômica

média de economia 15%	R\$ 25.275,24 / ano
-----------------------	---------------------

Consumo médio mensal em 2017: R\$ 11.979,14

### Considerações finais

Os benefícios referentes à implantação do sistema Hórus foram facilmente percebidos no município de Santa Isabel, tendo em vista que todo o controle até então eram realizados por fichas de prateleiras, tabelas do Excel e Livros de Registros Específicos. Entretanto, algumas dificuldades foram identificadas durante e após implantação e também foram verificadas em outros municípios conforme publicações encontradas.<sup>8, 9, 10, 11</sup>

- O sistema Hórus é utilizado em plataforma *on-line*, o que dificulta sua implantação em locais com dificuldades relacionadas à conectividade. Para esses casos poderia haver a possibilidade de uso do Hórus em plataforma *off-line*, com a possibilidade de atualização em lote de dados ao banco de dados central.
- Definição de padrões de informação como a fonte de financiamento no momento da entrada de notas fiscais no módulo do Almoxarifado, também a informação quanto à origem da receita medica no módulo da dispensação ao paciente.
- Estabelecer termo de responsabilidade para uso do sistema Hórus quando o usuário recebe *login* e senha e/ ou na renovação da senha.
- Impossibilitar que um usuário utilize *login* e senha em mais de um computador.
- Possibilitar que o módulo Almoxarifado tenha acesso aos relatórios de estoque das unidades.
- Em relatórios que envolvam o Consumo Médio Mensal, desconsiderar o tempo de desabastecimento para não interferir na média de consumo.
- Possibilitar o uso de *QR CODE* e /ou código de barras EAN para tornar mais ágil a movimentação de estoque e diminuir erros de lançamento.

- Frequentemente o sistema apresenta lentidão no tempo de processamento das informações enviadas, o que colabora com a morosidade no atendimento.

A economia aproximada de R\$ 25.275,18 /ano obtida pela implantação do sistema Hórus para dispensação de 23 apresentações de medicamentos psicotrópicos nos leva a estimar que a ampliação da implantação abrangendo as demais farmácias das unidades de saúde e as 183 apresentações de medicamentos padronizados na REMUME poderiam alcançar economia de aproximadamente R\$ 200.000,00 /ano, o que é bastante representativo para a realidade do nosso município. Assim, temos buscado alternativas para dirimir as seguintes dificuldades:

- a) locais com dificuldades de conectividade;
- b) falta de recursos humanos para atuação exclusiva nas farmácias das unidades de saúde durante o período de atendimento da unidade;
- c) espaço físico destinado às farmácias da maioria das unidades de saúde, insuficiente para maquinários e espera do paciente para ser atendido, considerando que o atendimento torna-se mais lento com o uso do sistema.

A experiência do município de Santa Isabel nas ações de estruturação dos serviços da AF demonstra que tal força de trabalho e capacidade técnica não devem ser subutilizadas, tendo em vista a distância entre a demanda e a oferta de serviços de saúde na rede pública, e pode-se contar com enorme auxílio para equacionar os problemas vivenciados pelo SUS, além da contribuição na transformação da realidade da saúde pública.<sup>7</sup>

## Referências

1. Barbosa, M.M.; et al. Avaliação da infraestrutura da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. *Ciênc. Saúde coletiva* [on-line]. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002802475&script=sci\\_abstract&lng=PT](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002802475&script=sci_abstract&lng=PT)
2. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
3. Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.
4. Brasil. Portaria GM/MS nº 1.214, de 13 de junho de 2012, institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
5. Brasil. Portaria GM/MS nº 3.916, de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2014.
7. CFF.; Conselho Federal de Farmácia: Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS. Brasília, 2016.
8. Costa, K.S.; Nascimento, J.M. HÓRUS: Inovação tecnológica na Assistência Farmacêutica no Sistema Único da Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 18, dez. 2012.
9. Dias, K.E.; A implantação do HÓRUS nas farmácias do SUS: uma proposta de ações para auxiliar esse processo. Biblioteca de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013.
10. Ramos, K.M.; Análise da Implantação do Sistema Hórus nos municípios do Estado do Rio Grande do Sul. UFRS. Porto Alegre, 2015. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/130259/000974613.pdf?sequence=1>
11. Tierling, V.L.; Implantação do HÓRUS nos municípios: contribuições para o monitoramento. Biblioteca de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013.

# Confecção de órteses para membros superiores no município de Rio Claro/SP

*Preparation of orthoses for upper limbs in Rio Claro, municipality of São Paulo*

*Renata Fontanetti Araujo<sup>1</sup>, Juliene Patrícia Antonio<sup>II</sup>*

## Resumo

A confecção gratuita de órteses para membros superiores com materiais de alta qualidade para crianças e adolescentes atendidos na rede pública de saúde, no CHI-“PV”, realizada a partir da avaliação e prescrição da terapeuta, proporcionou maior conforto, estética e praticidade, além de permitir maior agilidade na indicação, visto que o tempo médio de espera entre a indicação e a confecção das órteses foi reduzido para 20 dias, influenciando positivamente na adesão a essa tecnologia e, conseqüentemente, na evolução dos tratamentos.

*Palavras-chave:* SUS, reabilitação, terapia ocupacional.

## Abstract

The custom-made upper limbs orthoses using high-quality materials, provided of charge for children and teenagers attended by the public system at CHI PV, based on the evaluation and prescription of the therapist, resulted in greater comfort, aesthetics and convenience. Besides, it allowed quicker and easier indications, since the average waiting time between the indication and the orthoses development was reduced to 20 days, generating a positive impact in the accession to this technology and, consequently, to the evolution of the treatments.

*Keywords:* SUS, rehabilitation, occupational therapy.

## Introdução e justificativa

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência define o trabalho da reabilitação como o desenvolvimento ou ampliação da capacidade funcional e desempenho dos indivíduos, buscando a autonomia, independência, qualidade

de vida e inclusão social. Para ser efetivo, esse trabalho deve ser realizado através da avaliação e atuação de uma equipe interdisciplinar, além de garantir o acesso à tecnologia assistiva, tecnologias de reabilitação, materiais e equipamentos adequados, de acordo com as necessidades individuais.<sup>1, 2, 3</sup>

Entre os recursos de Tecnologia Assistiva disponíveis, destacam-se as Órteses, Próteses e Meios auxiliares de locomoção (OPM).

As órteses são dispositivos utilizados para suportar, imobilizar, posicionar ou proteger determinada parte do corpo que necessite de reabilitação, assim como auxiliar na prevenção e/ou correção de deformidades e na melhora da função

<sup>1</sup> Renata Fontanetti Araujo (renata\_mao@yahoo.com.br) é terapeuta ocupacional, especialista em terapia ocupacional na reabilitação do aparelho locomotor e terapia da mão pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e terapeuta ocupacional responsável pela confecção de órteses no Centro de Habilitação Infantil “Princesa Victoria” da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro/SP

<sup>II</sup> Juliene Patrícia Antonio (julieneroger@hotmail.com) é assistente social, especialista em Gestão em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz, em Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em Gestão Social, Políticas Públicas, Redes e Defesa de Direitos, pela Universidade Anhanguera-Uniderp e MBA em Administração Hospitalar pela Universidade Anhanguera-Uniderp, Chefe de Núcleo do Centro de Habilitação Infantil “Princesa Victoria” da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro/SP

dos segmentos comprometidos. Sua indicação e utilização são de grande importância na reabilitação, uma vez que podem levar à melhor evolução do paciente e evitar procedimentos mais caros e invasivos como as cirurgias.

Podem ser confeccionadas em materiais rígidos, como o termoplástico de baixa temperatura, ou flexíveis, como o neoprene. A escolha do modelo e do tipo do material a ser utilizado depende do objetivo a ser alcançado e das características individuais de cada paciente.

### **Caracterização do município**

Segundo dados da Embrapa e do IBGE, Rio Claro é um município brasileiro localizado no interior do Estado de São Paulo na Região Centro-Leste do Estado, na microrregião homônima e na mesorregião de Piracicaba, a 173 quilômetros da capital São Paulo. Possui população em torno de 186.253 pessoas, segundo o Censo de 2010, ocupa uma área total de 498,422 quilômetros quadrados, sendo 28,35 quilômetros quadrados sua área urbanizada, e está inscrito na área de abrangência do Departamento Regional de Saúde de Piracicaba (DRS X).<sup>4, 5</sup>

O Centro de Habilitação Infantil “Princesa Victoria” (CHI-PV) é um serviço de saúde municipal especializado na habilitação e reabilitação de crianças e adolescentes com deficiência física, auditiva, visual, múltiplas deficiências, transtorno do espectro do autismo e bebês de risco, na faixa etária de 0 a 18 anos, residentes em Rio Claro e região, e é mantido pela Fundação/ Secretaria Municipal de Saúde - Prefeitura Municipal de Rio Claro/SP. Atualmente são atendidos 1.354 usuários, entre bebês, crianças e adolescentes, e integra equipe de saúde formada por 50 profissionais: pediatra, ortopedista, fisiatra, neuropediatra, psiquiatra, dentista, enfermeira, técnicas de enfermagem, assistente social, terapeutas ocupacionais,

psicólogas, fonoaudiólogas, fisioterapeutas, pedagogas, educadora física, auxiliar de saúde bucal, assistentes de gestão municipal, recepcionistas, cozinheiras, motoristas, auxiliares de limpeza.

No setor de terapia ocupacional as intervenções não se limitam apenas em melhorar as funções e estruturas do corpo, mas também na habilitação ou reabilitação do indivíduo para o desempenho satisfatório das atividades de vida diária, trabalho e lazer, melhorando a qualidade na sua realização e promovendo maior independência e autonomia. Para atingir esses objetivos são realizadas atividades terapêuticas e recursos de tecnologia assistiva, como é o caso das órteses.

O termoplástico, neoprene, velcros e acessórios necessários para a confecção de órteses termomoldáveis para membros superiores eram financiados, em quantidade limitada, pela Associação de Pais e Amigos do Centro de Habilitação Infantil “Princesa Victoria” (APACHI-PV) até o ano de 2015, quando passou a ser totalmente fornecido através do SUS.

### **Objetivo**

Oferecer gratuitamente a avaliação, prescrição, desenvolvimento e confecção de órteses para membros superiores, confeccionadas sob medida em material termomoldável (termoplástico ezeform) ou neoprene, para crianças e adolescentes atendidos na rede pública de saúde, no CHI-“PV”, visando à efetividade nas condutas terapêuticas, implementando o projeto terapêutico singular e proporcionando melhoria da qualidade de vida dos usuários.

### **Metodologia**

A avaliação é feita pela terapeuta ocupacional e ocorre mediante solicitação do terapeuta

responsável ou médico do CHI-PV. Na avaliação a terapeuta define qual a necessidade da criança, baseada na avaliação funcional do membro acometido, na patologia e na presença ou não de deformidades ou alterações de postura e tônus muscular, levando em conta as demandas colocadas pelos profissionais que acompanham a criança e pela família.

A partir da avaliação, a terapeuta escolhe o material e desenvolve o modelo de órtese a ser prescrito de acordo com a necessidade de cada criança para, em seguida, confeccionar, adaptar e realizar as orientações quanto ao uso da mesma.

Após a confecção os pacientes são então monitorados pela equipe e, caso não haja adaptação ao uso das órteses ou causem desconforto, o paciente ou terapeuta podem solicitar a qualquer momento um novo agendamento, onde as mesmas são reavaliadas e readequadas de acordo com a evolução do quadro.

### Resultados

O tempo médio de espera entre a indicação e confecção das órteses foi reduzido para 20 dias, possibilitando uma rápida intervenção de acordo com a demanda de cada profissional.

A possibilidade de confecção de órteses com materiais de alta qualidade, proporcionando conforto, estética e praticidade, da remodelagem e readaptação das mesmas dentro do serviço, permitiu maior agilidade e praticidade na indicação, além de uma adequação de fácil acesso e eficiente sempre que necessária, influenciando positivamente na adesão a esta tecnologia e, conseqüentemente, na evolução dos tratamentos.

### Considerações finais

As órteses, quando utilizadas como um adjuvante ao processo de reabilitação, constituem um

recurso de fundamental importância na reabilitação das disfunções físicas, auxiliando em uma recuperação mais rápida, segura e eficaz e/ou levando a uma melhora da função manual.

A confecção de órteses para membros superiores no próprio serviço possibilitou um trabalho de reabilitação mais efetivo, além de garantir o acesso de maneira rápida e gratuita a essa tecnologia a todos os pacientes atendidos pelo serviço, indo de encontro com as prerrogativas do SUS de garantia de acesso do usuário à atenção à saúde em tempo adequado, prioritariamente no serviço mais próximo de sua residência.

### Referências

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil), Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html) – Consulta realizada em 20 de junho de 2018.
2. BRASIL, Lei nº 13.146 de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/13146.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/13146.html) – Consulta realizada em 20 de junho de 2018.
3. BRASIL. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008; Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4ª Ed., rev. e atual. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2010. 100p.
4. Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária – EMBRAPA - [acesso em 18 de junho de 2018]. Disponível em: <http://www.urbanizacao.cnpem.embrapa.br/conteudo/base.html>
5. Instituto Brasileiro de Geografia – IBGE - [acesso em 18 de junho de 2018]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/rio-claro>

# Estratégias para redução da mortalidade infantil: relato de experiência

## Strategies to reduce infant mortality: report of experience

Gislaine Pinn Gil<sup>I</sup>, Dalvane Cristina de Moraes Oliveira<sup>II</sup>, Karen Grube Lopez<sup>III</sup>  
Kely Keyko<sup>IV</sup>, Regina Célia César<sup>V</sup>

### Resumo

Historicamente, o município de Itapeva/SP sempre apresentou índices elevados de mortalidade infantil, sendo que, de 2010 a 2016, as taxas variaram de 15 a 23,3. Em 2017, reduziu significativamente a sua taxa, alcançando o valor nunca antes registrado de 8 óbitos por mil nascidos vivos. Trata-se de um relato de experiência com o objetivo de descrever as estratégias municipais implantadas para redução da mortalidade infantil. Entre as estratégias implantadas destacou-se a ficha de acompanhamento do pré-natal, a atualização do protocolo assistencial com introdução de exames e novas rotinas, capacitação da equipe multidisciplinar, fortalecimento da visita domiciliar, sensibilização contínua diante da responsabilidade individual e coletiva da equipe e implantação da Semana do Bebê, “Projeto Maternagem” e “Projeto Viver”. O desafio agora é manter as equipes motivadas, atualizadas e monitoradas, a fim de conservarmos esse indicador em valores menores do que um dígito.

**Palavras-chave:** mortalidade infantil, estratégias, enfermagem.

### Abstract

Historically, the municipality of Itapeva/SP has always had high rates of infant mortality, and from 2010 to 2016 rates ranged from 15.0 to 23.3. In 2017, it significantly reduced its rate, reaching a never before recorded value of 8 deaths per thousand live births. This is an experience report with the purpose of describing the municipal strategies implemented to reduce infant mortality. Among the strategies implemented stood out the prenatal follow-up form, the update of the care protocol with the introduction of exams and new routines, training of the multidisciplinary team, strengthening of the home visit, continuous awareness of individual and collective responsibility of the team and implantation of “Baby Week”, “Maternity Project” and “Live Project”. The challenge now is to keep the teams motivated, updated and monitored, so we can keep that indicator at less than one digit.

**Keywords:** infant mortality, strategies, nursing.

<sup>I</sup> Gislaine Pinn Gil (laineppinn@gmail.com) é Enfermeira. Mestre em Ciências e especialista em Gerenciamento em Serviços de Enfermagem. Diretora do Departamento da Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Itapeva/SP.

<sup>II</sup> Dalvane Cristina de Moraes Oliveira (dal-morais@hotmail.com) é Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Chefe de Controle e Monitoramento dos Serviços e Ações de Unidade Primária de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Itapeva/SP.

<sup>III</sup> Karen Grube Lopez (kagrube@hotmail.com) é Enfermeira. Especialista em Saúde da Família, Gestão em Enfermagem e Terapia Intensiva. Responsável pelo Serviço de Assistência Especializada em Moléstias Infectocontagiosas.

<sup>IV</sup> Kely Keyko (kely\_keiko@yahoo.com.br) é Enfermeira. Especialista em Saúde Pública, Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. Chefe de Divisão de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Itapeva/SP.

<sup>V</sup> Regina Célia César (reginaccesar@hotmail.com) é Enfermeira. Especialista em Obstetrícia e Saúde da Família. Responsável do Centro Materno Infantil.

### Introdução

A taxa de mortalidade infantil (TMI) fornece uma estimativa do risco de morrer a que essa população está exposta no primeiro ano de vida, sendo um sensível indicador de condições de vida e saúde. A grande maioria das mortes nessa faixa etária é evitável, estando relacionadas principalmente às condições de vida, da gestação, do parto e integralidade da criança<sup>1</sup>.

A mortalidade infantil (MI) sofre influência direta das condições socioeconômicas e se reflete na efetividade de intervenções governamentais no âmbito da saúde pública. Nestas condições, a análise de suas variações geográficas e temporais pode subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas à saúde infantil, representando importante instrumento de acompanhamento da qualidade dos serviços de saúde<sup>2</sup>.

A redução da mortalidade infantil fez parte dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, compromisso dos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) para que, com a globalização, o mundo se torne mais inclusivo e equitativo. Para atingir a meta, o Brasil deveria apresentar uma taxa de mortalidade infantil inferior a 15,7 óbitos por mil nascidos vivos ao fim de 2015. Isso equivale a uma redução de dois terços em relação às taxas de 1990<sup>3</sup>. Em 1980, a taxa era de 78,5 óbitos por mil nascidos vivos; em 2015,

de 12,4, demonstrando que o país acompanhou uma tendência global de queda da MI influenciada pelos diversos investimentos na área socioeducacional, de saneamento e de saúde<sup>4</sup>.

O Estado de São Paulo, entre 2010 e 2016, ficou abaixo da média nacional, com taxas de MI variando de 10,8 a 11,8<sup>5</sup>. Nesse mesmo período, Itapeva oscilou entre 15,0 a 23,3, chegando a apresentar taxas correspondentes ao dobro da média do Estado.

No ano de 2016, apenas 27% dos municípios paulistas obtiveram uma taxa de mortalidade infantil superior a 14 óbitos por mil nascidos vivos<sup>6</sup>, entre eles, o município de Itapeva (20,9).

Historicamente, o município sempre apresentou índices elevados de TMI. No entanto, em 2017, atingiu-se um valor nunca antes registrado de oito óbitos por mil nascidos vivos (Tabela 1).

O presente trabalho tem por objetivo descrever as estratégias implantadas pelo município que ocasionaram a redução da mortalidade infantil.

**Tabela 1 – Histórico da taxa de mortalidade infantil do município de Itapeva/SP, de 2010 a 2017.**

Ano	DNV* Itapeva	Natimorto	Mortalidade Infantil			Total	Taxa de Mortalidade Infantil
			Neonatal		Pós-neonatal		
			Precoce 0 – 6 dias	Tardia 7 – 27 dias	28 dias – < 1 ano	Óbitos 0 – < 1 ano	
2010	1.385	13	11	5	10	26	18,7
2011	1.386	15	15	3	10	28	20,2
2012	1.397	12	13	4	4	21	15,0
2013	1.416	11	15	5	12	33	23,3
2014	1.449	8	12	5	6	22	15,1
2015	1.505	6	19	5	6	29	19,2
2016	1.432	7	15	7	8	30	20,9
2017	1.373	6	4	4	3	11	8,0

\* Declaração de Nascido Vivo.

Fonte: SIM/SINASC

## Metodologia

A produção deste artigo se deu a partir das experiências vivenciadas para a implantação de estratégias de combate à mortalidade infantil no município de Itapeva. O município situa-se na região sudoeste do Estado de São Paulo, a 270 quilômetros da capital, possuindo 93.570 habitantes, sendo a segunda maior cidade do Estado em dimensão territorial, com extensa área rural. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal em 2010 foi 0,732, enquanto o IDH do Estado de São Paulo, no mesmo período, foi de 0,853, ambos considerados altos<sup>7</sup>.

O município possui uma estrutura própria do sistema de saúde que integra 23 unidades básicas de saúde (UBS), sendo 15 Estratégias Saúde da Família (ESF), sete Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e um Centro de Saúde; um Centro Materno Infantil (referência para gestantes e crianças menores de 2 anos de alto risco); um Núcleo Ampliado da Saúde da Família – NASF I; um Serviço de Assistência Especializado em Moléstias Infectocontagiosas, um Centro de Especialidades; um Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST), uma unidade de Saúde Mental (CAPS II); uma Casa do Adolescente e uma Unidade de Pronto Atendimento - UPA24h.

Na área hospitalar, possui um único hospital, a Santa Casa de Misericórdia de Itapeva (SCMI), filantrópico, caracterizado como médio porte, referência regional para 15 municípios. Possui pronto-socorro referenciado, leitos clínicos, cirúrgicos, intensivo adulto (10 leitos) e neonatal (10 leitos), setores de hemodiálise, oncologia e maternidade de alto risco. Soma-se ainda à rede de saúde um Ambulatório Médico de Especialidades (AME), também de referência regional.

Em 1998, o município implantou o Comitê de Mortalidade Materno Infantil (CMMI), regulamentado pela Portaria nº 1.798/1998, composto

por uma equipe multidisciplinar de médicos, enfermeiros e outras áreas técnicas envolvidas com o tema, atuantes na Atenção Primária e Especializada, Vigilâncias em Saúde, Programa de IST / AIDS e Serviço Hospitalar, com a finalidade de investigar todos os óbitos maternos, infantis e fetais, visando a identificar e recomendar a correção de falhas, bem como propor e apoiar temas para a capacitação dos profissionais de saúde envolvidos na assistência à gestação, parto, puerpério, saúde da criança e da mulher.

O CMMI possui uma ficha padronizada de Investigação de Óbito, preenchida sistematicamente em todo caso de óbito materno, infantil ou natimorto. Os investigadores são enfermeiros e médicos da rede básica que realizam a investigação em 2 momentos: 1 – entrevista com a família no domicílio e observação das condições de vida; 2 – leitura e transcrição literal da assistência prestada, registrada nas fichas de atendimento e prontuários dos serviços de saúde, desde o início da gestação até o momento do óbito, compreendendo o atendimento prestado pelos serviços da atenção básica, unidades de referência e especialidades, pronto-socorros, maternidade, rede particular e conveniada, ou seja, todas as instituições de saúde que prestaram atendimento a essa gestante/criança. Em posse desses dados, durante as reuniões que ocorrem mensalmente é realizada uma apresentação do caso e a equipe do CMMI faz a reconstrução da causa básica do óbito, identifica as fragilidades ocorridas durante o processo que levou ao óbito, discutindo a evitabilidade e encaminhando as recomendações para o gestor.

A partir das necessidades verificadas nos casos investigados, formou-se em 2014, dentro do Comitê, um grupo técnico composto por enfermeiras atuantes na Atenção Primária e Especializada (Centro Materno Infantil), da Vigilância Epidemiológica e do SAE (Programa de IST/AIDS),

para avaliar as falhas identificadas, estabelecer prioridades de atuação, definir possíveis estratégias para resolução dos problemas, a fim de melhorar a assistência ao pré-natal e à criança e, conseqüentemente, reduzir a mortalidade.

### Resultados

As ações foram iniciadas efetivamente a partir de 2014. Primeiramente, procurou-se conhecer quais eram as principais fragilidades decorrentes dos óbitos infantis, e as investigações do CMMI identificaram as principais causas das mortes e guiaram a introdução de novos insumos e reorientação de condutas e fluxos.

A princípio, constatou-se que muitos óbitos relacionavam-se à infecções tratadas inadequadamente e controle/tratamento impróprio das hipertensões e diabetes, situações que estavam previstas e orientadas em protocolos assistenciais, porém na prática não estavam sendo cumpridas.

A partir disso, foram priorizados temas para capacitação e deu-se início a um trabalho de educação permanente, visando a fortalecer o trabalho das equipes de atenção primária à saúde e melhorar a assistência ao pré-natal.

Realizou-se o “I Ciclo de Atualização do Pré-natal” destinado a médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os temas abordados foram: a) aos médicos e enfermeiros – atualização do protocolo de pré-natal, tratamento das infecções urinárias, tratamento da hipertensão na gestação; b) aos técnicos de enfermagem e ACS – atualização do protocolo de pré-natal simplificado, importância da pré e pós-consulta de enfermagem e da visita domiciliar; c) à equipe multiprofissional: aleitamento materno.

Diante do diagnóstico de outras fragilidades no seguimento dos protocolos assistenciais,

foi desenvolvida uma ficha individual de monitoramento e acompanhamento do pré-natal com a função de orientar as rotinas e ampliar o olhar sobre a gestante (Figuras 1 e 2). Nessa ficha, as enfermeiras das unidades de saúde preenchem mensalmente todos os dados relativos ao pré-natal, incluindo perfil socioeconômico, datas das consultas e retornos, resultados de exames, tratamentos realizados, esquema vacinal, encaminhamentos, consulta odontológica, realização do pré-natal do homem, Papanicolau, exame especular, visita do ACS e educação em saúde. Posteriormente, as fichas são monitoradas por enfermeiras do grupo técnico que avaliam *in loco* se o seguimento está adequado ou não e, ao identificar inconsistências, faz-se um alerta imediato à unidade de saúde que prontamente verifica a situação. Essa estratégia é importante à medida que condutas mal ou não realizadas são precocemente identificadas e resolvidas, caracterizando-se também como educação para a equipe. Essa supervisão ocorre rotineiramente em todas as unidades de saúde, com maior frequência naquelas que apresentam maiores dificuldades. Essas fichas também são utilizadas para alimentação do Programa SISPRENATAL WEB.

Para a atualização do protocolo, foram introduzidos exames na rotina assistencial, como a coleta de Papanicolau, preferencialmente na primeira consulta de pré-natal; o teste rápido de proteinúria e disponibilização de *kit* de antibioticoterapia na própria unidade de saúde para tratamento imediato em casos de ITU em gestante. Diante dos inúmeros casos de malformações verificou-se a necessidade de ampliar de duas para três o número de ultrassonografias obstétricas realizadas de rotina para gestante de risco habitual, possibilitando o encaminhamento oportuno para o serviço de referência. Devido aos casos inconclusivos, porém, com presença de infecção neonatal verificou-se a necessidade de implantação

**Figura 1** – Ficha de acompanhamento de pré-natal (frente)

Acompanhamento de pré-natal - SISPRENATAL E MONITORAMENTO										nº Sisorenatal:					
Nome:		Idade:		Raca:		Profissão:		Risco gestacional: ( ) Alto ( ) Baixo		Data consulta no alto risco: / /					
Contato:		Cartão SUS:		Escolaridade:		Estado civil:		Motivo:							
Nome da Mãe:		Identificação da ficha obstétrica e/ nome da unidade: (S) (N)													
Gêrvias: G atual: A: PII: PC:				Mortos na 1ª semana: ( ) Sim ( ) Não											
Antecedentes clínicos: ( ) Pré-eclâmpsia ( ) Diabetes ( ) Eclâmpsia ( ) Cardiopatia				Mortos depois da 1ª sem: ( ) Sim ( ) Não											
( ) Doença mental ( ) Tromboembolismo ( ) HAS ( ) Outros				Histórico anterior: ( ) ectópica ( ) ≤2500 ( ) ≥4500 ( ) pré-eclâmpsia / eclâmpsia											
<b>Intercorrência na gestação atual:</b> (1) Trabalho de parto prematuro (2) Isoimunização Rh (3) ITU (4) Pós-datismo (5) Ruptura prematura de membranas (6) Cardiopatia (7) HIV/AIDS (8) Cigarros (9) Incontinência Istmo-Cervical (10) Pré-eclâmpsia (11) Eclâmpsia (12) Álcool (13) Diabetes gest. uso de insulina (14) Violência doméstica (15) Drogas (16) Crescimento uterino retardado (17) oligo/polidrâmo (18) HAS em uso de med (19) Hemorragia 1º trim (20) Hemorragia 2º trim (21) Hemorragia 3º trim 1ª: / / 1ª: / / 2ª: / / 2ª: / / 3ª: / / 3ª: / /															
ABO/Rh	Hb	Ht	Plaquetas	PFV	Glicemia	Toxo IgM/IgG	TOTG	Strept. B	Urina	Cultura	Proteína	VDRL	HIV	Hep C	HBSag
DUM: / /		DPP: / /		Teste rápido 1º rot. Solicitado: / / às h. Result: / / às h.		Teste rápido 2º rot. s/n Solicitado: / / às h. Result: / / às h.		TIG Solicitado: / / às h. Result: / / às h.		PNM					
Exame de prevenção: Solicitado: / / Coletado: / / Visto resultado: / /				Resultado: / /											
Estatura: / /		Peso inicial: / /		IMC: / /		IG: / /		Prof.: / /		Data consulta: / /		PA: / /		Peso: / /	
Planejadar: ( ) Sim ( ) Não		Auxílio deslucamento: ( ) Sim ( ) Não		1ª rotina		Solicitação: / / (IG: / /)		Coleta: / / (IG: / /)		Visto resu: / / (IG: / /)		2ª rotina		Solicitação: / / (IG: / /)	
Solicitação: / / (IG: / /)		Coleta: / / (IG: / /)		Entrega do resu: / / (IG: / /)		Consulta odontológica		( ) encaminhada em: / /		( ) consulta realizada: / /		( ) não, motivo: / /			
Tipo de gravidez: ( ) Única ( ) Gêmela		( ) tripla ou + ( ) ignorada		Strept. do grupo B: sol: / /		coleta: / / Resu: / /		TOTG 1ª rot. solicitado: / / coletado: / / visto resultado: / /		Resultado: jejum mg/dl 1 hora: / / 2 horas: / / mg/dl		TOTG 2ª rot. solicitado: / / coletado: / / visto resultado: / /		Resultado: jejum mg/dl 1 hora: / / 2 horas: / / mg/dl	
USG		Data solicitação		Data realização		Visto resultado		IG (s) / OBS		1ª rot		2ª rot		3ª USG	
<b>COOMBS INDIRETO</b> Solicitação: / / coleta: / / resumo: / / Resultado: / / Solicitação: / / coleta: / / resultado: / / Resultado: / / Solicitação: / / coleta: / / resultado: / / Resultado: / / Solicitação: / / coleta: / / resultado: / / Resultado: / / - Processo de Img/anti Rh D enviado para assl. farmacêutica ( ) Sim ( ) Não - Comunicado para CMI o nome do gestante: ( ) Sim ( ) Não - Aplicação imunoglobulina anti Rh em: / / *ATENÇÃO: a unidade de saúde é a responsável pelo processo de alto custo e contato com o CMI para informar o nome do gestante assim que enviar o processo para a assistência farmacêutica e posterior contato por volta da IG. 28 sem para agendamento de aplicação de imunoglobulina anti Rh D.															

de exames diagnósticos de infecção materna, sendo incluída a pesquisa de Streptococcus tipo B entre a 35ª e 37ª semana gestacional, e de vaginose bacteriana com apoio de teste de ph e amina em qualquer período do acompanhamento, sendo obrigatório realizá-los em torno da 20ª semana gravídica para garantia do exame especular.

A identificação de casos de óbitos em famílias com alta vulnerabilidade fez surgir a necessidade de fortalecer as visitas domiciliares. Além da manutenção rotineira das visitas dos ACS, implantou-se a visita domiciliar a partir da 36ª semana por, minimamente, um profissional de formação técnica da unidade de saúde para avaliação das condições de moradia e dinâmica familiar; e visita da enfermeira para todos os recém-nascidos/puérperas até o 7º dia de nascimento, independentemente do convênio utilizado (SUS ou particular), para orientações de cuidados e educação em saúde. Essa experiência aproximou

as famílias às equipes, ampliou o acesso e estimulou o vínculo entre família/profissional.

A vulnerabilidade social também foi o cerne da idealização do “Projeto Viver”. Em parceria com a Fundação Itaú Social, ele perdurou de 2015 a 2017, com o objetivo de fortalecer a rede de apoio e complementar o acompanhamento de gestantes e crianças seguindo critérios de maior risco social por meio de equipe multiprofissional formada por enfermeira, assistente social, psicóloga e técnico de enfermagem. É válido ressaltar que das 200 mulheres e seus filhos acompanhados no período, não houve nenhum caso de óbito.

A necessidade de educação em saúde desse público suscitou a implantação via lei municipal da Semana do Bebê, a ser realizada no mês de maio de cada ano, onde todas as equipes se mobilizam para realizar ações educativas, de sensibilização e motivacionais do cuidado à criança. Concomitantemente, criou-se o Projeto

Figura 2 – Ficha de acompanhamento de pré-natal (verso)

AÇÕES EDUCATIVAS - DATA / TEMA:		DATA / TEMA:	
VACINAÇÃO: Hep B ( ) 1ª dose ( ) 2ª dose ( ) 3ª dose Influenza ( ) sim ( ) não dti ( ) Ref ( ) Imune <5 anos ( ) 1ª dose ( ) 2ª dose ( ) 3ª dose DTpa ( )			
Trata completo parcial ( ) sim ( ) não VDRL reagente ( ) sim ( ) não Encaminhada alto risco ( ) sim ( ) não Notificado ( ) sim ( ) não			
VD a partir de 10 de 36a: Data: / / Horário: Profissional: Familiar presente:			
Orientações: Ass. Carimbo resp. VD:			
Visita do RN até o 7º dia no domicílio: ( ) Sim / / ( ) Não, justificar:			
Parto / Puopório: Data do parto: / / Consulta puerperal: / / Tipo de parto: ( ) Vaginal ( ) Cesáreo ( ) Forceps ( ) Aborto			
Aleitamento: ( ) Materno ( ) Artificial ( ) Misto Acompanhante durante o parto: ( ) sim ( ) não local do parto: ( ) hospital ( ) outro, _____			
Planejamento familiar: ( ) anticonceção ( ) preservativo ( ) anticoncepcional: Profissional responsável:			
OBSERVAÇÃO DO ACS			
Condições de moradia? ( ) Boa ( ) Precária Sinais de alerta? ( ) Não tem ( ) Não aceitação da gestação ( ) Falta de apoio familiar			
Saneamento básico: ( ) Sim ( ) Não Exposição a risco? ( ) Drogas ( ) Violência ( ) Social ( ) Outro _____			
Iluminação ( ) Sim ( ) Não Outros problemas: _____			
VISITA DOMICILIAR DO ACS			
Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /
Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /
Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /
Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /
OBS SINAIS DE ALERTA OBSERVADOS NA VD DO DIA / PROVIDÊNCIAS:			
OBSERVAÇÃO DO SUPERVISOR DA ATENÇÃO BÁSICA			
Data			Assinatura
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			

Maternagem, visando a nutrir as mulheres de informação, realizando ações educativas, grupo de gestantes e palestras em sala de espera de temas relacionados ao manejo e cuidado à gestante e ao RN. As ações são realizadas semanalmente em todas as unidades básicas de saúde e Centro Materno Infantil, desenvolvidas pela própria equipe multiprofissional, sob supervisão a distância da Gerência de Atenção Básica e do NASF.

A fim de promover uma reflexão sobre o processo de trabalho, autoavaliação e educação continuada aos profissionais, após os apontamentos realizados pelo CMMI a cada óbito investigado, instituiu-se uma roda de conversa com a equipe da unidade de saúde envolvida, onde são discutidos os pontos positivos e as fragilidades do acompanhamento pré-natal e pueril.

Diante dessas vivências, conclui-se que o trabalho em equipe multiprofissional concomitante

à sensibilização dia a dia ante a responsabilidade individual e da equipe no cuidado e atenção à gestante e ao menor de ano, foram de grande importância para os avanços galgados. No entanto, destacamos o papel do enfermeiro nesse cenário, tanto enquanto gerente da unidade de saúde ao conduzir e liderar sua equipe, quanto à vigilância e coordenação de todas as ações e processos realizados.

### Considerações finais

Importante destacar que a redução da mortalidade não foi imediata. Passaram-se três anos para sentirmos o reflexo nos indicadores.

O novo desafio é manter as equipes motivadas, atualizadas e monitoradas, a fim de conservarmos esse indicador em valores menores do que um dígito. Há uma conduta expectante no sentido de avaliarmos se passamos por um ano

atípico e retornaremos a apresentar taxas indesejáveis, ou se realmente tivemos êxito consistente e todas as ações implantadas estão consolidadas no processo de trabalho das equipes.

É fato que as ações municipais de promoção do cuidado seguro e qualidade da assistência à gestante, parto e criança menores de um ano de idade devem ser contínuas e sistemáticas. Além disso, tornam-se imprescindíveis também os constantes investimentos e políticas adequadas do poder público.

#### Referências

1. Fernandes CA, Vieira VCL, Scochi M.J. Mortalidade infantil e classificação de evitabilidade: pesquisando municípios da 15ª regional de saúde Paraná. [Internet]. 2013. [acesso em 2018 abr 15]. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/16537/pdf/88>.
2. RIPSAs – Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2008.
3. IPEA. Brasília: Ipea. 2010.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Informações em saúde. *Mortalidade*. [Internet]. 2015. [acesso em 2018 abr 15]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>.
5. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. [Internet]. 2018. [acesso em 2018 jun 28]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/links/matriz>.
6. Fundação SEADE. Mortalidade infantil é a menor já registrada em São Paulo. [Internet]. 2016. [acesso em 2018 abr 15]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/mortalidade-infantil-e-a-menor-ja-registrada-em-sao-paulo/>
7. IBGE. [Internet]. 2017. [acesso em 2018 jun 28]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html?t=destaques&c=3522406>

# Fortalecimento das ações de Atenção Básica e Vigilância em Saúde para implementação de linha de cuidado integral para a pessoa vítima de violência no território da Supervisão Técnica de Saúde de Ermelino Matarazzo

*Strengthening of the actions of Basic Attention and Health Surveillance to implement the comprehensive care line for the person victim of violence in the Technical Supervision of Ermelino Matarazzo*

Carolina Beltramini de Carvalho Donola<sup>I</sup>, Daniele Lupi Sapucaia<sup>II</sup>, João Gabriel Zerba Corrêa<sup>III</sup>, Rosângela de Souza Leite<sup>IV</sup>, Rosângela Menezes Herbas<sup>V</sup>, Roseclair de Oliveira Leão Mandaji<sup>VI</sup>

## Resumo

Segundo dados do Ministério da Saúde, as causas externas são consideradas a terceira causa de morte entre crianças de 0 a 9 anos e adultos com mais de 50 anos; e a primeira causa entre os jovens. Ações de vigilância são essenciais para monitorar e subsidiar atividades de saúde com a construção de políticas públicas eficazes. O presente estudo objetivou implementar a linha de cuidado integral para a pessoa vítima de violência na Supervisão Técnica de Ermelino Matarazzo, com a integração das ações da Vigilância em Saúde e Atenção Básica. Com as ações desenvolvidas e o fortalecimento da rede de atendimento, em 2017 tivemos um aumento de 60% nos casos notificados em relação a 2016; 58% dos casos foram notificados pelas UBS e CAPS, e 47% estão em andamento dentro da linha de cuidados. O trabalho possibilitou maior integração entre todos os atores, com a implementação de uma linha de atenção integral à pessoa vítima de violência e o empoderamento das equipes com o fortalecimento do trabalho multidisciplinar.

**Palavras chaves:** atenção básica, vigilância em saúde, violência.

## Abstract

According to Ministry of Health data, external causes are considered the third cause of death among children 0-9 years and over 50 years; first cause among young people. Vigilance actions are essential to monitor and subsidize health care activities with the construction of effective public policies. The present study aimed to implement the comprehensive care line for the person victim of violence in the Technical Supervision of Ermelino Matarazzo, with the integration of the actions of the Health Surveillance and Basic Attention. With the actions developed and the strengthening of the service network, in 2017 we had a 60% increase in cases reported in relation to 2016, and 58% of the cases were notified by the BHUs and CAPS and 47% of the cases are under follow-up within the care line. The work allowed for greater integration between all the actors, with the implementation of a line of integral care for the person victim of violence and empowerment of the teams with strengthening of the multidisciplinary work.

**Keywords:** basic attention, health surveillance, violence.

<sup>I</sup> Carolina Beltramini de Carvalho Donola (cdonola@gmail.com) é Analista em Saúde / Bióloga; Supervisão Técnica de Saúde de Ermelino Matarazzo.

<sup>II</sup> Daniele Lupi Sapucaia (danielelupi@prefeitura.sp.gov.br) é Analista em Saúde / Dentista; Supervisão Técnica de Saúde de Ermelino Matarazzo.

<sup>III</sup> João Gabriel Zerba Corrêa (jgzerba@prefeitura.sp.gov.br) é Analista em Saúde / Médico Veterinário; Supervisão de Vigilância em Saúde de Ermelino Matarazzo.

<sup>IV</sup> Rosângela de Souza Leite (rsclite@prefeitura.sp.gov.br) é Analista em Saúde / Fisioterapeuta; Supervisão Técnica de Saúde de Ermelino Matarazzo.

<sup>V</sup> Rosângela Menezes Herbas (rosangelaherbas@prefeitura.sp.gov.br) é Analista em Saúde / Enfermeira; Supervisão Técnica de Saúde de Ermelino Matarazzo.

<sup>VI</sup> Roseclair de Oliveira Leão Mandaji (rmandaji@prefeitura.sp.gov.br) é Analista em Saúde / Enfermeira; Supervisão de Vigilância em Saúde de Ermelino Matarazzo.

## Introdução

Os casos de violência são classificados como eventos intencionais envolvendo agressão, violência sexual, negligência/abandono, lesão autoprovocada, entre outros, correspondendo às causas externas de morbidade e mortalidade<sup>1</sup>.

Além dos custos com o atendimento e tratamento da pessoa vítima de violência, estimado em média R\$ 120,00 por dia, elevando para R\$ 1.358,45 em casos de óbito<sup>3</sup>, temos que considerar ainda a continuidade do cuidado ao paciente e muitas vezes também aos familiares, com o desenvolvimento do trabalho em rede intersectorial, envolvendo a Atenção Primária à Saúde, atendimento especializado, assistência social, educação e outros.

O trabalho em rede é um dos principais pontos para o desenvolvimento de uma linha de cuidado integral para as pessoas vítimas de violência; sendo necessária uma atuação do poder público para mitigar os efeitos à saúde dessas pessoas, considerando também os impactos sociais.

Segundo dados do Ministério da Saúde, 2018, no Brasil as causas externas são consideradas a terceira causa de mortes entre crianças de 0-9 anos e adultos maiores de 50 anos e a primeira entre jovens.

As ações de Vigilância em Saúde são imprescindíveis para monitorar as causas de violência e subsidiar as ações de atenção à saúde para construção de políticas públicas eficientes, com atividades de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação.

Diante do exposto, a Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo inseriu como meta no Plano Municipal de Saúde, 2014/2017, a construção pelos territórios de uma linha de cuidado integral para atenção à pessoa em situação de violência. Dessa forma os territórios iniciaram

processos de gestão para desenvolvimento de planos de ação buscando a implementação das linhas de cuidado e fortalecimento do trabalho em rede.

O presente trabalho foi realizado no território de Ermelino Matarazzo, localizado na região leste do Município de São Paulo, população de 207.509 mil habitantes, sendo que 100% dessa população são dependentes das ações de Vigilância em Saúde e estima-se que 57% são dependentes das ações da Atenção Primária à Saúde<sup>2</sup>.

A rede local da Atenção Primária à Saúde é coordenada pela Supervisão Técnica de Saúde de Ermelino Matarazzo (STS), composta por: 1 unidade de Vigilância em Saúde, 12 unidades Básicas de Saúde (sendo 5 com ESF e 3 AMA/UBS Integradas), 1 CAPS Adulto II, 1 CAPS AD II, 1 CECCO, 1 NIR, 1 Centro de Práticas Naturais e 1 SAE DST/AIDS.

O território agrega ainda um Hospital Municipal e um AMA Hospitalar coordenados pela Autarquia Municipal.

## Objetivos

Reorganizar o fluxo das ações de Vigilância em Saúde em conjunto com a Atenção Básica.

Implementar a linha de cuidado integral para a pessoa vítima de violência no território da Supervisão Técnica de Ermelino Matarazzo.

Implementar as ações com participação dos grupos multidisciplinares das unidades de saúde.

## Metodologia

O presente trabalho iniciou-se em 2013, mas foi fortificado em 2016 com a realização de um trabalho conjunto entre as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) e Vigilância em Saúde.

No ano de 2016 foi revisto todo o plano de trabalho local, em consonância com as ações

que estavam ocorrendo em todo o Município. A revisão do plano local foi executada em três etapas distintas:

**A)** Análise epidemiológica das notificações de violência recebidas de 2013 a 2015 de pessoas residentes no território, onde foram observados:

- Unidades de Saúde Notificante;
- Número de notificações por unidade;
- Desdobramentos das notificações.

A análise foi realizada a partir dos dados existentes nos bancos do SIVVA e SINAN (o Município de São Paulo somente começou a notificar os casos de violência no banco do SINAN a partir de 5/7/2015; anterior a esse período utilizava-se banco próprio – SIVVA), através da base de dados da Coordenação de Vigilância em Saúde de São Paulo; utilizado o Programa Excel®.

**B)** Após a análise epidemiológica e através de rodas de conversa entre as equipes da APS, representadas pela Supervisão Técnica de Saúde de Ermelino Matarazzo e a equipe da Vigilância Epidemiológica da Unidade de Vigilância em Saúde, foram relacionados os pontos fortes e fracos dos fluxos desenvolvidos até o momento e proposta uma nova diretriz de trabalho.

**C)** Com o diagnóstico realizado e nova proposta de diretriz de trabalho foi organizada uma capacitação envolvendo todos os profissionais da rede de serviços da STS Ermelino, buscando a implementação de uma linha de cuidado para a pessoa em situação de violência.

A capacitação foi organizada em encontros mensais, no total de 13 encontros.

O curso foi elaborado através de metodologia participativa, com rodas de conversa, utilizando o método PAIDEIA.

As rodas de conversa abordaram os temas: como fortalecer os Núcleos de Prevenção à violência das unidades de saúde; modelos de fluxos de trabalho; definição das competências de cada

nível de cuidado; ferramentas para acompanhamento dos casos pela unidade de saúde do território de moradia do paciente; legislação vigente; construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS).

### Resultado

Na análise dos dados epidemiológicos foi observado que, de 2013 a 2015, 80,7% dos casos de violência de moradores do território eram notificados pelo Hospital Municipal local e somente 19,3% dos casos foram notificados pelas Unidades Básicas de Saúde; sendo notificados pelas unidades de saúde do território 383 casos no período.

Não foi possível nas análises realizadas determinar se esses casos foram encaminhados para acompanhamento dentro da rede de serviços do território, pois as fichas de notificação não possuíam completude dos dados, impedindo melhores análises.

Com a análise do perfil epidemiológico e fluxos existentes até o momento foi avaliado que:

- os casos de violência não estavam sendo notificados e/ou captados pelas UBS do território;
- existia um “medo” nos profissionais das UBS de notificar os casos e sofrer represálias dos familiares e/ou agressores;
- os casos notificados pelo Hospital não eram repassados pela equipe de Vigilância em Saúde para conhecimento da UBS do território de moradia do paciente; somente os casos externos ao território da STS Ermelino Matarazzo eram repassados para conhecimento da equipe de outro território;
- as notificações não possuíam completude dos dados; dados relativos ao acompanhamento dos casos não eram sinalizados nas fichas de investigação;

- necessidade de revisão e fortificação do fluxo com a unidade de Assistência Social e Conselho Tutelar.

Diante do observado, foi proposto um plano de trabalho para implementação da rede de atenção à saúde em relação à vítima de violência, sendo realizado:

- revisão dos fluxos de trabalho da Vigilância em Saúde, com análise crítica das fichas de notificação, encaminhamento dos casos notificados à unidade de referência do paciente para acompanhamento do caso;
- estabelecimento de fluxo de atendimento com o Conselho Tutelar e Assistência Social;
- fortificação do setor para acompanhamento e encaminhamento dos casos notificados na STS Ermelino;
- protocolo da Assessoria Jurídica da CRS-Leste para garantir o sigilo do profissional que realiza a notificação;
- fortificação dos Núcleos de Prevenção à Violência das UBS;
- criação de comitê local de avaliação dos casos de violência com a participação de todas as unidades de saúde do território, com encontros bimestrais – Núcleo de Prevenção de Violência da STS Ermelino.

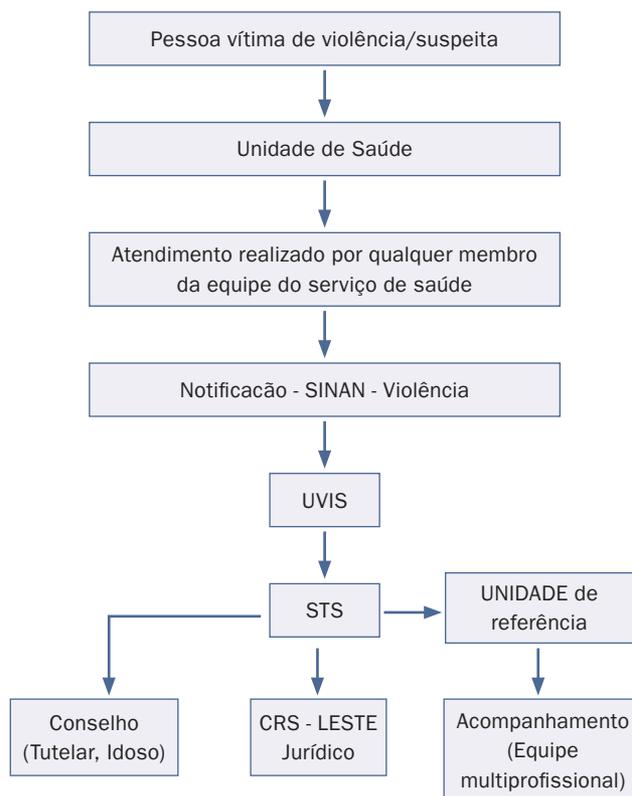
Buscando a implementação das diretrizes de trabalho propostas e o empoderamento dos profissionais de saúde em relação à necessidade de notificação e acompanhamento dos casos de violência – desmitificando o medo dos profissionais em relação à realização da notificação, foi formatada com apoio da Coordenação de Vigilância em Saúde do município uma capacitação para fortalecimento dos profissionais das unidades de saúde que compõem a rede de saúde de Ermelino Matarazzo.

Foram realizados 13 encontros com os profissionais da atenção básica, hospitalar e

vigilância em saúde, com o total de 45 inscritos. O curso foi formatado para participação de equipe multidisciplinar, sendo o grupo composto por: farmacêuticos, enfermeiros, assistentes sociais, dentista, biólogo, auxiliar de saúde, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta e agente comunitário de saúde.

Durante o curso foi realizada também interlocução com profissionais da assistência social e do departamento jurídico para alinhamentos necessários; com os encontros foi possível a incorporação nas unidades de saúde do Projeto Terapêutico Singular (PTS) para análise e condução dos casos notificados; estabelecimento de fluxos para encaminhamentos; e construção da linha de cuidado no território.

**Imagem 1:** Fluxo de atendimento e acompanhamento dos casos, elaborado em conjunto com os participantes do curso.



Fonte: próprio autor.

Com o fortalecimento da rede de serviços observou-se um aumento expressivo dos casos notificados pela rede de saúde do território.

Nos anos de 2016 e 2017 foram notificados 296 e 492 casos, respectivamente; sendo que, em 2017, 58% dos casos foram comunicados pelas UBS; 47% desses casos estão em acompanhamento dentro da linha de cuidado das unidades; e 53% tiveram os encaminhamentos necessários e foram concluídas as ações de monitoramento.

### **Considerações finais**

O presente trabalho proporcionou maior integração entre todos os atores do território, possibilitando a implementação de uma linha de cuidado integral para a pessoa vítima de violência, empoderamento das equipes e fortalecimento do trabalho multidisciplinar.

O acompanhamento dos casos nas UBS do território por equipes multiprofissionais também possibilitou um olhar ampliado dos profissionais de saúde para acompanhamento dos casos.

Ainda é necessário melhor alinhamento das ações com as unidades de Assistência Social, mas é importante destacar que essa experiência pode ser considerada exitosa, na medida em que fortaleceu as equipes de trabalho e consolidou a linha de cuidado integral às pessoas vítimas de violência no território de Ermelino Matarazzo.

### **Referências**

1. BRASIL - Ministério da Saúde. Boletim Acidentes e Violência [internet]. [acesso em 7 fev. 2018] Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/acidentes-e-violencias>
2. CEINFO – Coordenação de Epidemiologia e informação. Índice de Necessidades em Saúde por Distrito Administrativo do Município de São Paulo [internet]. [acesso em 07 fev. 2018] Disponível em [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/infsaude/INS\\_3edicao\\_Junho2008.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/infsaude/INS_3edicao_Junho2008.pdf)
3. Jorge, M. H. P. M., Koizumi, M. S. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. Revista Brasileira de Epidemiologia 2004; 7 (2): 228-238.

# Introdução do Fitoterápico “Tintura de Tansagem” na rede municipal de Saúde de Pindamonhangaba

## Introduction of the Phytotherapeutic “Titration of Tansagem” in the municipal health network of Pindamonhangaba

Ticianna de Oliveira Dantas da Gama Santana<sup>I</sup>, Mariana Prado Freire<sup>II</sup>

### Resumo

O Programa de Plantas Medicinais de Pindamonhangaba, instituído no município desde a década de 1990, investiu na ampliação da lista de fitoterápicos a partir do ano de 2007. O município já estava com a REMUME (Relação Municipal de Medicamentos) elaborada e implantada e a mesma continha outros fitoterápicos (Pomada de Calêndula, Pomada de Babosa e Xarope de Guaco). A demanda que havia surgido na época coincidia com a expansão do atendimento odontológico, que ocorreu graças ao Programa Brasil Sorridente, incluindo o Cirurgião Dentista no Programa Saúde da Família no município de Pindamonhangaba e a criação do Centro de Especialidade Odontológica (CEO), e à necessidade de se incluir um medicamento capaz de tratar a afecção bucal. Foi então escolhida a Tintura de Tansagem como fitoterápico para ser testado e, após aprovado, introduzido na rede municipal de saúde.

**Palavras-chave:** fitoterapia, planta medicinal, tansagem, *plantago major*.

### Abstract

The Medicinal Plants Program of Pindamonhangaba established in the municipality since the 90's, invested in the expansion of the list of phytotherapics from the year 2007. The municipality already had the REMUME (Municipal Drug List) elaborated and implemented and it contained other phytotherapics (calendula ointment, babosa ointment and guaco syrup). The demand that had arisen at the time coincided with the expansion of dental care, which occurred with expansion of Programa Brasil Sorridente including the Dental surgeon in the Family Health Program in the municipality of Pindamonhangaba and the creation of the Dental Speciality Center (CEO); and the need to include a medicine capable of treating oral affection. It was then chosen the titration of Tansagem as phytotherapics to be tested and approved after being introduced into the municipal health network.

**Keywords:** phytotherapy, medicinal plant, plantain, *plantago major*.

### Introdução e justificativa

**P**indamonhangaba, município do interior paulista, desenvolve desde 1990 o Projeto de Plantas Medicinais e Fitoterapia através da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social. O projeto tem o objetivo de realizar o diagnóstico das plantas medicinais de uso popular,

nas comunidades, com metodologia participativa; formação de hortas medicinais; rodas de estudos de plantas; oficinas de preparações caseiras; cursos de cultivo; atendimentos clínicos com plantas medicinais e fitoterápicos; e implantação de fitoterápicos na rede.<sup>4</sup> Em 2006, o Projeto oficializou-se em Programa por meio da Lei Complementar do Plano Diretor e fortaleceu-se com a criação do Grupo de Estudo e Trabalho Interinstitucional de Plantas Medicinais e Fitoterapia (GETI-Fito), participando vários profissionais da

<sup>I</sup> Ticianna de Oliveira Dantas da Gama Santana (ticigama@hotmail.com) é Cirurgiã Dentista, Membro Geti-Fitoterapia desde 2006, Coordenadora CPIC/Prefeitura Municipal de Pindamonhangaba.

<sup>II</sup> Mariana Prado Freire (maripfreire@uol.com.br) é Psicóloga, Secretária Adjunta de Saúde de Pindamonhangaba.

área de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas, agentes, etc.) e áreas afins (assistência social, agronomia, etc.).<sup>4</sup> Muito embora as pessoas cultivem o hábito de procurar fitoterápicos em feiras ou também aqueles indicados por rezadeiras e curandeiras, que constituem um sistema informal de saúde,<sup>1</sup> a aceitação dos fitoterápicos prescritos por médicos e dentistas sempre foi alta em Pindamonhangaba. Em 2010, durante revisão da relação de plantas medicinais de interesse para Pindamonhangaba, a equipe de Odontologia do GETI apresentou a necessidade de medicamento fitoterápico para área odontológica. Assim, a inclusão do fitoterápico Tintura de Tansagem<sup>2</sup> na REMUME (Relação Municipal de medicamentos) atendeu às demandas dos dentistas, sendo prescrito e dispensado até os dias de hoje com bons resultados.

### Objetivos

- Ampliar a lista da REMUME de Pindamonhangaba, em relação aos fitoterápicos.
- Incluir um medicamento fitoterápico para a odontologia
- Possibilidade de uso de um medicamento com custo mais baixo e com o mínimo efeito colateral.

### Metodologia

Foram realizadas as seguintes etapas: estudo e levantamento bibliográfico realizado pela equipe de Odontologia/GETI; realização de encontros com todos dentistas da rede municipal de saúde, visando a levantar as suas necessidades em saúde bucal e fazer sensibilização sobre prescrição de fitoterápicos; análise do diagnóstico das plantas mais usadas no município que atendessem às necessidades dos dentistas da

rede; a planta de escolha deveria ser reconhecida na lista de plantas do Ministério da Saúde; elaboração e aprovação de projeto piloto junto à Secretaria de Saúde para encaminhamento de processo de compra do fitoterápico. Os resultados obtidos foram: a partir dos levantamentos, bibliográfico e de uso popular, escolheu-se a tansagem (*Plantago major*) por atender à demanda dos dentistas para aftas e afecções bucais, por ter propriedades: anti-inflamatória, antisséptica, cicatrizante, antibacteriana, planta segura e de baixa toxicidade, sendo inclusive comestível (PANC)<sup>6, 7</sup>, por ser muito estudada e autorizada pelo Ministério da Saúde<sup>5</sup> e, também, já era utilizado o Colutório da Tansagem nas Prefeituras do Município de Betim e do Rio de Janeiro.<sup>3</sup> No período de novembro de 2010 a abril de 2011, foi colocado em prática o projeto piloto, onde foi encaminhado para os Dentistas nas unidades de saúde o Memento da Tintura de Tansagem, fichas de acompanhamento dos pacientes e a Tintura de Tansagem. Após o período de uso da tintura, os dentistas obtiveram grandes resultados ante as afecções bucais a que se destinou a Tintura de Tansagem, aprovando assim o projeto piloto e introduzindo concomitantemente esse fitoterápico na forma de tintura, realizou-se então a compra e distribuiu-se para 27 dentistas da rede junto à Ficha de Acompanhamento dos Pacientes e o Memento da Tintura de Tansagem.

### Resultados

A partir dos bons resultados obtidos junto aos pacientes, 88,9% dos profissionais aderiram à prescrição desse fitoterápico. A partir dessa data, a Coordenação de Saúde Bucal, juntamente à Assistência Farmacêutica, organizou a aquisição e distribuição da Tintura de Tansagem na rede de saúde de Pindamonhangaba. Assim, a inclusão do fitoterápico na REMUME atendeu

às demandas dos dentistas, sendo prescrito e dispensado até os dias de hoje com bons resultados.

### **Considerações finais**

Com a implantação do fitoterápico na REMUME, o município passou a receber amplo apoio dos dentistas da rede municipal às prescrições fitoterápicas, bem como à disseminação do seu uso.

A Tintura de Tansagem é utilizada até os dias atuais, sendo adquirida através de licitação de farmácia de manipulação e dispensada pela assistência farmacêutica municipal.

O fitoterápico tem boa aceitação, especialmente pelos bons resultados que apresenta e pelo baixo custo e efeitos colaterais.

### **Referências**

1. MATOS, F.J.A.; VIANA, G.S.B., BANDEIRA, M.A.M. Guia Fitoterápico. Fortaleza (CE), Programa Estadual de Fitoterapia, 2001.
2. ÍNDICE TERAPÊUTICO FITOTERÁPICO (ITF). EPUB – Editora de Publicações Biomédicas, 2008. 328p.
3. MEMENTO TERAPÊUTICO FITOTERÁPICO. Programa de Plantas Medicinais e Fitoterapia. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil Edição 2010. 15p.
4. MOARES, I.F.; BLANCO, M.C.S.G.; SUAREZ, M.T.R.; SILVA, S.M.P. Construindo o Programa de Plantas Medicinais e Fitoterápicos do município de Pindamonhangaba (SP). Coord. MOARES, I.F. Campinas, CATI. 2011. 90p.
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC Nº 10, de 9 de março de 2010.
6. MOARES, I.F.; SUAREZ, M.T.R. Alquimia das plantas medicinais. Taubaté (SP): Cabral Editora e Livraria Universitária, 2002. 237p.
7. ALONSO, J.R. Tratado de Fitofármacos e Nutracêuticos. Rosário/Argentina: Corpus Libros, 1 ed. 2004.

# Nova visão da integração ensino-serviço para melhoria do cuidado à saúde

## New vision of teaching and health service integration to improve health care

Carmen Picoli Torres<sup>I</sup>, Denise Marini<sup>II</sup>, Kelly Janaina Munhoz<sup>III</sup>, Maria Amélia Sakamiti Roda<sup>IV</sup>,  
Micaela Vieira Hadida<sup>V</sup>, Celso Akio Maruta<sup>VI</sup>

### Resumo

A Secretaria Municipal de Saúde de Atibaia, visando à melhoria do Cuidado à Saúde, fortaleceu a Integração do Ensino-Serviço-Comunidade celebrando o COAPES da Região Bragantina e estruturando o Núcleo de Educação Permanente (NEP). No ano de 2017, o NEP implantou o Programa de Recepção de Estagiário (PRE), com 88 alunos de graduação em Enfermagem. Foram sensibilizados previamente os atores, evidenciando sua importância na realização do estágio. O NEP foi à Universidade apresentar a estrutura e funcionamento da SMS/Atibaia, oportunizando aos alunos sanar dúvidas quanto rede municipal. Ao iniciar o estágio, os alunos foram recebidos pelas gestoras das Unidades, que haviam conversado anteriormente com os servidores sobre a inserção desses no serviço e a relação com os professores. Ao final, foi fundamental o *feedback* dos discentes e docentes para o serviço, que propuseram mudanças e sinalizaram aspectos positivos e negativos de cada campo de estágio. O PRE fortaleceu o vínculo discente-docente-servidor-comunidade. Os discentes aproveitaram o cenário da prática para o aprendizado e maior relação com a comunidade; os docentes desenvolveram atividades de ensino e pesquisa; no serviço, houve melhora no atendimento aos usuários, e os servidores tiveram a oportunidade de atualização e qualificação profissional.

**Palavras-chave:** educação em saúde, atenção básica, gestão.

### Abstract

Municipal Health Department of Atibaia (MHDA), in order to improve Health Care, strengthened Teaching-Service-Community Integration by celebrating COAPES of Bragantina Region and structuring Permanent Education Nucleus (PEN). In 2017, PEN implemented Trainee Reception Program (TRP), with 88 nursing undergraduate students. The actors were previously sensitized, evidencing their importance in the accomplishment of internship. PEN went to University to present the structure and functioning of MHDA, giving students opportunity to solve questions about municipal network. At the beginning of internship, students were received by Unit's managers, who had already talked with employees about their inclusion in the service and the relationship with teachers. In the end, students' and teachers' feedback were fundamental for the service, who proposed changes and indicated positive and negative aspects of each internship field. TRP strengthened student-teacher-employee-community bond. The students took advantage of practice scenario for learning and a greater relationship with community; teachers developed teaching and research activities; there was improvement in quality service to users, and employees had the opportunity to update and improve professional qualification.

**Keywords:** health Education, primary health care, organization and administration.

<sup>I</sup> Carmen Picoli Torres (ctorres@atibaia.sp.gov.br) é Enfermeira. Gerente da divisão de unidades de saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura da Estância de Atibaia.

<sup>II</sup> Denise Marini (dmarini@atibaia.sp.gov.br) é Enfermeira. Integrante do Núcleo de Educação Permanente. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura da Estância de Atibaia.

<sup>III</sup> Kelly Janaina Munhoz (kjanaina@atibaia.sp.gov.br) é Enfermeira. Diretora Técnica de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura da Estância de Atibaia.

<sup>IV</sup> Maria Amélia Sakamiti Roda (mamelia@atibaia.sp.gov.br) é Enfermeira. Secretária Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura da Estância de Atibaia.

<sup>V</sup> Micaela Vieira Hadida (mhadida@atibaia.sp.gov.br) é Enfermeira. Gerente da divisão de unidades de saúde. Integrante do Núcleo de Educação Permanente. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura da Estância de Atibaia.

<sup>VI</sup> Celso Akio Maruta (cmaruta@atibaia.sp.gov.br) é Médico veterinário. Coordenador do Núcleo de Educação Permanente. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura da Estância de Atibaia.

## Introdução

Entende-se por integração ensino-serviço, o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento e satisfação dos trabalhadores dos serviços.<sup>1</sup>

Desde a Reforma Sanitária Brasileira, nos anos 1970, passando pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1998, a Lei de Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde e a Criação do Programa Mais Médicos para o Brasil<sup>2</sup>, várias experiências de integração ensino-serviço promoveram avanços na aproximação entre universidades e instituições de saúde. Porém, ainda são vários os desafios a serem superados, sobretudo em relação ao compartilhamento de objetivos entre esses dois mundos.<sup>3</sup>

Nesse cenário, o governo federal propôs o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES)<sup>4</sup>, que possibilita a integração ensino-serviço-comunidade para o conjunto dos cursos da área da saúde que utilizam a rede de serviços do SUS como cenário de práticas. Assim, a rede beneficia-se com a inserção multiprofissional dos estudantes e contribui para a formação desses futuros profissionais, que terão conhecimento das demandas do SUS e poderão contribuir para o seu aperfeiçoamento e fortalecimento. Assim, o percurso da formação profissional no SUS e para o SUS compreende seus princípios e diretrizes constitucionais, garantindo o direito à saúde do usuário.

Essa aproximação objetiva impulsionar a articulação ensino-serviço-comunidade, melhorar a assistência, a gestão e a formação em saúde, fortalecendo assim tais políticas públicas, com

vistas à satisfação do usuário. Essa integração potencializa tanto a formação de futuros trabalhadores do SUS como o desenvolvimento dos trabalhadores já inseridos na rede.<sup>5</sup>

A integração crescente entre as instituições de ensino e a rede de atenção básica se justifica pela preocupação em reorganizar as práticas de saúde, a partir da formação de recursos humanos conscientes do seu papel na consolidação do SUS, assim, discentes e trabalhadores interagem e modificam-se.<sup>3</sup>

## Objetivo

Implantar uma nova visão na Integração Ensino-Serviço-Comunidade para a Melhoria do Cuidado à Saúde no município de Atibaia.

## Metodologia

A Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Atibaia (SMS/Atibaia) visando à melhoria do Cuidado à Saúde, fortaleceu a Integração do Ensino-Serviço-Comunidade por meio da estruturação do Núcleo de Educação Permanente (NEP), da celebração do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) da Região Bragantina e da formação de servidores em Preceptoría em Residência Multiprofissional no SUS, entre outros.

A rede, assim, beneficia-se com a inserção multiprofissional dos estudantes, além de contribuir para a formação desses futuros trabalhadores, cujo aprendizado estará voltado para as demandas do SUS, contribuindo para o seu aperfeiçoamento e fortalecimento. Essa integração potencializa tanto a formação de futuros trabalhadores do SUS como o desenvolvimento dos trabalhadores. Adicionalmente a isso, o Ministério da Saúde vem articulando suas políticas, programas e ações para fortalecer a implementação do COAPES.

Com a estruturação do NEP, o acesso das Instituições de Ensino (IE) na Secretaria de Saúde foi facilitado e aproximou os gestores do nível central da Secretaria e das Unidades de Saúde com os professores e coordenadores de curso. Inicialmente, faz-se o consenso de todos os procedimentos que serão adotados durante o estágio. Em seguida, é feita a comunicação para o NEP, que faz a efetivação contratual por meio de documentos e inserção de dados no Sistema de Monitoramento e Avaliação da Integração Ensino Saúde (SIMAIES).

A celebração do COAPES da Região Bragançana e a participação ativa no Comitê Gestor Local possibilitou o acesso às Instituições de Ensino Superior (IES) da região. O estreitamento da relação foi feito por meio de reuniões entre gestores da SMS/Atibaia e os coordenadores das IES [Universidade São Francisco/Bragança (USF), Faculdade de Ciências e Letras de Bragança Paulista (FESB) e a Instituição Educacional Atibaiana Ltda. (FAAT/Atibaia)], onde foi possível conhecer e estabelecer a oferta e demanda de campos de estágio. Destacaram-se: a evidenciação de novas áreas de interesse à Saúde, como a arquitetura para o planejamento de novas construções; veterinária para acompanhamento da Vigilância; computação para a informatização de sistemas etc.; a disponibilização de todas as Unidades de Saúde do município de Atibaia como cenário de prática para os discentes; e a articulação de novos projetos de Residência Médica e Multiprofissional.

Vislumbrando a futura implantação da Residência na SMS/Atibaia, foram capacitados seis servidores no Curso de Preceptorial para Residência Multiprofissional no SUS do Hospital Sírio-Libanês, em parceria com Ministério da Saúde.

No ano de 2017, como projeto piloto, o NEP implantou o Programa de Recepção de Estagiário (PRE) na SMS/Atibaia, com 88 alunos do Curso

de Enfermagem da Universidade São Francisco, situada em Bragança Paulista. Tendo como principal objetivo a sensibilização prévia de todos os atores envolvidos, evidenciando a importância de cada um deles na realização do estágio. A primeira ação foi a visita dos professores responsáveis pelos alunos às Unidades de Saúde escolhidas, onde conheceram os gestores de cada Unidade e agendaram o próximo encontro para discutir todos os detalhes do estágio. Os representantes do NEP foram até a Universidade apresentar a estrutura e funcionamento da SMS/Atibaia. Nessa oportunidade, os alunos puderam sanar dúvidas relativas à Saúde Pública de Atibaia. Ao iniciar o estágio, os alunos foram recebidos pelas gestoras das Unidades de Saúde, que já haviam conversado com os servidores sobre a chegada, inserção dos estagiários no serviço e a relação com os professores. No decorrer do estágio, ficou evidente o bom relacionamento entre docentes e gestores, o qual gerou várias alternativas de aprendizagem. Os alunos puderam atuar na assistência e gerenciamento, realizando atividades como grupos educativos, criando fluxos gerenciais, instrumentos de avaliação e participando de reuniões de equipe. Ao final do estágio, outro ponto fundamental foi o *feedback* dos discentes e docentes para o serviço, que propuseram mudanças de rotina e dos procedimentos para as próximas turmas, e sinalizaram aspectos positivos e negativos de cada campo de estágio.

### Resultados

A interação e o comprometimento entre os gestores, servidores, docentes e discentes foram primordiais para o bom andamento do estágio e para elevado grau de satisfação de todos os participantes.

O Programa de Recepção de Estagiários fortaleceu o vínculo entre discentes, docentes,

servidores e comunidade.<sup>3</sup> Lembrando-se dos objetivos que norteiam o estágio, os discentes aproveitaram o cenário da prática da Saúde Pública para o seu aprendizado, conhecimento dos princípios e diretrizes do SUS e maior relação com a comunidade; os docentes desenvolveram as atividades de ensino, pesquisa e extensão se aproximando da comunidade; no serviço, houve melhora significativa no atendimento aos usuários, com diminuição de demandas reprimidas, e os servidores tiveram a oportunidade de atualização e qualificação profissional.

### Considerações finais

O sucesso da implantação do Programa de Recepção dos Estagiários ratificou para a Gestão da SMS/Atibaia a sua relevância na implantação da Residência Médica e Multiprofissional.

O uso da rede municipal de saúde como espaço formativo de um novo profissional de saúde, comprometido e empático, é a base da integração ensino-serviço-comunidade e tem papel fundamental na consolidação e fortalecimento do SUS, bem como de seus princípios. Para tal, é fundamental a quebra de paradigmas quanto ao distanciamento entre a prática e o saber e dos modelos de ensino centrados nas salas de aulas, distantes do contexto real de trabalho.

Colaboraram na execução desse trabalho: Daniela Badari, Grazielle Bertolini, Márcia

Antônio, Débora Magrini, Ricardo Almeida, Janaina Carolino, Adriana Machado, Patrícia Silveira, Renato Leite e os servidores das USF Cerejeiras, Itapetinga e UBS Flamenguinho.

### Referências

1. Albuquerque V.S. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde. *Rev. Bras. Ed. Médica*, 2008; 3(32): 356-362.
2. Edler F., Fonseca M.R.F. Seleção de artigos da Série “História da Educação Médica no Brasil”, primeira parte. *CADERNOS da ABEM*, 2006; 1(28): 1-4.
3. Zarpelon L.F.B, Terencio M.L., Batista NA. Integração ensino-serviço no contexto das escolas médicas brasileiras: revisão integrativa. 2017 [acesso em 10 de março de 2018]. Disponível em: [www.cienciaesaudecoletiva.com.br/uploads/artigos/16087.doc](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/uploads/artigos/16087.doc).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação e Cultura. Portaria Interministerial nº 1.127, de 4 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, de 5 de agosto de 2015, nº 148, Seção 1, pág. 193-5.
5. Gonzalo JD, Lucey C, Wolpaw T, Chang A. Value added clinical systems learning roles for medical students that transform education and health: a guide for building partnership medical schools and health systems. *Academic Medicine First*. 2016.

# O SUS em Embu-Guaçu: construção de um modelo de gestão colegiada e participativa

*Unified Health System in Embu Guaçu: The construction of a participatory joint management model*

Isabel Cristina Pagliarini Fuentes<sup>1</sup>, Maria Dalva Amin dos Santos<sup>II</sup>

## Resumo

A SMS de Embu-Guaçu, ao assumir a gestão no início de 2017, definiu como prioridade a adoção de um modelo de gestão democrática e participativa, envolvendo gestores, trabalhadores e usuários em um processo compartilhado de construção e fortalecimento do SUS no âmbito municipal: reafirmando seus princípios e diretrizes; valorizando os diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão; ampliando os espaços de escuta dos trabalhadores e da sociedade, articulando-os com a gestão do sistema e a formulação de políticas públicas de saúde e promovendo a inclusão social de populações específicas, visando à equidade no exercício da cidadania e do direito à saúde. Esse processo, ainda em construção, vem apontando avanços na implementação de políticas que ampliem o acesso com equidade e integralidade no cuidado.

**Palavras-chave:** gestão compartilhada, participação, políticas públicas.

## Abstract

The administration of the Municipal Health Secretary of Embu Guaçu, when taking office in early 2017, defined the adoption of a democratic and participative management model as a priority, involving managers, workers and users in a shared process of building and strengthening the Unified Health System (SUS) at the municipal level: reaffirming its principles and guidelines; valuing the different mechanisms of popular participation and social control in the management processes; listening to workers and the society by integrating them with the management of the system and the formulation of public health policies and promoting the social inclusion of specific populations, aiming at equity in the exercise of citizenship and the right to health care. This process, still under construction, has been pointing out advances in the implementation of policies that increase access with equity and integrality in care.

**Keywords:** shared management, participation, public policy.

## Introdução

O município de Embu-Guaçu faz parte da Região Metropolitana de São Paulo, que concentra 39 municípios, fica a Sudoeste da capital e, junto aos municípios de Cotia, Embu das Artes, Itapeverica da Serra, Juquitiba, São

Lourenço da Serra, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista, compõe a Região de Saúde dos Mananciais.

A estimativa populacional em 2017, segundo IBGE, é de 68.270 habitantes, possui uma grande extensão territorial e está dividido em dois distritos.

Apesar do grande número de equipamentos instalados e cobertura de aproximadamente 100% de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no início da atual gestão, encontramos a rede muito sucateada, com várias obras inacabadas e as

<sup>I</sup> Isabel C. P. Fuentes (belfuentes232@gmail.com) é enfermeira com especialização em Gestão Pública em Saúde (FCMSCSP) e Coordenadora Técnica da SMS de Embu-Guaçu-SP.

<sup>II</sup> Maria Dava Amim dos Santos (mariadalva9@yahoo.com.br) é cirurgiã dentista e Secretária Municipal de Saúde de Embu Guaçu-SP.

unidades funcionando em prédios alugados e inadequados. As Unidades de Saúde Família (USF) compostas com equipe mínima e com profissionais médicos do Programa Mais Médicos (PMM) do Ministério da Saúde, várias equipes estavam incompletas e o enfermeiro da equipe respondendo também pela gerência do serviço e, na maioria, sem o devido preparo e apoio para assumir essa tarefa. Não existia espaços institucionalizados para encontros com os gerentes nem com os trabalhadores em geral e nenhum processo de articulação em rede.

O controle social funcionava de forma burocratizada e não existiam espaços de participação social. O Conselho Municipal de Saúde (CMS) estava em desacordo com a legislação municipal e do SUS, com vários membros ausentes e com o mandato próximo ao término, sendo necessário a prorrogação do mandato para realizar a revisão da legislação e a nova eleição.

Diante do cenário encontrado, ao assumirmos a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Embu-Guaçu, em janeiro de 2017, tomamos como diretriz o modelo de uma gestão colegiada e participativa, alinhada com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e, como missão:

*“O resgate de uma saúde pública inclusiva, que assegure acesso às políticas públicas para todos os seus moradores, que respeite e valorize as características do ser humano, suas opções e diferenças de raça, de gênero, de geração, de opção religiosa, de orientação sexual, de condições físicas ou mentais e sua cultura.”*

### Objetivo

Fortalecer o SUS no município de Embu-Guaçu adotando um modelo de gestão democrática e participativa.

### Desenvolvimento do Trabalho

Uma das principais tarefas após a realização do diagnóstico situacional foi a construção de um processo de gestão colegiada e participativa, definindo as diretrizes e estratégias para sua implantação, assim como quais seriam os espaços de cogestão, a sua composição e a periodicidade dos encontros. Foi necessário também, a reestruturação do CMS que, conforme descrito, estava em dissonância com a legislação municipal e com as diretrizes do SUS.

Nesse contexto disparamos vários encontros da equipe da gestão central, com os trabalhadores e com a população para a pactuação das diretrizes da Política Municipal de Saúde, realizando: 13 plenárias nos territórios para sensibilização sobre gestão participativa e Controle Social; uma plenária ampliada com o CMS existente; diversas reuniões com a equipe da SMS e com os gerentes de serviços e, após esse amplo debate, definimos os princípios orientadores dessa política:

- Reafirmar os compromissos do SUS: saúde como direito e responsabilidade do Estado, universal, equânime, com atenção integral e participação social.
- Valorizar os diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular.
- Ampliar os espaços de escuta dos trabalhadores e da sociedade em relação ao SUS, articulando-os com a gestão do sistema e a formulação de políticas públicas de saúde.
- Promover a inclusão social de populações específicas, visando à equidade no exercício da cidadania e do direito à saúde;
- Implantar Espaços de gestão colegiada, tais como:

- Colegiado de Gestão da SMS: espaço de participação com a equipe de gestão central (secretária, diretores, coordenadores e técnicos das áreas) com encontros semanais.
- Colegiado de gerentes: espaço de participação dos gerentes dos serviços com a equipe de gestão e coordenadores da SMS, com encontros quinzenais.
- Colegiado de Educação Permanente (EP): espaço para realização de encontros de EP com a equipe de gestão ampliada, com encontros quinzenais.
- Reunião do Conselho Gestores de Unidade: espaço para realização de cogestão dos serviços em todas as unidades de saúde com encontros mensais.
- Reunião do CMS: espaço de instância máxima de definição da Política Municipal de Saúde, com encontros ordinários mensais.

### Resultados

Durante todo o ano de 2017 enfrentamos várias dificuldades nesse processo, e estamos até o momento caminhando para superação, como:

- Baixa capacidade administrativa, quer seja de pessoal quer seja de suporte de infraestrutura, para apoiar os serviços.
- Os gerentes das UBS na maior parte das Unidades é o próprio enfermeiro da equipe, com baixo protagonismo.
- Pouca vivência dos trabalhadores em espaços de participação e formação para o SUS.
- Rede de serviços grande para o porte populacional e financeiro do município.

Contudo, apesar das dificuldades citadas e os desafios do próprio processo, podemos relatar aqui alguns sucessos e apontar os caminhos que estamos trilhando na direção do fortalecimento de uma gestão democrática e participativa, tais como:

- O fortalecimento do papel do gerente das unidades, ampliando a sua autonomia.
- Divisão do território municipal em três macrorregiões e implantação do Apoio Institucional.
- O fortalecimento do Controle Social com um grande processo de mobilização da população para a eleição dos Conselhos Gestores de Saúde em todos os serviços e a Eleição do CMS, tendo na presidência um representante do segmento dos usuários.
- Implantação de um Núcleo de Educação Permanente com representação de todos os serviços.
- Realização de diversas oficinas e cursos de formação para os trabalhadores da rede.
- Ampliação dos processos de articulação em rede e implantação do Apoio matricial nas especialidades básicas e saúde mental.
- Fortalecimento da Atenção Básica, com ampliação das ações de promoção e prevenção à saúde e articulação em rede.
- Ações articuladas entre diferentes setores de governo e a sociedade civil – Intersetorialidade.

### Considerações finais

Considerando que a participação social e a democracia participativa atuam na qualificação da gestão pública, acreditamos que a iniciativa de adotar uma estratégia, baseada nesses

princípios, para organizar a política de saúde no município de Embu-Guaçu, como uma decisão institucional, foi bastante assertiva. Ainda temos um longo caminho a percorrer no sentido de garantir políticas que ampliem o acesso e assegurem equidade e práticas integrais e de qualidade na atenção e no cuidado à saúde, mas acreditamos que esse deve ser um processo de construção conjunta, envolvendo os gestores, trabalhadores e usuários do SUS.

#### Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: MS; 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

# Participação popular na Estratégia Saúde da Família: espaço potencial de construção de saúde

*Popular participation in the family health strategy: potential space of health construction*

Kátia Cristina dos Santos Vieira<sup>1</sup>

## Resumo

Os Conselhos Locais de Saúde (CLS) devem atuar como interlocutores entre a comunidade e a direção da unidade de saúde para melhor atender às necessidades da comunidade local. Entretanto, a simples implantação dos CLS não garante uma gestão participativa no SUS. Observando o cenário de uma USF, do município de Santo André, no qual muitos usuários tinham dificuldade em identificar seus representantes, questionou-se como tem se dado essa representatividade. Considerou-se necessário fortalecer o espaço do CLS. Implementou-se algumas ações, como: conversa com a população sobre a função do CLS, confecção de um cartaz sobre essa instância, incentivo da comunidade para participar das reuniões mensais, um mural na USF para divulgar informações referentes ao CLS. Essas ações foram disparadoras do processo de reaproximação desses sujeitos na busca da construção de um espaço para o exercício da cidadania e de um serviço de saúde de qualidade.

*Palavras-chave:* estratégia saúde da família, participação da comunidade, planejamento em saúde.

## Abstract

Local Health Councils (CLS) should act as interlocutors between the community and the health unit management to better meet the needs of the local community. But the simple implementation of CLS does not guarantee participative management in SUS. Observing the scenario of a USF (Family Health Unit), of Santo André city, in which many users had difficulty in identifying their representatives, it was questioned how this representativity has occurred. It was considered necessary to strengthen the space of the CLS. Some actions were implemented, such as: a conversation with the population about the role of the CLS, the creation of a poster about this body, the community's incentive to participate in monthly meetings, a mural at the USF to disseminate CLS information. These actions were triggering the process of rapprochement of these subjects in the search for the construction of a space for the exercise of citizenship and a quality health service.

*Keywords:* family health strategy, community Participation, health planning.

## Introdução e justificativa

O interesse pelo tema foi delineando-se com a minha inserção como enfermeira e encarregada técnica em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Santo André, no Estado de São Paulo.

Participando de reuniões de conselho local de saúde, percebi a dificuldade dos conselheiros em fazer desses instantes oportunidades de convivência democrática de propostas e utilizar esse espaço para o exercício da cidadania. Observei,

<sup>1</sup> Kátia Cristina dos Santos Vieira (KCSVieira@santoandre.sp.gov.br) possui mestrado profissional em Gestão da Clínica pela Universidade Federal de São Carlos, residência em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Fe-

deral de São Carlos e graduação em Enfermagem Bacharelado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Atualmente atua como encarregada técnica em uma Unidade de Saúde da Família do município de Santo André –SP.

também, que a comunidade tinha dificuldade em identificar os conselheiros que representavam os usuários do serviço, bem como a função do conselho.

Essa situação vivenciada suscitou alguns questionamentos: Qual é o entendimento que os conselheiros de saúde têm sobre essa instância de participação popular? Que tipo de representação é essa, cujos representados não reconhecem seus representantes?

Após a aprovação da Constituição Federal Brasileira de 1988, que definiu a saúde como resultante de políticas sociais e econômicas e como “direito de todos e dever do Estado”, o Sistema Único de Saúde (SUS) é instituído. A partir de então as ações e os serviços de saúde deveriam ser promovidos por um sistema único, organizado com base nos princípios da **descentralização, integralidade, resolutividade, universalidade, equidade, intersetorialidade, participação e controle social**. Buscou-se, assim, garantir a ampliação do acesso e a participação social na gestão e organização dos serviços de saúde, além de mudanças nas formas de produzir assistência à saúde no país.

Para suplantarmos o modelo assistencial hegemônico, também conhecido como modelo clínico, que apresenta características curativa, técnica, biologicista e individual, com centralidade na figura do médico, o Ministério da Saúde define a Atenção Básica à Saúde (ABS) como reordenadora do sistema, sendo prioritariamente implantada através do Programa de Saúde da Família (PSF).<sup>1</sup>

Tal estratégia procura reafirmar os princípios básicos do SUS e representa a possibilidade de aproximação entre serviço/sistema e usuários/necessidade, pautado no pressuposto do diálogo entre equipe multiprofissional e usuário.<sup>2</sup> A proposta de ESF prevê a participação de toda a comunidade, em parceria com a Equipe de Saúde

da Família, na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades e no acompanhamento da avaliação de todo o trabalho.

Esse estudo abordará a participação institucionalizada, especificamente o Conselho Local de Saúde, instrumento de controle social. Isso não se deve a uma desvalorização de outros espaços de participação e, muito menos, de uma redução da participação popular a reuniões esporádicas de conselho. Trata-se somente de reconhecer a potencialidade desse espaço como decisório nas ações de saúde.

Controle social é o termo mais utilizado, mas se trata de um reducionismo, uma vez que esse não traduz a amplitude do direito assegurado que permite não somente o controle e a fiscalização permanente da aplicação de recursos públicos. Esse direito se manifesta através da proposição, onde cidadãos participam de formulação de políticas, intervindo em decisões e orientando a administração pública quanto às melhores medidas a serem adotadas, com o objetivo de atender aos legítimos interesses públicos.<sup>3</sup>

Assim, é através da participação popular que se busca assegurar que os gestores públicos se comprometam com a excelência na concepção e implementação dos programas, projetos, ações e serviços de saúde.<sup>3</sup>

A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e define instâncias de controle social nas diferentes esferas de gestão, a saber: Conselhos e Conferências de Saúde.<sup>4</sup>

Os Conselhos de Saúde têm caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, sendo a participação do usuário paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Eles atuam na formulação de estratégias e no controle da

execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.<sup>4</sup>

Quanto aos Conselhos Locais de Saúde (CLS), esses são órgãos auxiliares e colegiados, hierarquicamente subordinados ao Conselho Municipal de Saúde, tendo como finalidade definir as prioridades de atuação das unidades de saúde, conforme diretrizes estabelecidas pela Conferência e Plano Municipal de Saúde. Deve ser composto por usuários, representantes dos trabalhadores de saúde e pela administração da unidade, ser paritário, garantindo metade dos participantes como representantes de usuários e da população local.

Como atribuições do Conselho Local de Saúde, destaca-se:<sup>5</sup>

- I. *conhecer os problemas de saúde da população da área de abrangência da unidade ou da população por ela atendida, de acordo com seu grau de complexidade;*
- II. *atuar como interlocutores entre a comunidade, a direção da unidade e o Conselho Municipal de Saúde na discussão dos problemas da unidade de saúde e das necessidades e demandas da população;*
- III. *representar a população, quando couber, mediante petições, requerimentos, abaixo-assinados e outros;*
- IV. *fiscalizar o desenvolvimento das metas e diretrizes estabelecidas na unidade e apresentar propostas para aperfeiçoar o planejamento e a organização dos serviços prestados à população pela respectiva unidade de saúde;*

V. *incentivar a população a utilizar os serviços públicos de saúde;*

VI. *avaliar quadrimestralmente os relatórios de produção e o desempenho da Unidade de Saúde, tanto do ponto de vista qualitativo como quantitativo;*

VII. *aprovar seu Regimento Interno, respeitadas as deliberações do CMS, e avaliar quadrimestralmente os relatórios de produção. (Santo André, 2015).*

A construção do controle social dentro de um espaço participativo local de saúde torna-se muito importante para a população, pois amplia ainda mais a descentralização das decisões e a população pode acompanhar, avaliar e indicar prioridades para as ações de saúde a serem executadas pela ESF, todavia, não se pode restringir a ele a solução de todos os problemas enfrentados na saúde.<sup>6</sup>

Os Conselhos devem proporcionar convivência democrática de propostas, às vezes conflitantes, mas o que se verifica na realidade, muitas vezes, é uma arena de conflitos de diferentes grupos em disputa. Ao transferir poderes a seus representantes o cidadão espera que esses respondam não apenas aos interesses pessoais e sim coletivos.<sup>3</sup>

Segundo Soratto, Witt e Faria<sup>6</sup>, em sua pesquisa, observaram que há um discurso reclamatório de indignação individual, mas não um de participação coletiva, detecção, priorização e solução dos problemas cotidianos e da organização dos serviços de saúde. Percebe-se, por outro lado, no interior dos serviços de saúde, o entrave para a participação popular. Isso porque abrir a porta e o interior dos serviços de saúde significaria e implicaria compartilhar saberes e poderes.

É necessário que o trabalhador de saúde entenda que uma parceria com a comunidade, valorizando o saber popular e o diálogo, não acarretará na diluição do seu poder. Ao contrário, contribuirá para a potencialização do poder de trabalhadores de saúde e usuários, porém levando-os a uma nova forma de exercê-lo, não mais autoritário/submisso, mais crítica, reflexiva, dialógica, o que pode ser a base para uma mudança que antes parecia utópica.<sup>7</sup>

Embora a participação popular e o controle social sejam garantidos legalmente, a existência e simples implantação dos Conselhos de Saúde não garantem uma gestão democrática e participativa no SUS. Faz-se necessário reconhecer os desafios que envolvem a efetiva operacionalização desses espaços de participação.

Na realidade dos serviços de saúde, há uma grande dificuldade entre os trabalhadores no sentido de mobilizar e incentivar a população para juntos pensarem e construir a saúde.<sup>6</sup>

O Conselho tem que ser construído de maneira que seja um espaço consensual, em que as discussões se convergem para o interesse de todos. Ratifica-se para isso a importância da sensibilização dos conselheiros quanto às suas atribuições, as quais ultrapassam defender interesses particulares, ou seja, ressignificar o Conselho Local de Saúde como espaço de potencialização das mudanças significativas na realidade de saúde.

## Objetivos

### Objetivo geral

Fortalecer o espaço do CLS enquanto instrumento de participação social, de maneira que esse seja efetivo e se obtenha mudanças significativas da condição de saúde da comunidade.

### Objetivos específicos

- Compreender como os conselheiros de saúde entendem o seu papel.
- Discutir com os conselheiros de saúde suas atribuições legalmente definidas.
- Estimular a comunidade a participar das reuniões de Conselho Local de Saúde.

### Metodologia

Visando a atingir os objetivos propostos e utilizando-se desse período como preparatório para as eleições do CLS que estava programado para 29/6/2017, os conselheiros de saúde realizaram uma mobilização, no dia 18/4/2017, abordando os usuários em sala de espera para consulta. Tal mobilização era para ressaltar o papel do conselho, bem como convidar os cadastrados para as reuniões periódicas.

Foi confeccionado um cartaz explicativo sobre o CLS, com uma linguagem simples e de fácil entendimento pela comunidade, que ficou exposto na USF.

Separou-se também um mural na USF apenas para veicular informações sobre o conselho. Nele foram expostos os nomes dos conselheiros e a programação anual de reunião. Após as eleições, na primeira reunião do ano de 2018, foi lido o regimento interno, sanando dúvidas quanto às atribuições de seus membros.

Cada conselheiro foi incentivado a trazer pessoas da comunidade para conhecer a dinâmica desse espaço. Além dessas ações, devido a um assunto de extrema relevância pública e às diversas dúvidas que circulavam entre a população, foi realizado por uma das enfermeiras da USF, no dia 19/1/2018, roda de conversa com os conselheiros abordando o tema Febre Amarela. Dessa maneira, seguimos tentando realizar maior aproximação entre conselheiros-unidade-comunidade.

## Resultados

Nas reuniões de CLS, subsequentes a essas atividades, percebeu-se a adoção de uma postura mais dialógica por parte dos representantes da comunidade, na construção de soluções de problemas. Os conselheiros representantes da comunidade passaram a exercer um papel que vai além da função fiscalizadora. Quanto aos funcionários, esses externalizam com mais clareza as dificuldades enfrentadas dia a dia porque entendem que o conselho é um parceiro na construção de serviço de qualidade à população.

## Considerações finais

A experiência relatada acima foi um disparador do processo de reaproximação desses sujeitos na busca da construção de um espaço para o exercício da cidadania e, conseqüentemente, de um serviço de saúde de qualidade que melhor atenda às necessidades da comunidade.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

2. Vieira AM, Neto JM, Crepaldi TMS, Saito RXS. O trabalho em equipe no Programa Saúde da Família: integração para a integralidade da assistência. In: Saito RXS (Org). Integralidade da Atenção: organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito. São Paulo: Martinari, 2008. P. 17- 46.

3. Rolim LB, Cruz RSBLN, Sampaio KJAJ. Participação popular e controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. Saúde em Debate. 2013 Jan/mar; 37(96): 139-147.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

5. Santo André. Lei nº 9.698, de 19 de junho de 2015. Dispõe sobre a Conferência Municipal de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde, os Conselhos Locais de Saúde e dá outras providências. Santo André, 2015. Disponível em: <http://www2.santoandre.sp.gov.br/index.php/legislacao-conselho-saude>

6. Soratto J, Witt RR, Faria EM. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. Physis, Revista de Saúde Coletiva. 2010; 20(4): 1227-1243.

7. Campos L, Wendhausen A. Participação em Saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2007 Abr/jun; 16(2): 271-279.

# Programa de Assistência Integral em Saúde Bucal entre Escolares no Município de Ilhabela: histórico de 2005 aos dias atuais

*Program of Comprehensive Oral Health Care among Schoolchildren in the Municipality of Ilhabela: historical from 2005 to the present day*

Henrique Cavalli Torres<sup>I</sup>, Antônio Carlos Cardoso Galante<sup>II</sup>

## Resumo

O trabalho descreve o Programa de Saúde Bucal com crianças de 0 a 16 anos implementado pela Secretaria Municipal de Saúde em parceria com a Secretaria de Educação de Ilhabela – SP, a partir de 2005, baseado no Programa Brasil Sorridente lançado em 2004<sup>I</sup>. O programa consiste na intervenção de quatro Agentes de Saúde Bucal que visitam mensalmente todas as escolas municipais realizando orientações de higiene oral, evidenciação de placa bacteriana e escovação supervisionada durante o ano letivo. Concomitantemente, os cirurgiões dentistas e suas auxiliares visitam as escolas semestralmente para avaliação de risco, orientações e aplicação tópica de flúor, encaminhando para a Unidade de Saúde todas as crianças com necessidade de tratamento. Como resultado do Programa, observou-se uma diminuição acentuada de cáries. Em 2006, as crianças sem cáries aos 12 anos representavam 47,75% e CPOD de 5,80; em 2017, a porcentagem aumentou para 80,88% e CPOD 0,99.

**Palavras-chave:** saúde bucal entre escolares, ações preventivas, redução de cáries.

## Abstract

This paper describes the Oral Health Program with children from 0 to 16 years of age implemented by the Municipal Health Secretary in partnership with the Education Department of Ilhabela - SP, Brazil, starting in 2005, based on the Brasil Sorridente Program launched in 2004. The program consists of the intervention of four Oral Health Agents who visit monthly all municipal schools conducting oral hygiene guidelines, plaque disclosure and supervised brushing during the school year. At the same time, dental surgeons and their assistants visit the schools every six months for risk assessment, guidelines and topical application of fluoride, sending all children in need of treatment to the Health Unit. As a result of the Program, there has been a marked decrease in caries. In 2006, children without cavities at age 12 represented 47.75% and DMFT of 5.80, while in 2017, the percentage of children without cavities increased to 80.88% and DMFT decreased to 0.99.

**Keywords:** oral health care among schoolchildren, preventive actions, decrease in caries.

<sup>I</sup>Henrique Cavalli Torres (licoilha@hotmail.com), é cirurgião dentista da USF, Coordenador de Saúde Bucal, graduado pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – Bauru USP, especialista em Saúde Pública pela Unesp e Estratégia de Saúde da Família pela Unifesp.

<sup>II</sup>Antônio Carlos Cardoso Galante (accgalante@hotmail.com), é cirurgião dentista da ESF Água Branca, graduado pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - USP, especialista em Estratégia de Saúde da Família pela Unifesp e mestrando em Formação Interdisciplinar em Saúde Pela FOUSSP.

## Introdução e justificativa

A Atenção Básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável pelos programas de Estratégia de Saúde da Família (ESF)<sup>2</sup> que organizam a atuação de profissionais de saúde em ações individuais e coletivas na promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação (BRASIL, 2000)<sup>2</sup>.

Desde a implantação do BRASIL SORRILENTE<sup>1</sup>, em 2004, o direcionamento de abordagens familiares e de defesa da vida vem sendo construídas com a integração da saúde bucal na ESF, difundindo os saberes e práticas interdisciplinares e multiprofissionais, qualificando a atuação do Cirurgião Dentista (CD), mudando seu histórico com foco meramente assistencialista e uniprofissional (BRASIL, 2008)<sup>3</sup>.

O modelo organizacional da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no município de Ilhabela consiste em 10 CDs inseridos em 11 equipes de ESF modalidade I, mais três CDs com período de 20 horas semanais para coberturas e pronto atendimento, além de quatro Agentes Comunitários de Saúde Bucal (ACSB), para uma população estimada em 2017 pelo IBGE em 33.354 habitantes e uma taxa de escolarização de 98, 3% nas idades de 6 a 14 anos, conforme Censo de 2010 (BRASIL, 2010)<sup>4</sup>.

## Objetivos

O objetivo do programa é realizar ações preventivas e educacionais junto aos escolares, visando ao controle epidemiológico de grupos de crianças de 0 a 16 anos, diminuição de cáries e problemas relacionados à saúde bucal, além de fortalecer a parceria com a Secretaria

de Educação e conscientização dos pais/responsáveis em sua corresponsabilidade no processo de saúde.

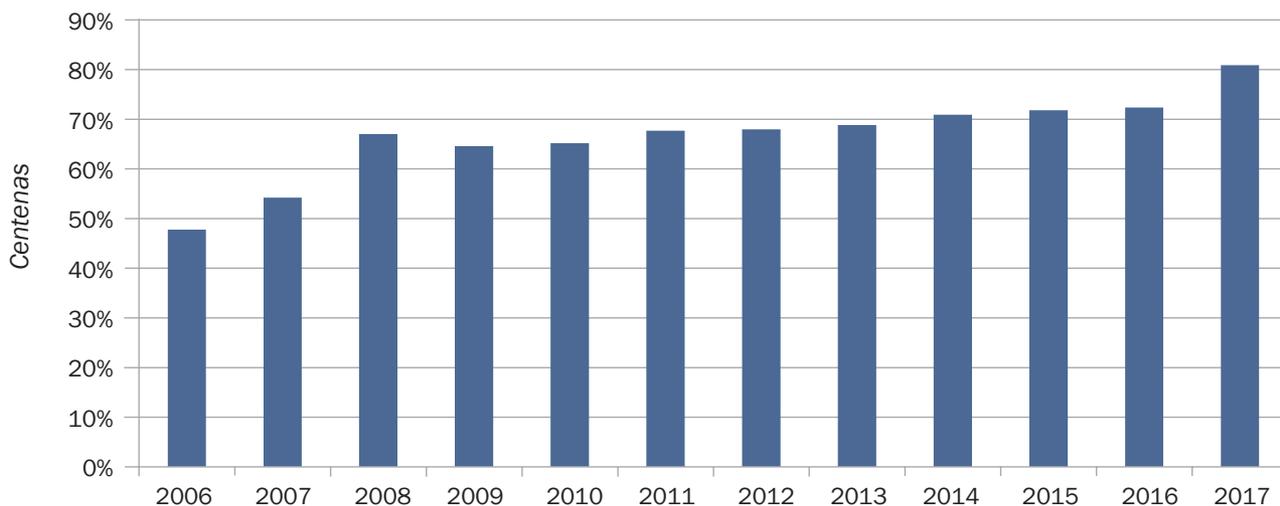
## Metodologia

O trabalho iniciou em 2005 com a estruturação da parceria entre as secretarias de Educação e Saúde. A montagem do sistema organizacional da atenção à saúde bucal no município acontece com idas mensais de quatro ACSBs nas escolas para execução de orientação de higiene oral, evidenciação de placa bacteriana, escovação supervisionada e ações de educação em saúde, de tal forma que todas as crianças envolvidas tenham no mínimo uma participação mensal; idas semestrais do CD, sua auxiliar e ASCB para exame epidemiológico, avaliação de risco, aplicação tópica de flúor e encaminhamento dos indivíduos com maior risco para a Unidade Básica de Saúde (UBS) para início do tratamento imediato; participação semestral em reunião de pais/responsáveis e, também com professores e coordenação da escola. Os horários dessas reuniões são agendados de acordo com o cronograma de reuniões da própria escola durante a Hora de Trabalho Pedagógica Coletiva (HTPC). O município integra 36 unidades escolares, sendo oito em Comunidades Tradicionais Caiçaras e nove unidades de creches, com 6 mil alunos no total.

## Resultados

Em 2006 a porcentagem de crianças sem cáries era de 47,75% e em 2017 passou a ser 80,88%. O aumento desse percentual pode ser observado no gráfico 1:

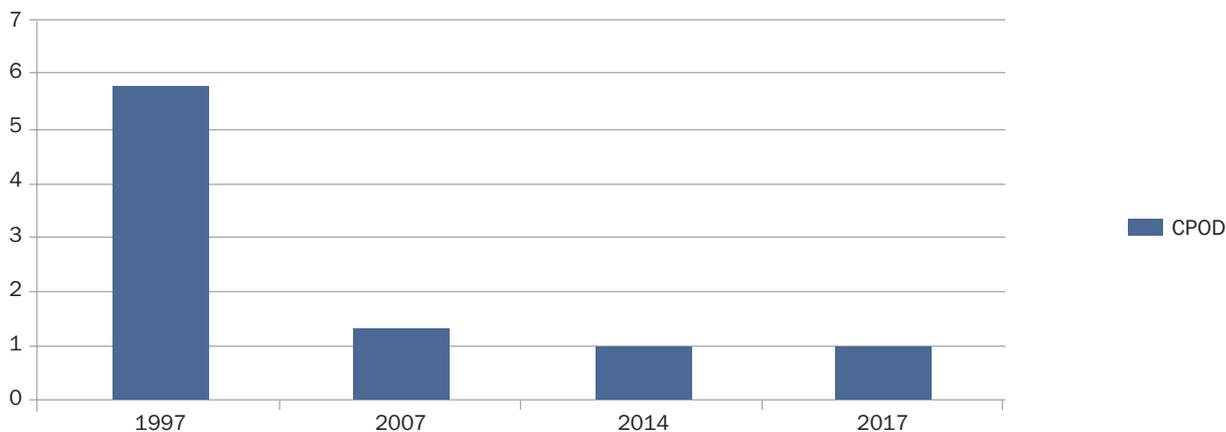
**Gráfico 1**



O primeiro levantamento epidemiológico do município foi feito em 1997 e apresentou CPOD AOS 12 anos de 5,80. Em 2007 o CPOD aos 12 anos era 1,36 em 2014 CPODO aos 12 anos 0,99. Este índice se mantém estável

nos dias de hoje e vale ressaltar que 90% das crianças possuem o elemento O (Obturado) como marcador, demonstrando acesso integral também ao atendimento individual, quando necessitam.

**Gráfico 2**



**Considerações finais**

O declínio no número de cáries entre escolares mostrado nesse trabalho evidencia que uma assistência odontológica eficiente e eficaz pode ser baseada em intervenções educativas e preventivas, sem a necessidade de espaços complexos, equipamentos, instrumentais e

alta tecnologia. Recursos humanos habilitados e atualizados no planejamento, organização e amparo científico em espaços sociais e comunitários são imprescindíveis dentro dos princípios doutrinários e organizativos do SUS <sup>2</sup>.

A assistência odontológica centrada somente no indivíduo em práticas de procedimentos técnicos curativos volta-se em uma direção dissociada da Odontologia Sanitária, onde o trabalho organizado na comunidade, para a comunidade e vindo da comunidade possibilita bons resultados na atenção em saúde bucal.

#### Referências

1. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasil: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2004. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf) Acesso em 6/10/2014.
2. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. A implantação da unidade de saúde da família. Brasília, 2000. 44 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_unidade\\_saude\\_familia\\_cab1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf). Acesso em: 12 fev. 2018.
3. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf). Acesso em: 12 fev. 2018.
4. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional**. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/ilhabela/panorama>. Acesso em: 12 fev. 2018.

# Projeto Agente Mirim contra Dengue com alunos do 1º ao 5º ano nas escolas municipais e particulares do município de Descalvado/SP

**Project Junior Agent Against Dengue with students from 1st to 5th year in municipal and private schools in the municipality of Descalvado / SP**

Eukira Enilde Monzani<sup>i</sup>, Maria de Lourdes Cordeiro Santana<sup>ii</sup>, Silvio Donizete Franceschini<sup>iii</sup>

## Resumo

Sabendo da importância da prevenção da dengue, este projeto foi desenvolvido na intenção de atingir o máximo de pessoas possíveis no município de Descalvado. Optou-se pela abordagem do tema através da conscientização e mobilização de crianças, estudantes da rede pública e particular, uma vez que esses são os melhores e mais eficazes disseminadores de informações. As ações nas escolas tiveram início no ano de 2015, se desenrolando em anos posteriores com ações complementares, e atualmente é realizada ao menos uma vez ao ano. Este projeto foi desenvolvido em parceria com NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), Vigilância Epidemiológica, Controle de Vetores, Atenção Básica, Secretaria da Educação e PSE (Programa Saúde na Escola), obtendo resultados positivos como, por exemplo, a diminuição de criadouros e de casos de doenças relacionadas ao *Aedes Aegypti* no município.

**Palavras-chave:** dengue, prevenção, NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), PSE (Programa Saúde na Escola).

## Abstract

Knowing the importance of dengue prevention, this project was developed with the intention of reach as many people as possible in the municipality of Descalvado. It was decided to approach the theme through the awareness and mobilization of children, public and private students, since these are the best and most effective disseminators of information. The actions in the schools began in the year 2015, unfolding in later years with complementary actions and is currently carried out at least once a year. This project was developed in partnership with NASF (Family Health Support Center), Epidemiological Surveillance, Vectors Control, Primary Care, Secretary of Education and PSE (Health at School Program), obtaining positive results, such as the reduction of breeding sites and cases of diseases related to *Aedes Aegypti* in the municipality.

**Keywords:** dengue, prevention, NASF (Family Health Support Center), PSE (Health at School Program).

## Introdução

Como sabemos, a dengue é uma doença tropical infecciosa causada pelo vírus da dengue, um arbovírus da família Flaviviridae, gênero Flavivírus, e inclui quatro tipos

imunológicos: DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4, sendo caracterizada como a doença viral que mais se espalha pelo mundo.<sup>1, 2, 3</sup>

Desde a Segunda Guerra Mundial, a dengue se tornou um problema global e é endêmica em mais de 110 países diferentes.<sup>3</sup> Estima-se que 2,5 bilhões de pessoas no mundo vivam em área de risco de transmissão do vírus, o que causa entre 50 milhões e 100 milhões de infecções e 20 mil mortes anualmente.<sup>1, 3</sup>

<sup>i</sup> Eukira Enilde Monzani (eukiram@yahoo.com.br) é Médica Veterinária; Especialização em Reprodução e Produção de Bovinos, Mestrado em Produção Animal; Médica Veterinária NASF; Prefeitura Municipal de Descalvado.

<sup>ii</sup> Maria de Lourdes Cordeiro Santana (thalu.santana@gmail.com) é Enfermeira; Chefe de Vigilância Epidemiológica; Prefeitura Municipal de Descalvado.

<sup>iii</sup> Silvio Donizete Franceschini (silvio.franceschini@yahoo.com.br) é Químico; Chefe da Seção de Vigilância em Saúde; Prefeitura Municipal de Descalvado.

Os sintomas podem incluir febre, dor de cabeça, dores musculares e articulares e erupção cutânea. Em uma pequena proporção de casos, a doença pode evoluir para a dengue hemorrágica com risco de morte.<sup>3</sup>

Visto a grande importância de prevenção da dengue, este projeto foi criado como um acréscimo às atividades desenvolvidas no PSE (Programa Saúde na Escola) para realizar a ação com crianças do 1º ao 5º ano em escolas públicas e particulares, pois é o local onde abrange maior quantidade de crianças em desenvolvimento e adquirindo conhecimento. Esses são os melhores disseminadores de informações e absorvem as informações transmitidas.

O projeto teve como objetivo mobilizar e conscientizar a população através das crianças para que se envolvam nas ações de controle ao *Aedes Aegypti*, visando à eliminação de criadouros e, conseqüentemente, à diminuição de agravos relacionados à dengue, chikungunya, zika e, dessa maneira, controlar os índices de Breteau e diminuir os casos das doenças no município.

Teve início no mês de junho de 2015, com realização da ação separadamente em cada sala de aula em cinco escolas públicas e três escolas particulares. Nos anos seguintes foram realizadas ações para complementar o projeto, visto que surgiram outras doenças transmitidas pelo *Aedes*, e este projeto continua sendo aplicado até o momento, porém, anualmente tem alterações necessárias.

Foi realizada uma parceria entre Vigilância Epidemiológica, NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), Controle de Vetores, Atenção Básica, Secretaria da Educação e PSE (Programa Saúde na Escola) para realizar a ação.

A Vigilância Epidemiológica ficou responsável por transmitir as informações aos profissionais do NASF sempre deixando-os atualizados sobre as notificações e casos positivos. A equipe do NASF, peça-chave no desenvolvimento das ações, ficou

responsável pela confecção dos materiais e a realização das ações nas escolas. O Controle de Vetores auxiliou nas visitas domiciliares para verificar presença de criadouros. A Secretaria da Educação auxiliou no desenvolvimento e revisão dos materiais, assim como na parceria com a Secretaria da Saúde para desenvolvimento das ações nas escolas.

Os profissionais da equipe NASF (Médica Veterinária, Nutricionista, Psicóloga, Fisioterapeuta, Assistente Social e Educadora Física) desenvolveram uma cartilha com atividades lúdicas, algumas brincadeiras e informações para interagir e levar conhecimentos para as crianças. Essa cartilha foi revisada pelos profissionais das secretarias da Saúde e Educação.

Além da cartilha, foi criado uma sacolinha como as que são colocadas em carros, um adesivo com os dizeres “Aqui mora um Agente Mirim contra a Dengue” e um crachá, onde a criança colocava o nome para que o Agente Mirim tivesse uma identificação.



**Figura 1:** Material desenvolvido e utilizado durante as ações nas escolas.

Após a confecção de todo o material, os profissionais do NASF realizaram a ação nas escolas públicas e particulares do município abrangendo alunos do 1º ao 5º ano. Foi colocado um vídeo na sala de aula para as crianças conhecerem o trabalho de um agente mirim, para elucidar as ações que podem realizar sozinhos e as ações que precisam da ajuda de um adulto para ser realizada, e elaborado um convite para que os alunos se tornassem agentes mirins contra a dengue. Após o vídeo, foi entregue a cartilha, a sacolinha e o crachá para que eles pudessem preencher e utilizá-lo como identificação. Além disso, foi informado para os alunos a quantidade de casos de dengue que haviam no município; esses dados eram informados pela Vigilância Epidemiológica.

Esses alunos foram orientados para retransmitirem as informações recebidas aos familiares, vizinhos, amigos, enfim, para o maior número de pessoas que pudessem abranger. Também foram avisados que seriam sorteadas algumas casas, as quais receberiam visita para verificar se havia a presença de possíveis criadouros do mosquito nas residências. Foi sorteado um aluno por sala de aula de cada escola.

As visitas foram realizadas pelos profissionais do NASF e Controle de Vetores, e as casas que se encontravam sem criadouros do mosquito recebiam o adesivo e as crianças, em sua maioria, colavam o adesivo no portão e recebiam a

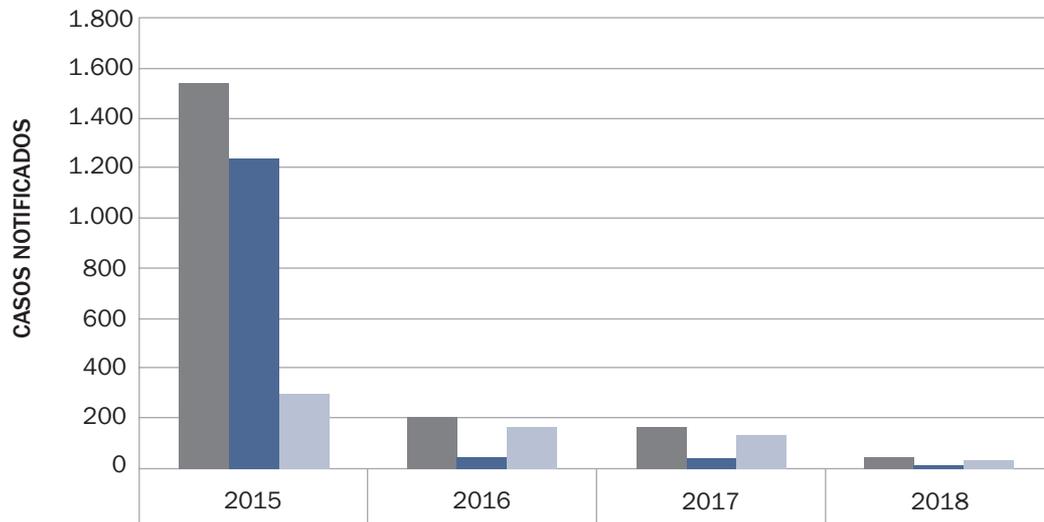
orientação de sempre observarem dentro e fora da residência para evitar a presença de possíveis criadouros. Nas casas onde encontrava criadouros, não era entregue o adesivo, e os moradores recebiam orientações para eliminar esses criadouros e evitar que houvesse a presença de outros criadouros, visto que a maioria dos criadouros encontrados eram “produzidos” pelo próprio homem.

Houve grande adesão a esse projeto, despertando muito interesse pelo assunto nas crianças que, por sua vez, cobravam dos pais para sempre observarem a presença de possíveis criadouros. Desta maneira, houve uma contribuição para melhorar a qualidade de vida da população e diminuição nos casos de dengue nos anos de 2016 e 2017.

Também foi observado a diminuição de criadouros do mosquito pelo fato de ter ocorrido a disseminação de informações por parte das crianças e, conseqüentemente, não houve epidemias no município nos anos seguintes ao início da ação. Houve controle satisfatório do índice de Breteau e dos casos das doenças.

Na gráfico a seguir pode-se observar a quantidade de casos notificados e positivos de dengue de 2015 a junho de 2018; chikungunya em 2017 foram notificados 5 e destes 2 foram positivos; em 2018 foram notificados 4, e os 4 foram negativos. Não houve casos de zika notificados no município até o momento.

### Notificações de Dengue



■ NOTIFICADOS	1.539	200	165	40
■ POSITIVOS	1.238	39	32	3
■ NEGATIVOS	301	161	133	37

A ação nas escolas com o projeto agente mirim é realizada anualmente, cada ano é realizada uma ação para acrescentar informações. Há anos em que um pessoa se veste com uma fantasia de mosquito e acompanha o desenvolvimento das atividades nas escolas para que a ação fique mais lúdica e prenda a atenção dos alunos. Também foi realizada uma parceria com a Universidade Brasil, para que os alunos do curso de medicina veterinária auxiliassem em algumas ações realizada nas escolas.

#### Referências

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dengue. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/dengue>>. Acesso em: 01 mar 2018.
2. SITE DA DENGUE. Sobre a Dengue. Disponível em: <<http://www.dengue.org.br/dengue.html>>. Acesso em 1º mar 2018.
3. WIKIPÉDIA. Dengue. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Dengue>>. Acesso em: 1º mar 2018.

# Rodinha de conversa – um olhar para a saúde mental infantil na atenção básica

*Yarning circle – a look at children's mental health in basic attention*

Júlia Calixto Colturato<sup>1</sup>, Iara Bega de Paiva<sup>II</sup>

## Resumo

A partir da observação da alta demanda de questões relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes, verificou-se uma necessidade de proporcionar um espaço de acolhimento para questões referentes à temática da saúde mental infantil. O espaço foi criado para que essas questões, que muitas vezes ficam polarizadas entre olhares das equipes de Educação e CAPSi, sejam acompanhadas e referenciadas nas Unidades de Saúde da Família. O trabalho é feito com as crianças e seus responsáveis e são acompanhados por membros da USAFA e NASF. Ainda que existam dificuldades no processo de implementação do grupo, tal espaço auxilia na organização do fluxo da saúde mental infantil, diminui a demanda dos CAPS infantis, colabora para despatologização do comportamento infantil e auxilia no acolhimento das angústias dos responsáveis. O trabalho segue em construção, para que possamos garantir uma rede acolhedora, que enxergue o usuário que acessa de forma integral e humanizada, como o SUS preconiza.

**Palavras-chave:** saúde mental infantil, atenção básica, medicalização da infância.

## Abstract

Since the observation of high questions demand related to the children's mental health and adolescents, it was verified a necessity to provide a host space for questions related to the children's mental health thematic. The space was created to these questions, which many times get polarized between looks of the Education teams and CAPSi, be accompanied and referenced in the Family Health Units. The monitoring is done with the children and their accountables and are accompanied by members of USAFA and NASF. Although there are difficulties in the process of group implementation, such space assists in flow organization of children's mental health, decreases the demand of children's CAPS, collaborates for depathologization of children's behavior and help in welcoming the anguish of those responsables. The job continues under construction, so we can ensure a welcoming environment and that sees the user who accesses it in an integral and humanized way, as SUS advocates.

**Keywords:** children's mental health, basic attention, medicalization of childhood.

## Introdução e justificativa

A partir da observação da alta demanda de questões relacionadas à saúde mental/sufrimento psíquico de crianças e adolescentes no município do Guarujá, tanto nas Unidades

de Saúde da Família quanto no CAPSi, verificou-se uma necessidade de proporcionar um espaço de acolhimento para questões referentes à temática da saúde mental infantil nos espaços da Atenção Básica.

Levando em consideração que o Brasil é o segundo país que mais consome Ritalina<sup>1</sup> – droga indicada para crianças com diagnóstico de algum distúrbio no aprendizado ou agitação excessiva – e o lugar de cuidador também é um lugar

<sup>I</sup> Júlia Calixto Colturato (j.colturato@gmail.com) é formada em Psicologia pela UNIFESP campus Baixada Santista, atua como psicóloga de NASF no município de Guarujá.

<sup>II</sup> Iara Bega de Paiva (rapsguaruja@gmail.com) é Psicóloga clínica, especialista em psicologia psicanalítica focada na relação mãe-bebê, atua como coordenadora de saúde mental e articuladora da RAPS no município de Guarujá.

que pode causar um sofrimento psíquico, essa estratégia foi pensada para combater a ideia de patologização de comportamentos tipicamente infantis.

Para que esse trabalho pudesse ser desenvolvido, foi necessário levar em consideração que o trabalho com crianças difere do trabalho com adultos, tanto pela temática/problemática quanto pela abordagem utilizada (trabalho lúdico e necessidade de acompanhamento com as famílias), dessa forma, demandando um olhar especial para as questões referentes ao momento do desenvolvimento que a criança se encontra.

### Objetivos

O presente trabalho tem como objetivo poder identificar e acolher as demandas de saúde mental infantil que muitas vezes ficam polarizadas entre olhares das equipes de Educação e CAPS infantil, propiciando uma nova compreensão possível, e preconizar a integralidade do sujeito que é referenciado na Atenção Básica. Para que esse objetivo seja alcançado, há que se trabalhar interdisciplinarmente (fazem parte dos grupos: enfermeiros, médicos, dentistas, agentes comunitários de saúde, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas) e intersetorialmente (em parceria com escola, serviços especializados de saúde, assistência social, bem como com a família e outros meios em que essa criança possa estar inserida) na compreensão do sofrimento psíquico infantil.

### Metodologia

As *rodinhas* funcionam em atendimentos grupais quinzenalmente aos pais/responsáveis e às crianças, de maneira intercalada, com duração de uma hora, aproximadamente, para cada grupo.

Entende-se a importância de separar responsáveis e crianças devido ao entendimento de que as crianças necessitam de um espaço acolhedor e lúdico para que possam se expressar conforme os aspectos referentes ao seu desenvolvimento emocional e psíquico, através da produção de materiais gráficos (desenhos) e de brincadeiras. Do mesmo modo, os pais e/ou responsáveis necessitam de um espaço de acolhimento para suas questões enquanto *pais ou responsáveis* daquela criança (não apenas adultos), podendo ser ouvidos, acolhidos e orientados no desenvolvimento e exercício de sua parentalidade, acolhimento esse que percebemos não ser ofertado/percebido nos demais espaços que eles frequentam.

Desse modo, entendemos que a divisão entre crianças e responsáveis seja essencial para que o grupo não se torne um espaço de pais/responsáveis queixando-se sobre as crianças, em que elas sintam-se expostas diante de outros adultos/pais.

O grupo funciona quinzenalmente/intercalado para que as equipes possam acompanhar os dois grupos e trabalhar as questões que emergem em ambos, diminuindo o comprometimento das agendas das equipes. A *rodinha* é acompanhada tanto por membros da USAFA quanto do NASF, visto que esse funciona como equipe de apoio técnico-pedagógico para o desenvolvimento de toda e qualquer atividade e é corresponsável pelos pacientes.

Aposta-se na metodologia de grupo por entender que essas questões – a crescente onda de patologização do comportamento infantil, bem como a medicalização dos mesmos – não dizem respeito apenas a questões individuais ou familiares, mas fazem parte de um modelo de sociedade que ainda pensa em questões de saúde de forma médico-centrada. Desse modo, utilizar-se da metodologia de espaços grupais nos faz olhar para essas problemáticas de forma coletiva e

horizontal, propiciando a possibilidade de pensar em novas formas de intervenção e de invenção do ser criança.

### Resultados

O desenvolvimento do presente trabalho nas unidades de saúde das famílias inseridas no município do Guarujá trouxe resultados significativos nos cuidados com crianças e adolescentes, tais como:

- A despatologização do comportamento infantil.
- Acolhimento de questões relacionadas ao contexto familiar/escolar.
- Horizontalidade no processo de cuidado das crianças – tanto entre a equipe de saúde quanto entre equipe e usuários do serviço.
- Diminuição no “processo de incentivo” à medicalização de crianças e adolescentes.
- Compreensão do contexto social/familiar que essas crianças estão inseridas.
- Questionamento de concepções cristalizadas quanto aos comportamentos infantis, problematizando queixas de “crianças problemas” em possibilidades e formas de expressão de infância: comportamentos que antes eram vistos como “problemas” (ou como patologias) – agitados demais, desafiadores, desatentos, dentre outros – puderam ser enxergados como comportamentos típicos do universo infantil ou que respondem a um contexto social em que a criança em questão está inserida. Desse modo, este comportamento para de ser visto como um problema da criança que deve ser curado e passa a ser enxergado como algo a se cuidar, discutir e refletir.

- Criação de vínculos e repertórios lúdicos.
- Estabelecimento de um fluxo no encaminhamento para a saúde mental ou outros serviços especializados.

### Considerações finais

Ainda que alguns obstáculos existiram (e ainda existem) durante o percurso da implementação da *rodinha de conversa* nas unidades – resistência/despreparo das equipes em acolher as questões de saúde mental infantil, pouca articulação da rede, dificuldade na compreensão dos contextos social/familiar em que essas crianças estão inseridas – grande parte das Unidades de Saúde da Família do município do Guarujá contam hoje com esse espaço de acolhimento. Tal espaço auxilia na organização do fluxo da saúde mental infantil, diminui a demanda dos CAPS infantis e auxiliam no acolhimento às angústias dos pais e responsáveis. O trabalho segue em construção, para que possamos garantir uma rede de saúde acolhedora, que enxergue o usuário que a acessa de forma integral e humanizada, como o SUS preconiza.

### Referências

1. DECOTELLI KM, Bohre LCT, Bicalho PPG. A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder: notas sobre clínica e política. *Psicol. cienc. prof.* 2013 [access on 26 jun 2018];33(2):446-59. doi: S1414-98932013000200014. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932013000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000200014&lng=en&nrm=iso).

## Informações básicas e instruções aos autores

O Boletim do Instituto de Saúde (BIS) é uma publicação semestral do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Com tiragem de 2 mil exemplares, a cada número o BIS apresenta um núcleo temático, definido previamente, além de outros artigos técnico-científicos, escritos por pesquisadores dos diferentes Núcleos de Pesquisa do Instituto, além de autores de outras instituições de Ensino e Pesquisa. A publicação é direcionada a um público leitor formado, primordialmente, por profissionais da área da saúde do SUS, como técnicos, enfermeiros, pesquisadores, médicos e gestores da área da Saúde.

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

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

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

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

**Submissão:** os artigos submetidos para publicação devem ser enviados, em português, para o e-mail [boletim@isaude.sp.gov.br](mailto:boletim@isaude.sp.gov.br) e ter entre 15 mil e 25 mil caracteres, com espaço no total (entre 6 e 7 páginas em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), incluídas as referências bibliográficas, salvo orientações específicas dos editores. O arquivo deve ser enviado em formato Word 97/2003, ou equivalente, a fim de evitar incompatibilidade de comunicação entre diferentes sistemas operacionais. **Figuras e gráficos devem ser enviados à parte.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Tamanho do texto

- Deve ter até 2 mil palavras (excluindo resumo, tabela, figura e referências), no máximo uma tabela ou figura e até 10 referências. Sugere-se a seguinte distribuição das partes do texto: Introdução (até 600 palavras); Método (até 300 palavras); Resultados e Discussão (até 1.000 palavras); Recomendação (até 100 palavras).
- O resumo não precisa ser estruturado, deve ter até 150 palavras e ser apresentado em português e inglês.

### Estrutura do texto

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

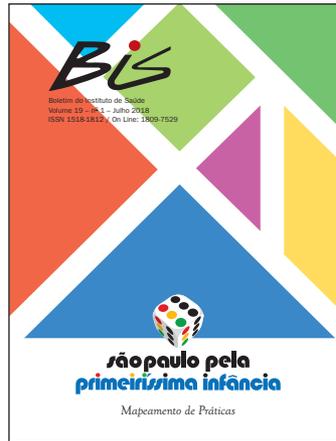
obedecer à seguinte estrutura: Introdução que aborde o contexto de realização do parecer ou informe, o problema estudado e a tecnologia avaliada; Método com pergunta de investigação estruturada, bases de dados de literatura, estratégias de busca de informações científicas, critérios para seleção e análise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

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

# BIS – números já editados



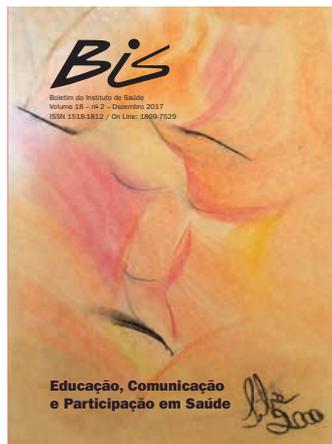
(v. 19 - nº 2) / 2018  
Diversidade Sexual  
e de Gênero



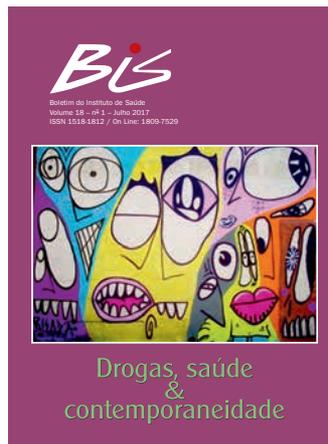
(v. 19 - nº 1) / 2018  
São Paulo pela  
Primeiríssima Infância  
– Mapeamento de Práticas



(v. 18 - suplemento) / 2017  
31º Congresso de Secretários  
Municipais de Saúde do  
Estado de São Paulo



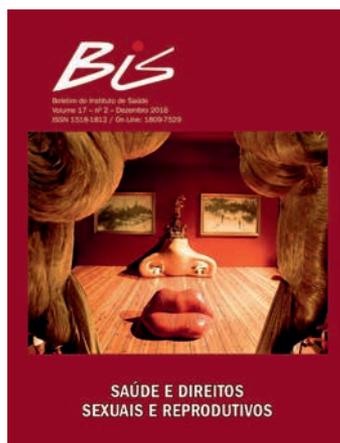
(v. 18 - nº 02) / 2017  
Educação, Comunicação e  
Participação em Saúde



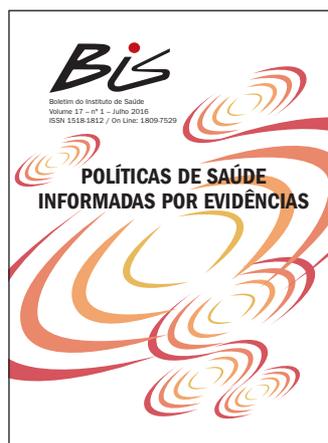
(v. 18 - nº 01) / 2017  
Drogas, saúde &  
contemporaneidade



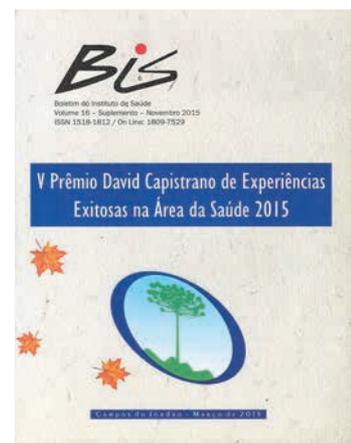
(v. 17 - suplemento) / 2016  
VI Prêmio David Capistrano  
de Experiências Exitosas  
dos Municípios Paulistas



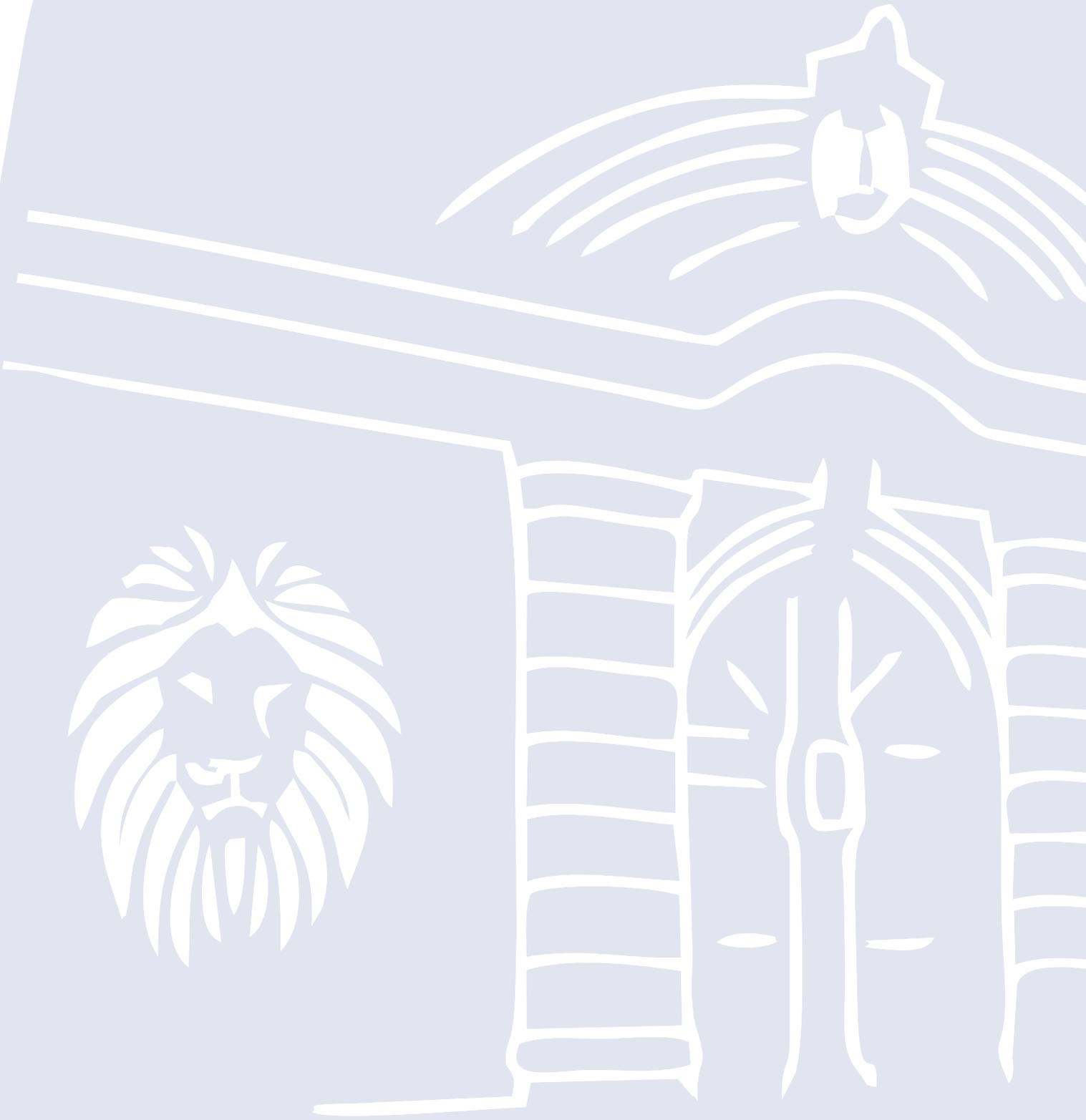
(v. 17 - nº 02) / 2016  
Saúde e direitos  
sexuais e reprodutivos



(v. 17 - nº 01) / 2016  
Políticas de Saúde  
informadas por evidências



(v. 16 - suplemento) / 2015  
V Prêmio David Capistrano  
de Experiências Exitosas  
na Área da Saúde 2015



**SECRETARIA  
DA SAÚDE**



**GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO**