

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

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

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

Resumo

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

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

Abstract

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

Keywords: Professional Development; Successful Experiences; SUS.

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

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

Introdução

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

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

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

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

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

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

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

A marca do congresso e das experiências

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

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

Tabela 1- Distribuição das experiências pelos temas propostos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Atenção Básica

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

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

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

Promoção em Saúde

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

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

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

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

Gestão em Saúde

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

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

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

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

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

Gestão de Pessoas, do Trabalho e Educação em Saúde

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

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

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

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

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

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

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

Por outro lado, vemos que outros três temas somados chegam a um total de apenas 35, ou seja, 6% das 573 experiências apresentadas. São eles Urgência e Emergência, com 9 experiências; Atenção Hospitalar, com 10; e Participação Social com 16. Tratando-se de uma leitura introdutória, parcial e especulativa, igualmente os temas com menor número de trabalhos impõem a tentativa de tecermos considerações.

Urgência e Emergência

Houve nove trabalhos apresentados em Urgência e Emergência e este número de inscrições indica que: “ela é hoje um dos maiores desafios para os gestores SUS, uma vez que é onde finaliza os desfechos e fragilidades de um sistema em constante construção”, nas palavras de um dos participantes da Roda de Conversa. Aqui 8 deles foram inscritos em *cuidado em saúde* e apenas 1 em *gestão do sistema*.

Os trabalhos discutiram ferramentas em busca da eficiência, da inovação da gestão e do cuidado. Especificamente visavam a melhorar a capacidade dos serviços, modernizar e dinamizar os processos administrativos ligados à rapidez do acesso, destacar a importância dos primeiros socorros e melhorar a integração da rede. Para tal enfocavam eminentemente o caráter educativo e o planejamento estratégico na atenção em urgências e emergências, visando a regular e racionalizar a oferta e a demanda ao serviço. Seis das experiências ocorrem no setor saúde e 3 são focadas na ação intersectorial: Corpo de Bombeiros, Companhia de Trânsito e Guarda Municipal.

A Roda de Conversa do tema Urgência e Emergência ocorreu em conjunto com a de Atenção Hospitalar, em vista da proximidade da matéria e o reduzido número de experiências. O número de interessados na discussão suplantou a de trabalhos apresentados e indica as dificuldades e desafios a serem superados. Houve consenso quanto aos imperativos em: organizar a rede, adequar a formação e principalmente prover financiamento compatível com as atribuições e responsabilidades dos serviços.

Atenção Hospitalar

No tema Atenção Hospitalar cabe a observação feita anteriormente, isto é, dos 10 trabalhos apresentados houve menos em *gestão do sistema*,

4, e mais em *cuidados em saúde*, 6. Os debates focaram: o diagnóstico precoce de doenças raras; o acompanhamento terapêutico contínuo e a melhora da qualidade de vida dos indivíduos, em 4 experiências. Também se discutiu questões de financiamento, o aumento do teto em média e alta complexidade e a relação público/privado, destacando-se os obstáculos colocados pelos planos de saúde em arcar com os custos. Houve ainda a experiência de um Ambulatório Especialidades sob gestão municipal e o caminho percorrido no trato com a secretaria estadual de Saúde e o Ministério da Saúde.

A Roda de Conversa conjunta mostrou vivo interesse, não apenas tendo em vista o número de participantes, mas pelo perfil e diversidade – gestores, secretários, obstetrias, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, médicos e advogados – interessados no compartilhamento de vivências e dos desafios enfrentados.

O terceiro tema com o menor número de trabalhos inscritos foi o de Participação Social, com 16. Oito dessas experiências foram apresentadas por Conselheiros de Saúde, todos de cidades de grande porte – Ribeirão Preto, São Bernardo, São Paulo, Jundiá e Baixada Santista. Elas versaram sobre oficinas e cursos de formação e fóruns de articulação. Os objetivos foram: ampliar a participação e o envolvimento da comunidade e os espaços de diálogos entre gestão, trabalhadores e comunidade no Controle Social; praticar e implantar ações de educação permanente; incentivar a implantação de Conselhos Locais de Saúde em outras regiões.

O que chama a atenção aqui são trabalhos que deslocam a concepção usual do assunto. Dois deles enfocaram ações integradas multiprofissionais da assistência no cuidado e no desenvolvimento infantil: aleitamento materno e assistência do pré-natal ao pós-parto. Por uma segunda via, outras duas experiências envolveram jovens de escolas públicas: uma na discussão de temas como DST, gravidez

não planejada e uso abusivo de drogas e outra na organização de conferência municipal da juventude com jovens em situação de risco social. Em ambas a *participação* é entendida principalmente pela valorização e pelo envolvimento da família, comunidade e dos profissionais da saúde nas ações. E um terceiro modo de introduzir o tema – e o segundo em quantidade – foi a ouvidoria. Foram apresentadas experiências em São Paulo, Santo André, Mauá e São Bernardo do Campo onde se buscou sistematizar e mapear manifestações recebidas dos usuários SUS – sugestões, reclamações, denúncias e elogios. Um deles, Santo André, apresentou inclusive uma experiência de ouvidoria itinerante.

Vale assinalar a premência do debate, pois se por um lado há o imperativo da provisão da assistência por parte dos gestores e a necessidade em se avaliar os serviços prestados, por outro lado a ouvidoria é uma estratégia que modifica a compreensão precípua de participação popular no SUS, apontando mais para a fiscalização das ações, dos serviços e da assistência e menos para a participação *lato sensu*, na formulação, planejamento e gestão ou os desafios e as dificuldades para tal.

Outros temas: recentes e consolidados na Saúde Coletiva

Redes de Atenção à Saúde

Fenômeno similar em termos de apropriação parece ocorrer no tema Redes de Atenção à Saúde. Nele foram apresentadas 27 experiências, sendo 15 em *gestão do sistema* e 12 em *cuidados em saúde*. São trabalhos que buscam a universalidade, a equidade e a integralidade por meio de atividades envolvendo grupos e temas específicos – idosos, transmissão vertical da sífilis e HIV, reeducação alimentar; empoderamento familiar e Tele-saúde. Vinte delas se concentra no setor saúde, enquanto outras 7 envolvem setores e instituições

como: Educação, Segurança Pública, Defensoria, Conselho Tutelar, Assistência Social e Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais.

Em suma, apesar de os trabalhos buscarem a melhoria e a qualidade de vida, a ideia de *redes de saúde*, até pela incorporação recente, aparece com características e concepções singulares, dado que a maioria dos trabalhos foi desenvolvida nas próprias unidades de saúde e não com foco na inter-relação com outras unidades ou níveis de complexidade, no intuito da assistência integral do sujeito ou da linha de cuidado.

Vigilância em Saúde, Saúde Mental, Assistência Farmacêutica

Seguindo adiante, vimos que áreas já consolidadas no campo da Saúde Coletiva como a Vigilância em Saúde, a Saúde Mental e a Assistência Farmacêutica também compareceram em bom número na Mostra, apresentando ampla diversidade quanto ao tipo e abrangência das iniciativas, inovação teórico-prática e ousadia nos arranjos organizativos e nas formas de implantação e implementação.

No caso da Vigilância em Saúde foram apresentados 64 trabalhos, 46 deles inscritos em *gestão do sistema* e 18 em *cuidado em saúde*. Elas enfatizaram o planejamento e programação integrados das ações coletivas, inclusive monitoramento e avaliação. Para isso enfocam reestruturação de processos de trabalho com a utilização de dispositivos e metodologias de integração da vigilância tanto na prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde como nas linhas de cuidado, no apoio matricial e nos projetos terapêuticos. Outro ponto destacado foi a Educação Permanente e a mudança das atribuições e capacitação de Agentes Comunitários e Agentes de Vigilância Ambiental em Saúde. Ficou evidenciada a preocupação com a integralidade e a articulação com a Atenção Básica e com os órgãos afins nas esferas estadual (CVS) e nacional (ANVI-

SA), além do Instituto Adolfo Lutz (IAL), Instituto de Criminalística, Instituto Médico Legal e Centro de Controle de Intoxicações (CCI/Unicamp).

A Roda de Conversa desse tema destacou nove experiências em Ribeirão Pires, Araçatuba, Campinas, Carapicuíba, Cubatão, Guarulhos, São Paulo, São Bernardo, Barueri, Santo André, Santos e Jandira, os quatro últimos com experiências intermunicipais. Um dos trabalhos, no enfrentamento da Tuberculose, utilizou a estratégia de centralização do atendimento ao paciente devido à falta de estrutura da atenção básica do município. Na apresentação reconheceu-se que o modelo é oposto ao preconizado pelas políticas de saúde quanto ao acesso e à descentralização da oferta, mas destaca os resultados satisfatórios, melhor adesão e maior índice de cura com redução do tempo de tratamento, melhora na qualidade de vida, resgate social, menor contaminação de familiares. Além da realização de sorologia em 100% dos pacientes, encaminhamento de tabagistas e dependentes químicos para tratamento especializado.

O tema Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas apresentou 54 trabalhos, sendo 18 em *gestão do sistema* e 36 em *cuidados de saúde*. Em linhas gerais, eles procuravam aliar a gestão da clínica ao suporte ambulatorial-emergencial em situações agudas. Mas sempre articulado à ação intersetorial e ao aparato sociojurídico institucional requerido. Assim, 26 experiências buscavam a inclusão por meio de novas estratégias e modelos de atenção adequados aos atuais desafios do movimento antimanicomial: consultório de rua; espaços de convivência de crianças e adolescentes; e capacitação profissional para humanização da assistência. Outros 24 trabalhos apresentaram articulação diversificada e sustentável, há mais de ano implantadas e consolidadas na re/integração social e geração de renda principalmente nos municípios maiores: São Bernardo, Santo André e São Paulo. Quatro

trabalhos referem questões centradas na clínica e na integralidade da assistência, como; controle de morbidades e agravos à saúde; gravidezes indesejadas; e síndromes relacionadas ao uso abusivo de álcool e a outras substâncias psicoativas.

Quanto aos princípios do SUS aparecem referências reiteradas à integralidade, sobretudo interseccional e sociocultural, à equidade e à universalidade. Participação social aparece associada aos arranjos, composição e diversidade dos atores e das redes.

Outro tema já consolidado na Saúde Coletiva é o da Assistência Farmacêutica, presente na Mostra com 24 trabalhos, 18 em *gestão do sistema* e 6 em *cuidado em saúde*. A *gestão do sistema* aparece em 14 trabalhos de implantação e aperfeiçoamento da Assistência Farmacêutica, inclusive um de âmbito regional, Rota dos Bandeirantes. Outros 4 apresentam questões relacionadas à compra de medicamentos no âmbito da judicialização da saúde. Destaque para o fato de 6 trabalhos inscritos em cuidados à saúde: atenção domiciliar, adesão ao tratamento e impacto na saúde da população.

Aqui o potencial de replicabilidade, difusão ou apropriação das experiências segue a tendência de que seja mais baixo quando envolve maior número de órgãos, departamentos ou esferas de governo, no caso em número de seis. Enquanto parece ser mais alto quando se refere a protocolos e mecanismos consolidados na gestão – ata de registro de preços, compras e dispensação. Os princípios do SUS mais recorrentes são a integralidade e a universalidade. A referência à equidade aparece em dois trabalhos e a participação social em outro deles.

Na Roda de Conversa desse tema foi salientado que a *gestão dos medicamentos* – planejamento, compras, provisão – ganha cada vez mais centralidade, inclusive em função de demandas judiciais. Em todo caso, a Política Nacional e as Relações de Medicamentos vêm se consolidando como parâmetros nas ações dos municípios.

Práticas Integrativas e Complementares

Por fim, algumas considerações sobre Práticas Integrativas e Complementares, tema presente na Mostra com 25 trabalhos, sendo 7 em *gestão do sistema* e a maioria, 18, em *cuidados em saúde*, o que seria esperado. Apesar de não ser um dos temas dos mais recorrentes no campo da Saúde Coletiva, por outro lado ele é, sabidamente, um dos que mais tem ganhado reconhecimento e interessados. A maior parte dos trabalhos, 17, são experiências sustentadas e já implantadas há mais de um ano, principalmente nos municípios maiores. Isto se confirma na medida em que 15 deles se encontram implantados e outros 5 em fase de monitoramento e avaliação.

Vinte trabalhos têm abrangência local, relacionados à clínica e praticados no interior de unidades de saúde. Outros dois podem ser considerados regionais devido à magnitude da cidade de São Paulo e também de cunho interseccional: um com o Meio Ambiente e outro em uma experiência com a Assistência Social e a Educação, voltados à formação e qualificação profissional. O chamado potencial de replicabilidade reforça essa ideia, pois que estes dois últimos são considerados baixos ao envolverem nível de qualificação muito específico por parte dos profissionais responsáveis.

As experiências apresentadas e discutidas na Roda de Conversa: foram 13 projetos sobre práticas corporais e meditativas. Outras 7 em medicina tradicional e complementar, inclusive acupuntura no tratamento do crack. E 5 mostraram estratégias de integração das práticas à Atenção Básica articuladas ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Há consenso sobre a necessidade de maior institucionalização e sustentabilidade – investimento, infraestrutura, insumos, pessoal –, o que faz com que boa parte das experiências se mantenha como projetos-pilotos. Foi reconhecida a importância da Política Nacional de Práticas Integrativas

e Complementares, de 2006, mas ainda carece a consolidação das mesmas no SUS.

Todas as experiências buscam a integralidade, sem exceção. Dezenove experiências contemplam também o princípio da universalidade e oito, o da equidade.

Considerações finais

O primeiro aspecto que se impõe ressaltar é que exitosa antes de tudo é a própria efetivação da Mostra. A proposta, a regularidade, a quantidade e a qualidade dos trabalhos representam a iniciativa, o comprometimento – e o cuidado com o cuidado – por parte dos trabalhadores da saúde, das mais variadas formações, setores e áreas.

Como não há a preponderância do viés acadêmico e as eventuais recompensas ou títulos, o ponto comum é a motivação e a disposição para o enfrentamento dos desafios cotidianos e a busca da troca e do diálogo, com arrojo e criatividade. São principalmente ações coletivas para coletivos, com ênfase no caráter de prevenção e promoção da Atenção Básica, na busca da reorientação de modelos de atenção e da reorganização de práticas e de processos de trabalho.

Vale lembrar que as experiências, seus desafios e suas proposições, devem ser lidas à luz de enquadramentos mais amplos, como àqueles discutidos nas duas *Grandes Conversas* realizadas no congresso por autoridades, estudiosos e gestores. Em uma delas tratou-se dos compromissos dos novos governos para garantia do SUS como política de Estado, diante das sabidas descontinuidades nas sucessões municipais. E na outra foram discutidas novas estratégias, no caso a regionalização, como garantia de acesso, de responsabilidade dos gestores e de sustentabilidade financeira.

Em relação aos princípios do SUS, mote das experiências, ganha evidência a busca da integralidade, ainda que não caiba aqui discutir seus

sentidos e significados. Em todo caso, traduz a preocupação central dos gestores e dos profissionais em atingir, de algum modo – ou de vários – o sentido finalístico da ação setorial, sobretudo na assistência. Igualmente se enfatiza a universalidade e a equidade. Já a participação social chama a atenção pela dificuldade de tradução e o trato, quase tangencial.

Para nós, do Instituto de Saúde, o êxito foi o de ter participado, pois a vivência em eventos desta natureza é de importância central na caminhada e na formação dos alunos deste Programa de Aprimoramento, haja vista a oportunidade de entrever o diálogo e a interseção entre saberes e as reflexões teórico-práticas dos profissionais, técnicos, intelectuais e gestores, que escrevem, compõem e tocam o SUS. Como deve ser.

Colaboradores

Ribeiro AAV, Cardoso, BF, Figueiredo CM, Gomes CMS, Duarte IS, Santos LCA, Freire LM, Vitório MF, Silva NF, Lima RJ, Botelho RA, Tesser TR, Marcelo TAR, Silveira TR, alunos do Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) – 2015 do Instituto de Saúde realizaram o trabalho de campo no XXIX Congresso do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS/SP.

Referências

1. Carvalheiro JR. Investigação em Serviços de Saúde: qual é o seu problema? Saúde soc [internet]. 1994. [acesso em 26 jun 2015] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901
2. Ibanhes LC, Ribeiro AAV, Cardoso, BF, Figueiredo CM, Gomes CMS, Duarte IS et al. XXIX Congresso do Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS/SP, Campos do Jordão-SP, 18-20 março 2015: relatório de atividades. São Paulo: Instituto de Saúde; 2015.