

BIS

Boletim do Instituto de Saúde
Volume 20 – nº 1 – Julho 2019
ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529



**Mestrado Profissional em
Saúde Coletiva: traduzindo
conhecimento para o SUS**

Instituto de Saúde

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

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo
Dr. José Henrique Germann Ferreira

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
Tereza Etsuko da Costa Rosa

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 20 – Nº 1 – Julho 2019
ISSN 1518-1812 / On Line 1809-7529
Publicação semestral do Instituto de Saúde
Tiragem: 2000 exemplares
Rua Santo Antônio, 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>

Editor
Márcio Derbli

Editores científicos
Lauro Cesar Ibanhes
Sílvia Regina Dias Medici Saldiva
Sonia Isoyama Venancio

Núcleo de Comunicação Técnico-científica
Camila Garcia Tosetti Pejão

Administração
Bianca de Mattos Santos

Revisão
José Vieira de Aquino

Bibliotecária
Tania Isabel de Andrade

Diagramação
Fatima Regina S. Lima

Editoração, CTP, 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 Carneiro – 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

Marcio Sussumu Hirayama – 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

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

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

Sumário

Editorial	3
Desafios e perspectivas para o ensino e a pesquisa em Saúde Coletiva Tatiana Wargas de Faria Baptista	5
O sistema de avaliação da CAPES e a pós-graduação em Saúde Coletiva Guilherme Loureiro Werneck, Eduarda Ângela Pessoa Cesse	12
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: um programa de formação em defesa do SUS Sonia Isoyama Venancio, Tereza Etsuko da Costa Rosa	21
Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no município de São João da Boa Vista – SP Fernanda Maria Vital Oliveira, Silvia Regina Dias Medici Saldiva	29
Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil: desafios para a sua implantação em um município da Grande São Paulo – SP Mariana Santos Barreto, Silvia Regina Dias Medici Saldiva	37
Elaboração de cartilha sobre indicadores de saúde como estratégia de fortalecimento da Atenção Básica no município de Itapevi – SP Alba Fumiko Simakawa, Sonia Isoyama Venancio	43
Proposta de plano de ação, no âmbito do Programa Saúde na Escola, para prevenção e controle da obesidade infantil em um município da Grande São Paulo – SP Mariangela da Silva Alves Batista	52
Saber Compartilhado no Cuidado ao Portador de <i>Diabetes Mellitus</i> como Produto de uma Pesquisa de Mestrado Profissional Rafael Tadeu de Andrade, Luiza Sterman Heimann	59
Caminhos e Contornos: O Acolhimento na Atenção Básica em São Bernardo do Campo – SP Juliana Bonelli Rodrigues, Lauro Cesar Ibanhes	67
Desafios e avanços na qualificação em “Aconselhamento em amamentação” de enfermeiros da ESF no município de Taubaté – SP Pâmela Bonifacio de Camargo Siqueira, Maria Teresa Cera Sanches, Maria José Guardia Mattar	74
O uso de informações para o processo de territorialização no planejamento da Atenção Básica: uma experiência a partir das doenças renais crônicas no município de São Bernardo do Campo – SP Ricardo Vitorino Marcos, Julia Fernanda Câmara Gampietro, Ligia Schiavon Duarte, Tereza Etsuko da Costa Rosa	83

O Programa de Tratamento do Tabagismo oferecido pelo Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo	
Valeria Longanezi, Maria Cecília Goi Porto Alves	91
Instrumento de Avaliação das ILPI do Município de São Paulo: para além da fiscalização da vigilância sanitária	
Patrícia Maria Bucheroni, Tereza Etsuko da Costa Rosa	99
Saúde da População Síria: percepções dos profissionais da Atenção Primária a Saúde da Supervisão Técnica de Saúde da Mooca no Município de São Paulo	
Sandra Cristina Correia Loureiro Tonini, Suzana Kalckmann	109
Arte-cultura como possibilidade terapêutica na qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde mental: avaliação das experiências do município de Carapicuíba – SP	
Vera Freire Gonçalves, Claudiney Augusto Yamaguti, Suzana Kalckmann	117
Da história da loucura à Reforma Psiquiátrica no SUS: avanços e retrocessos nos modelos assistenciais em saúde mental em Guarulhos – SP	
Helena Saroni, Tereza Etsuko da Costa Rosa.....	124
Grupos de reflexão em Saúde Mental: possibilidade de interlocução entre a Saúde Mental e a Atenção Básica no município de Itapevi – SP	
Claudiney Augusto Yamaguti, Maria de Lima Salum e Morais	132

Esta edição do Boletim do Instituto de Saúde (BIS) traz como conteúdo algumas das pesquisas realizadas pelas duas últimas turmas (2016 e 2018) do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MPSC) do Instituto de Saúde da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (CRH/SES-SP). Desta forma, apresentamos aqui artigos que derivam das dissertações defendidas por profissionais de saúde atuantes no SUS e que desenvolveram suas pesquisas em seus próprios ambientes de trabalho.

A título de contextualização, o primeiro artigo nos remete à reflexão crítica sobre a construção histórica da saúde coletiva como campo de saberes e de práticas, multiparadigmático e interdisciplinar; o segundo artigo aborda o processo de avaliação dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva discutindo o esgotamento do atual modelo e a necessidade de sua renovação; e o terceiro apresenta a trajetória do MPSC, com as principais lições aprendidas, desafios e perspectivas para o futuro.

O Programa tem como foco a Gestão e as Práticas em Saúde e como linhas de pesquisa: Práticas de Saúde; Sistemas e Serviços de Saúde; Condições de Vida e Situação de Saúde e Aleitamento Materno e Nutrição em Saúde Coletiva. Os artigos, portanto, vão transitar por essas linhas, mais especificamente pelas demandas apresentadas pelos serviços dos alunos do Programa, identificadas em conjunto com seus pares.

O leitor tem às suas mãos avaliações sobre a implementação de programas voltados à Política de Alimentação e Nutrição em municípios

paulistas, como o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) e a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Conhecerá também planos de ação, pesquisa-intervenção e processos de elaboração de cartilhas para aprimorar programas e solucionar questões de saúde como o controle da obesidade infantil, a melhora dos cuidados em pacientes diabéticos ou o fortalecimento da Atenção Básica, entre outros temas. Poderá também se familiarizar com avaliações de políticas, serviços ou processos de saúde, tais como o tratamento de tabagismo, as ações desenvolvidas pela Vigilância Sanitária nas instituições de longa permanência para idosos, as percepções, atitudes e práticas dos profissionais de Unidades Básicas de Saúde sobre determinadas populações e temas ligados à saúde mental.

Este número do BIS também pretende celebrar os 50 anos do Instituto de Saúde (IS), completados no dia 16 de julho de 2019. A difusão dessas pesquisas é, de certa forma, uma amalgama do tripé que sustenta a missão do IS: a produção do conhecimento, a formação/capacitação de recursos humanos e assessoria (neste caso, indireta) às diversas instâncias de origens de nossos alunos. Assim, entendemos que sua publicação é uma justa homenagem à instituição e a todos que dela fazem (ou fizeram) parte.

Boa leitura!

Comissão de Pós-Graduação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo – CRH/SES-SP

Desafios e perspectivas para o ensino e a pesquisa em Saúde Coletiva

Challenges and perspectives for teaching and research in Collective Health

Tatiana Wargas de Faria Baptista¹

Resumo

O artigo aborda o projeto de formação em saúde coletiva que alavancou o movimento de reforma sanitária brasileira e que possibilitou a definição de uma nova política pública de saúde a partir da Constituição Federal de 1988. Discute as inflexões e constrangimentos que tal projeto sofreu com a consolidação das políticas de Saúde, Ciência e Tecnologia e do Sistema de Pós-Graduação, a partir da década de 1990. Aponta para os desafios da saúde coletiva como campo de conhecimento bem como os desafios como campo de prática, trazendo elementos da conjuntura para a sustentação da política pública de saúde na perspectiva da reforma sanitária.

Palavras-chave: saúde coletiva; reforma sanitária; ensino em saúde.

Abstract

This article approaches the collective health training project that produced the Brazilian health reform movement and enabled the definition of a new public health policy from the Federal Constitution of 1988. It discusses the inflections and constraints that such a project has suffered the consolidation of Health, Science and Technology policies and the Postgraduate System, starting in the 1990s. It points to the challenges of collective health as a field of knowledge as well as challenges as a field of practice, bringing elements of the conjuncture to the support of public health policy in the perspective of health reform.

Keywords: collective health, health reform, health education.

Introdução

No final da década de 1970 a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Abrasco, começava a ganhar contornos institucionais e promovia encontros para discutir o ensino e a formação em pós-graduação em saúde coletiva. Os encontros produziram publicações que se tornaram importantes referências para o campo, pois traziam as discussões dos currículos e projetos formativos dos cursos de residência, especialização, mestrado e doutorado.

Dessa forma, difundia-se o projeto de formação da saúde coletiva e buscava-se uma chave de entendimento sobre políticas e práticas de saúde a serem desenvolvidas. Dois temas apareciam como centrais: a determinação social da doença e o processo de medicalização, ancorando a crítica à prática médica e ao modelo preconizado de atenção à saúde.

Após quatro décadas dessa produção e de uma trajetória de institucionalização do campo, revisitamos a questão do ensino em saúde coletiva com o intuito de reconhecer os desafios que

¹ Tatiana Wargas de Faria Baptista (twargas@ensp.fiocruz.br) é Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ. Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz.

² Abrasco. Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro, ABRASCO/PEC/ENSP v.1, v., v.3 1982, 1983 e 1984.

se apresentam no cenário atual para a delimitação de um projeto de formação nessa área.

Este texto tem um duplo objetivo: de um lado, pretende abordar o projeto de formação em saúde coletiva que alavancou o movimento de reforma sanitária e possibilitou a definição de uma nova política pública de saúde a partir da Constituição Federal de 1988; de outro, reconhecer as inflexões e constrangimentos que tal projeto sofreu com a consolidação das políticas de Saúde, de Ciência e Tecnologia e do Sistema de Pós-Graduação a partir da década de 1990. Com essa discussão esperamos contribuir para o reconhecimento dos desafios que se apresentam no tempo presente e indicar caminhos possíveis para a sustentação do projeto da saúde coletiva.

Saúde Coletiva: o enunciado e as apostas

Seguindo a leitura feita por diversos autores do campo¹⁻³, o nascimento ou, pelo menos, a menção a um novo campo de conhecimento intitulado ‘saúde coletiva’ ocorre nos anos 1970, em decorrência de uma análise crítica sobre o projeto da Medicina Preventiva e de suas implicações para a prática médica.

Os primeiros departamentos de Medicina Preventiva e Comunitária no Brasil foram criados nos anos 1960^{III} e a reforma universitária de 1968 expandiu o estabelecimento destes⁴⁻⁵. De 1969 a 1973 os ‘Encontros dos Departamentos de Medicina do Estado de São Paulo’ mobilizaram a discussão de docentes das faculdades de medicina da região e provocaram análises que saíam do recorte específico das ciências da saúde⁶. Docentes como Cecília Donnangelo e Sérgio

Arouca produziram teses que trouxeram para análise o olhar de estranhamento sobre as condições de produção da prática médica, a medicalização e os objetivos da Medicina Preventiva⁷⁻⁹.

Donnangelo e Arouca tomavam de empréstimo o referencial marxista (Marx, Poulantzas, Althusser, Gramsci) e a filosofia da ciência (Canguilhem, Foucault) para analisar a prática médica. Com isso, conseguiram extrapolar as leituras clássicas do campo da saúde, voltadas estritamente para o cuidado da doença, e produziram novos olhares sobre os processos de produção da saúde e da doença, considerando desde o processo propriamente dito do cuidado prestado e do saber que o sustentava – a prática médica – até os processos que atravessavam e interferiam na produção do trabalho em saúde – o processo produtivo em saúde, entendendo o médico como trabalhador inserido numa engrenagem produtiva em favor do capital.

As leituras construídas no Brasil também vinham sendo compartilhadas com outros atores da América Latina, num diálogo estreito com a Opas^{IV}. Delineava-se na América Latina nos anos 1970, o que ficou conhecido como pensamento social em saúde, com reforço de teorias e abordagens das ciências sociais e humanas para a análise do processo saúde-doença, tendo como principais argumentos a crítica ao modelo biomédico, apontando para a iatrogenia da prática (efeitos de uma má medicina) e para a medicalização e normalização dos corpos (individuais e da sociedade) e a crítica a um padrão de atuação do Estado na saúde que não valorizava a discussão sobre as relações entre capital-trabalho-sociedade e seus efeitos sobre a saúde da população. Com o pensamento social em saúde, buscava-se interferir na matriz disciplinar da ‘saúde pública’

^{III} As Universidades que incorporaram a formação em Medicina Preventiva eram as principais: UFBA, USP – capital e Ribeirão Preto e Unicamp. Também se desenvolvia em paralelo a experiência de Medicina Integral, como a da UERJ, num projeto que buscava enfatizar a prática integrada entre ensino-serviço, com alguma diferenciação para o modelo preconizado pela Medicina Preventiva.

^{IV} Juan Cesar Garcia foi um importante articulador e analista crítico das experiências de Medicina Preventiva.

e da 'administração de Estado'¹⁰, com a incorporação de novos saberes e olhares, propondo-se constituir como um campo de conhecimento multidisciplinar, sem qualquer perspectiva hierárquica e valorativa; e como campo amplo de práticas, multiparadigmático e interdisciplinar¹¹.

No Brasil, a aposta num novo saber denominado 'saúde coletiva'^v indicava a necessidade de construção de novas práticas, pautada em saberes diversos e não mais vinculados apenas à ordem médica. Por isso, produções como a de Donnangelo, Arouca e também de Roberto Machado et al¹², Madel Luz¹³, Jurandir Freire Costa¹⁴ e outras, que traziam a lente das ciências humanas e sociais, tornaram-se referências paradigmáticas do campo.

A passagem do debate acadêmico para o debate político significou a expansão de uma discussão que era de ordem teórico-conceitual sobre a prática médica para ambientes que exigiam o convencimento, a negociação e a aproximação com o debate político e administrativo do Estado. Essa aproximação de dois mundos – o acadêmico e o político/gestor – também ocorreu nos anos 1970 e esteve vinculada à trajetória dos atores que participavam desse debate, como militantes de partidos e de movimentos sociais, gestores, profissionais e estudantes da área da saúde.

Nesse contexto, Arouca atuou como um importante mediador entre o debate acadêmico e político ao traduzir a crítica à Medicina Preventiva e apresentar a ideia-chave da reforma sanitária: o 'conceito ampliado de saúde' e a perspectiva do 'direito à saúde', compreendido como bem-estar social, vida digna e decente, num sistema político participativo, democrático.

Arouca não fez esse debate sozinho^{vi}, ao contrário, a politização do campo e a divulgação das ideias que percorriam o âmbito acadêmico já avançavam nos anos 1970 pelas instituições formadoras, com a consolidação de novos cursos de residência, especializações e mestrados, como também em sistemas locais de saúde, com experiências de reorganização da atenção à saúde pautadas nos princípios propostos pela reforma¹⁶.

O que então se constituía como debate político e social ganhou gradativamente o espaço institucional e a reforma começou a se efetivar por dentro do aparato estatal mesmo antes da aprovação de um novo sistema. Do final dos anos 1970 passando pelo governo da Nova República (1985-1989) foram desenvolvidas estratégias políticas que visavam à ampliação do acesso aos serviços de saúde e a integração das ações realizadas no âmbito da saúde e da previdência¹⁷.

A trajetória institucional da reforma logrou alcançar a afirmação do direito universal à saúde na Constituição Federal de 1988 e a opção pela via institucional postergou o enfrentamento político dos modos de operar a prática em saúde e dos agentes produtores de cuidado, em especial a forma de atuação do setor privado no âmbito do Estado. No final da década de 1980 o debate em torno da reforma e a opção institucional se apresentava numa publicação destinada a discutir a Reforma Sanitária¹⁸. Gastão Campos e Sonia Fleury, a partir de diferentes pontos de vista, revelavam os bastidores de um debate sobre as opções políticas da reforma e os desafios que se apresentavam para manutenção de um projeto de mudança social.

^v A denominação saúde coletiva também tem uma razão de ser. Considerando o contexto da ditadura e de não aceitação de qualquer terminologia que remetesse ao projeto socialista a nomenclatura 'saúde coletiva' foi considerada a mais adequada para expressar o projeto de mudança. Não se podia utilizar a nomenclatura 'medicina social' ou outra que remetesse a ideia de social. Já a ideia de coletivo não se chocava com as diretrizes preconizadas pelo governo. Para essa questão ver Garcia⁴.

^{vi} Em 1976, a instituição do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) selou o início de um processo social de reforma sanitária. A revista do Cebes passou a veicular os textos produzidos pelos diferentes atores que circulavam na saúde, tornando-se um importante instrumento de divulgação do conhecimento, de experiências e de mobilização social e política¹⁵. Em 1979 o Cebes apresentava no I Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados o documento 'A Questão Democrática da Saúde' onde os princípios e diretrizes para um novo sistema de saúde já estavam claros.

O cenário dos anos 1990 foi adverso tanto ao debate teórico-conceitual da saúde coletiva como ao debate político preconizado pela reforma sanitária. O caminho possível para a política de saúde ocorreu no contexto de uma Reforma de Estado, com contradições no modelo de desenvolvimento do Estado e no projeto de Seguridade Social; com perdas de recursos para financiamento de políticas sociais e de saúde; com retrocessos no enfrentamento das relações público-privado¹⁹.

No que tange ao campo de conhecimento, a saúde coletiva acompanhou as orientações da Política de Ciência e Tecnologia (C&T) e as regras estabelecidas pelo novo sistema de avaliação a partir dos anos 1990. O Sistema de Pós-Graduação e a Coordenação de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Capes) se desenvolveu de forma importante a partir desta década tendo como orientação principal o estímulo à produção científica e a internacionalização^{20VII}.

O crescimento acelerado da pós-graduação em saúde coletiva trouxe algumas consequências importantes para o projeto da área.

Uma primeira consequência foi a supervalorização da formação *stricto sensu* em relação a uma formação *lato sensu* ou uma formação para o serviço. Como exposto, a saúde coletiva surgiu como um projeto que visava pensar a prática médica, a prática em saúde, buscando aproximar o campo técnico do campo social e acadêmico, definindo-se como um campo de saberes e práticas.

A formação pós-graduada em saúde^{VIII} vista de forma abrangente, em todos os níveis, da especialização ao doutorado, tinha a intenção de estabelecer uma formação implicada no ambiente da prática em saúde. Com a institucionalização do SUS e o desenvolvimento acadêmico do campo a interação entre os níveis de formação sofreu mudanças. A formação de profissionais no âmbito *lato* (especializações, residências) manteve-se muito mais próxima do debate da política de saúde, atendendo às demandas de uma formação para o SUS, enquanto a formação acadêmica em nível *stricto* passou a responder as orientações e incentivos da política de C&T^{IX}. Tal movimento dividiu esforços e trouxe dificuldades na troca de experiências entre esses dois âmbitos da formação, sendo mantido algum diálogo quando ocorreu engajamento de pesquisadores do campo, mas sem a definição de políticas institucionais que favorecessem projetos formativos integradores.

Uma segunda consequência da Política de Pós-Graduação para a saúde coletiva foi a 'epidemiologização do campo'. Em especial a partir dos anos 2000 ocorreu uma maior especialização das subáreas da saúde coletiva, com a epidemiologia delimitando um maior espaço de atuação. Iriart et al²¹ mostram que 49% do total de docentes permanentes dos 40 programas acadêmicos credenciados em 2013 foram classificados como pesquisadores da "subárea" da epidemiologia. Pode-se considerar que esta área foi a que melhor se adaptou ao modelo proposto de avaliação, visto estabelecer maior diálogo com os métodos e discussões

VII A política adotada na década de 1990 levou a um crescimento veloz da Pós-Graduação no País, tanto em termos de oferta de cursos como na produção propriamente dita de artigos científicos. Em 1965 quando os primeiros Programas foram reconhecidos, a Capes identificou 27 mestrados e 11 doutorados no País. Em 2016 a pós-graduação já atingia 3.378 cursos de mestrado, 2.157 de doutorado e 733 de mestrado profissional. Da mesma forma, o número de artigos publicados cresceu a cada década. Nos anos 1980 a produção estava bem abaixo de 5 mil artigos e em 2015 alcançava 40 mil artigos. Informações retiradas do Portal da Capes - Geocapes, 2018. Disponível em: <https://geocapes.capes.gov.br/geocapes/#> Acesso em 27 de setembro de 2018.

VIII Vale lembrar que o campo inicia com o foco na pós-graduação e somente nos anos 2000 a pauta da graduação ganha maior espaço. Ainda assim na Lei Orgânica da Saúde de 1990 está estabelecido o papel do Ministério da Saúde na orientação da formação em saúde. Ou seja, a atuação na definição curricular dos currículos de graduação.

IX Nos anos 2000 com o desenvolvimento do projeto de mestrados profissionais ocorre uma nova aproximação do âmbito profissional no contexto da formação *stricto*, mas o modelo de formação e de avaliação dos Programas também foram mantidos dentro da lógica do *stricto* acadêmico sendo esta uma pauta em constante debate nos momentos da avaliação.

das ciências da saúde e ter maior facilidade para publicar seus estudos^x. A epidemiologização do campo coloca questões específicas para se pensar o projeto de formação interdisciplinar proposto na concepção de saúde coletiva.

Soma-se a essa questão reconhecer uma mudança no perfil da produção acadêmica da área desde os primórdios. Em estudo sobre a produção da saúde coletiva de 1990 a 2002, Levkovitz et al²² já apontavam para uma mudança nos objetivos e métodos utilizados nos estudos do campo indicando uma inflexão entre os anos 1970/1980 para 1990/2000. Na primeira fase prevaleciam estudos de base teórico-conceitual com foco na atuação do Estado e análise do modelo de atenção, aos poucos os estudos foram buscando o acompanhamento dos processos políticos e a interação com o âmbito gerencial deixando de lado análises mais abrangentes. Nessa mesma pesquisa reconhece-se a aceleração do crescimento da produção científica a partir do final dos anos 1990 e uma dificuldade maior de identificação das linhas de investigação que alimentavam o projeto da saúde coletiva desde então. Assim, a identidade do campo para a orientação de um projeto de formação já não se apresentava mais de forma clara.

Uma terceira consequência do modelo adotado pela Política refere-se ao estímulo à produção científica com ênfase na publicação internacional. A valorização da publicação internacional tem direcionado nossa ciência para interesses que muitas vezes não estão associados aos problemas e questões que mobilizam nossa realidade. Considerando que a saúde coletiva nasce como um projeto contra-hegemônico de saber e

prática, no diálogo com parceiros da América Latina, seria importante garantir no modelo de avaliação um espaço de fortalecimento e incentivo à produção nacional e regional. Mas o que assistimos nas últimas décadas foi o incentivo contrário e uma desvalorização da produção local, distanciando nossas pesquisas e produções do que interessa na construção de uma prática de saúde condizente com o projeto de saúde coletiva.

Nesse sentido, há que se questionar os pressupostos adotados pelo Sistema de Avaliação da Pós-Graduação de modo a reposicionar o projeto de ciência e de saúde coletiva que se almeja.

Perspectivas para a saúde coletiva, reconstruindo utopias

A Saúde Coletiva como ‘campo de produção de conhecimento e produtor de novas práticas’ sofreu transformações desde sua origem. O campo nasce com a pretensão de desconstruir e desvelar as contradições do cuidado em saúde - em especial da prática médica no primeiro momento - como paradigma das ciências da saúde. Uma importante crítica ao modelo com consequências para a organização do cuidado e do sistema de saúde. Mas gradativamente fixa-se na relação que estabelece com a política, seja setorial da saúde, seja de C&T, se especializando como conhecimento e fragmentando o próprio pensar em saúde. Distancia-se das ciências sociais e aproxima-se das ciências médicas. Torna-se um campo de conhecimento altamente produtivo, mas distante das questões que afetam a população.

No âmbito da política, a institucionalização trouxe prejuízos para se pensar a organização do cuidado e para aproximar-se da população e de seus interesses, numa captura por outros interesses que permearam o âmbito estatal, que manteve uma relação estreita com os interesses privados.

^x Os dados de publicação da saúde coletiva no período 2010 - 2012 revelam um conjunto expressivo da participação das revistas “biomédicas” entre as melhor qualificadas (84% A1) sendo apenas duas revistas da saúde coletiva com classificação no primeiro extrato. Esses dados foram compilados a partir de informações disponíveis em documentos da Capes.

Scheffer e Schraiber²³ sintetizaram o sentido da crítica que aqui se apresenta:

A saúde coletiva

“deve revisitar a construção do pensamento crítico que a caracterizou desde sua origem, retomar o conceito ampliado de saúde, ater-se às questões contra-hegemônicas e culturais – entre elas as desigualdades – e voltar a articular a política com as dimensões técnico-científicas. Se até a primeira década dos anos 2000 é clara a percepção de que a Saúde Coletiva se consolidou como campo científico, diante dos novos tempos, outros desafios se colocam frente a sua (re)fundação como projeto interdisciplinar e crítico da cultura científica e das práticas médica e sanitária tradicionais” (SCHEFFER; SCHRAIBER, 2017: 490).

Parece urgente que façamos a retomada de um referencial crítico de análise que permita a reflexão da articulação entre as questões técnico-científicas, a política de saúde e as transformações do capitalismo contemporâneo.

O caminho de construção de um enunciado de um novo campo precisa ser (re)trabalhado. É preciso sustentar a saúde coletiva como novo campo de conhecimento aprofundando seu projeto epistêmico. Ou seja, reaproximar os saberes e representar o desafio da produção de um conhecimento que seja capaz de responder aos dilemas que se apresentam na sociedade.

Nesse sentido, é preciso sair da caixa estrita da avaliação e não responder unicamente a um critério de produção, é preciso saber o que se produz, como se produz e para responder a quê. É preciso aproximar os projetos de curso e de formação dos mecanismos de acompanhamento e avaliação, não como algo que ocorrerá a posteriori como um prêmio ou uma punição, mas como uma estratégia para incentivar a vontade de saber e a transformação social. Dar sentido ao processo avaliativo como projeto

político e social é assumir efetivamente que o processo de produção de conhecimento precisa estar implicado com a realidade, comprometido com um projeto de vida e de sociedade, com a vida concreta de sujeitos de ação respondendo aos anseios e expectativas daqueles que participam cotidianamente desta construção – os sujeitos da ciência e os sujeitos da vida. Uma ciência implicada e inserida na realidade social, crítica à posição externa e neutra da produção de conhecimento.

Nesse sentido, valorizar e fortalecer o que construímos de conhecimento sobre nossos problemas/nossas questões, realizar estudos sobre o que nos aflige, é o primeiro passo nessa perspectiva de conhecimento/ciência, porque é a partir dos que nos mobiliza que damos sentido ao conhecer e respondemos, em alguma medida, as expectativas em relação às questões que se apresentam.

Compartilhar o conhecimento é o segundo momento desse processo, o que também deveria ocorrer de forma ampla, para quem quisesse acessar – do local ao global. É importante perceber que não construímos conhecimento pensando em soluções globais, buscamos conhecer para responder questões que se apresentam proximalmente a nós, que nos afetam (um nós grande e coletivo). Portanto, imaginar que a divulgação do conhecimento deve ser feita prioritariamente para o global (internacional), sem priorizar o local, é uma inversão sem sentido que limita o próprio processo de desenvolvimento da ciência e de incorporação do conhecimento. É uma regra que beneficia quem ganha e lucra com a divulgação científica, precisamente as editoriais internacionais, que cobram para publicar e acessar o que se produz de conhecimento.

Assumir uma postura gerencialista (calculista) na construção do conhecimento sobre os processos saúde-doença porque não se pode ferir as

cláusulas pétreas da Capes ou adotar uma prática em saúde gerencialista que se adapta às orientações de uma política e aos limites que o gestor diz sofrer, são lados de uma mesma moeda. Ambas refletem escolhas por caminhos conservadores.

Trazer a vida para o centro das questões em nosso país significa enfrentar as desigualdades e os conflitos que a sustentam. Até aqui parece que buscamos consenso e conciliamos interesses. Talvez seja o momento de marcar diferenças de sentido e de valores. A desigualdade, seja entre os usuários, seja entre os próprios trabalhadores da saúde, seja entre as instituições de ensino, não pode, nem deveria ser simplesmente “harmonizada”.

Referências

1. Nunes ED. Juan César Garcia. Pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez; 1989.
2. Ribeiro PT. A instituição do campo da saúde coletiva no Brasil. 1975-1978 [dissertação]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1991.
3. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão crítica. Salvador: EDUFBA; 2008.
4. Garcia ED. Ciências sociais em saúde na América Latina. In: Nunes ED, Garcia JC, organizadores. Pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez; 1989. p.148-158.
5. Arouca ASS. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora Unesp; 2003.
6. Tambellini A. Questões introdutórias: razões, significados e afetos expressões do “dilema preventivista”, então e agora. In: Arouca ASS. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora Unesp; 2003. p.31-58.
7. Donnangelo MCF. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975.
8. Donnangelo MCF; Pereira L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.
9. Nunes ED. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. Rev Ciênc. Saúde Coletiva. 2008;13(3).
10. Stotz EN. A saúde coletiva como projeto científico: teoria, problemas e valores na crise da modernidade. 1997. In: CANESQUI, A. M. (org.) Ciências sociais e saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 273-84.
11. Birman J. A Physis da saúde coletiva. Rev Saúde Coletiva. 1991; 1(1): 7-12.
12. Machado R; Loureiro A; Luz R; Muricy K. Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Ed.Graal; 1978.
13. Luz MT. As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Ed.Graal; 1979.
14. Costa JF. Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro: Ed.Graal; 1983.
15. Sophia DC. Saúde e Utopia: O Cebes e a reforma sanitária brasileira (1976-1986). São Paulo: Hucitec; 2015.
16. Escorel S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.
17. Cordeiro H. O Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial; 1991.
18. Berlinguer G; Fleury S; Campos GWS. Reforma sanitária: Itália e Brasil. São Paulo: Hucitec;1988.
19. Machado CV; Lima LD; Baptista TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(12).
20. Barata RB. Dez coisas que você deveria saber sobre o Qualis. Rev Pós-Graduação da Capes.2016;13(30).
21. Iritat JAB et al. A avaliação da produção científica nas subáreas da saúde coletiva: limites do atual modelo e contribuições para o debate. Cadernos de Saúde Pública. 2015; 31(10): 2137-47.
22. Levcovitz E; Baptista TWF; Uchôa SAC; Nespoli G; Mariani M. Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000). Brasília (DF): Opas; 2003. p. 74.
23. Scheffer M; Schraiber LB. Interface, vinte anos: a saúde coletiva em tempos difíceis. Interface (Botucatu). 2017; 21(62): 487-491.

O sistema de avaliação da CAPES e a pós-graduação em Saúde Coletiva

The CAPES evaluation system and postgraduate programs in Collective Health

Guilherme Loureiro Werneck^I, Eduarda Ângela Pessoa Cesse^{II}

Resumo

O sistema de avaliação dos cursos de pós-graduação estrito senso, criado em 1976, é um marco para que o desenvolvimento da pós-graduação no País tenha se dado de forma consistente e qualificada. Entretanto, o atual modelo de avaliação parece dar sinais de esgotamento, sendo necessárias mudanças substanciais para atender aos novos desafios científicos e tecnológicos contemporâneos. Assim, tal processo de avaliação deveria observar de forma equilibrada três principais aspectos, (1) as condições do Programa para prover um ambiente acadêmico adequado para a formação qualificada de pesquisadores e profissionais em nível de mestrado e doutorado seja na modalidade profissional ou acadêmica; (2) as experiências concretas na formação discente; e (3) o impacto acadêmico e social do Programa. A avaliação da produção científica, com todos os seus problemas, foi muito mais aperfeiçoada e discutida do que a avaliação dos outros aspectos da avaliação. É urgente que sejam desenvolvidos indicadores mais adequados, tanto quantitativos, quanto qualitativos, para avaliação das experiências concretas de formação discente, da produção técnica e do impacto social dos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva, garantindo as especificidades das modalidades de formação acadêmica e profissional, de forma a que o resultado da avaliação de fato atinja seus objetivos.

Palavras-chave: Saúde Coletiva, Pós-graduação, Avaliação.

Abstract

The evaluation system of the Doctoral and Master courses, created in 1976, is a milestone in the development of a consistent and qualified post-graduation in Brazil. However, the current model of evaluation seems to show signs of exhaustion, and substantial changes are needed to meet the new scientific and technological challenges. This evaluation process should observe in a balanced way three main aspects: (1) the conditions of the Program to provide an adequate academic environment for the qualified training of researchers and professionals at the master's and doctoral level in professional or academic modality; (2) the concrete experiences of the student training; and (3) the academic and social impact of the Program. The evaluation of scientific production, with all its problems, was much more refined and discussed than the evaluation of the other aspects of evaluation. It is imperative that more adequate indicators, both quantitative and qualitative, be developed for the evaluation of the concrete experiences of student training, technical production and social impact of postgraduate programs in Collective Health, ensuring the specificities of the academic and professional modalities, so that the evaluation result actually achieves its objectives.

Keywords: Collective Health, Post-graduation, Evaluation.

^I Guilherme Loureiro Werneck (gwerneck@iesc.ufrj.br) é Médico, Doutor em Epidemiologia. Professor Associado, Departamento de Epidemiologia, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professor Adjunto, Instituto de Estudos de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

^{II} Eduarda Ângela Pessoa Cesse (educesse@uol.com.br) é Odontóloga, Doutora em Saúde Pública. Docente-pesquisadora do Departamento de Saúde Coletiva. IAM/Fiocruz/PE. Coordenadora Geral Adjunta de Educação da Vice-Presidência de Educação, Comunicação e Informação (VPEIC) da Fiocruz.

Antecedentes

Até o início da década de 1960, uma série de iniciativas contribuíram para a gênese da pós-graduação estrito sensu no Brasil, dentre elas destacam-se o Decreto nº 19.851 de abril de 1931 reconhecendo a pesquisa científica como missão da universidade; a criação do Conselho Nacional de Pesquisa, hoje Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) em 1951; a abertura de cursos de mestrado e doutorado em diferentes instituições de ensino superior (IES) e a inauguração da Universidade de Brasília em 1961, representando um possível modelo de articulação ensino-pesquisa-extensão no âmbito universitário, onde a pós-graduação foi concebida como uma atividade institucional.¹⁴

No entanto, a sistematização e institucionalização do Sistema Nacional de Pós-graduação (SNPG) tem como elementos decisivos o Parecer nº 977, de 3 dezembro de 1965, do Conselho Federal de Educação (mais conhecido como Parecer Newton Sucupira, em referência ao seu relator) e a Reforma Universitária de 1968, de característica centralizadora e autoritária, mas que contribuiu para a articulação entre as atividades de ensino e pesquisa no ambiente universitário.^{14,20}

O Parecer Newton Sucupira é considerado, ainda hoje, uma referência para construção do modelo de pós-graduação brasileiro.¹ O Parecer, assinado por Alceu Amoroso Lima e Anísio Teixeira, entre outros, teve como propósito definir a natureza, os objetivos e as características fundamentais dos cursos de pós-graduação. Os principais motivos apontados para a instauração e regulamentação de um sistema de pós-graduação foram a necessidade de formação de docentes e pesquisadores qualificados para atender à expansão do ensino superior e estimular o desenvolvimento da pesquisa científica e o treinamento

de profissionais para atender às demandas do desenvolvimento nacional nos mais diversos setores. Nesse parecer são estabelecidas as distinções entre formação pós-graduada lato e estrito sensu, sendo a principal característica dessa última a sua natureza acadêmica e de pesquisa, com objetivo essencialmente científico, mesmo quando orientada para a formação profissional. A partir dessa diferenciação, o Parecer Sucupira caracteriza os cursos de mestrado e doutorado, detalhando aspectos como suas finalidades, acepção de área de concentração, duração mínima, atributos das teses e dissertações, entre outros, e salientando a pertinência de mestrados e doutorados profissionais no âmbito da pós-graduação estrito sensu.

Com as bases lançadas, o desenvolvimento de um SNPG se fortalece a partir de diversas normatizações. Por exemplo, o Decreto-Lei nº 464, de 11 de fevereiro de 1969, estabelece a necessidade de uma política nacional e regional de formação de pessoal para a docência de ensino superior a ser definida pelo Conselho Federal de Educação (CFE) e promovida por uma comissão com representantes da Capes, do CNPq e de outras instituições. As Resoluções nº 70/75, nº 51/76 e nº 5/83 do CFE estabelecem os mecanismos e condições para credenciamento e reconhecimentos dos cursos de mestrado e de doutorado (incluindo a exigência de visitas aos cursos), assim como os pressupostos para que os diplomas tenham validade nacional.¹⁴ Em 1974 é criado o Conselho Nacional de Pós-Graduação.

Os Planos Nacionais de Pós-Graduação (PNPG), implementados a partir de 1975, garantiram o crescimento e consolidação do SNPG de forma planejada. Tais planos promoveram diagnósticos periódicos do SNPG e elencaram prioridades para a expansão qualificada e melhoria de seu desempenho assim como para alinhá-lo aos Planos Nacionais de Desenvolvimento.²¹

A pós-graduação estrito senso no Brasil cresceu vertiginosamente desde 1965, quando existiam não mais de 40 cursos de mestrado e doutorado no País.²³ Em 1990, chegou-se a 993 cursos de mestrado e 469 de doutorado no País, um aumento de 268% e 527%, respectivamente, em relação a 1975.³ O número de titulações no ano de 1990 foi de 5.735 mestres e 1.204 doutores, superando largamente o número total acumulado de titulados até 1975, que era de cerca de 4.000 mestres e 600 doutores.^{2,3}

Destaca-se ainda, no contexto da definição e fixação das características da pós-graduação estrito senso no País, o papel desempenhado pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), criada no final da década de 1970. A associação passou a ser intitulada Associação Brasileira de Saúde Coletiva de forma a incluir a recém-criada graduação em saúde coletiva no País.¹³ No momento de criação da Abrasco, a pesquisa científica no campo também era pouco expressiva e subfinanciada. O desenvolvimento da pós-graduação em saúde coletiva no país ainda era relativamente incipiente, com cursos de mestrado e doutorado concentrados em apenas três estados: São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia.¹⁶

Outro destaque é a criação no âmbito da Abrasco, em 1994, do Fórum de Coordenadores dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva¹⁸, que, desde então, vem se constituindo em um espaço estratégico para aprofundar as questões relacionadas à pós-graduação. Entre seus objetivos, busca maior homogeneidade entre os programas e, fundamentalmente, contribuir para fortalecer o seu desenvolvimento, articulando o trabalho da associação ao da coordenação de área na Capes, estabelecendo assim um canal permanente de comunicação entre eles, de forma a contribuir com o debate em torno da formação, além de pautar a discussão, no interior

da área, sobre o processo de avaliação dos programas de pós-graduação (PPG).

Entende-se que um elemento essencial para que o desenvolvimento da pós-graduação tenha se dado de forma consistente e qualificada foi a criação, em 1976, de um sistema de avaliação dos cursos de pós-graduação estrito senso no país.

Conforme recomenda o Plano Nacional de Pós-Graduação (PNPG) 2011-2020⁷, os princípios que devem nortear o sistema de avaliação são a diversidade e a busca pelo contínuo aperfeiçoamento.

Bases do sistema de avaliação dos cursos de pós-graduação

Em seu início, a avaliação de cursos de pós-graduação tinha como objetivo principal subsidiar as ações de fomento, em particular a distribuição de bolsas de estudo. Ao longo dos anos o sistema passou por uma série de modificações tendo assumido a forma atual a partir de 1998.

A avaliação da pós-graduação tem como principais objetivos garantir a qualidade e retratar a sua situação no País, contribuir para o desenvolvimento de cada programa de pós-graduação (PPG), da área do conhecimento em particular e da pós-graduação brasileira em geral; e oferecer subsídios para fundamentar decisões sobre as ações de fomento e desenvolvimento no âmbito do SNPG.⁸

O sistema de avaliação da pós-graduação envolve dois processos distintos assentados sobre os mesmos fundamentos: avaliação de entrada e de permanência no SNPG.¹² A avaliação de entrada (Avaliação das Propostas de Cursos Novos – APCN) é o rito para a admissão de novos PPG e cursos ao SNPG. Já a avaliação de permanência é um procedimento periódico (atualmente realizado quadrienalmente) de avaliação do desempenho dos PPG e cursos que já integram o

SNPG. Os princípios e diretrizes que regem a avaliação estabelecem que se trata de um processo classificatório, com diferentes níveis de qualidade de desempenho dos PPG em cada área de avaliação; e comparativo entre as diferentes áreas, preservando, no entanto, as especificidades de cada uma delas.⁸

Para alcançar os objetivos elencados, tem-se como parâmetros de referência os padrões internacionais de desenvolvimento do conhecimento e a adequação dos critérios utilizados na avaliação ao desenvolvimento acadêmico da área. Tais parâmetros implicam que o processo não se restrinja a uma avaliação “intra-área”; os resultados devem retratar as diferenças no nível de desenvolvimento da área; e não deve-se verificar a perda progressiva da capacidade discriminatória da escala adotada.⁸

Como pode apreender-se, trata-se de uma avaliação normativa, qual seja, os desempenhos dos PPG são comparados entre si tomando uma norma como referência, sendo a avaliação orientada por um conjunto de regras comuns.¹⁵ Esse procedimento comparativo resulta na classificação relativa de um PPG em relação aos outros. Essa é uma característica crítica do sistema de avaliação vigente e que gera muitas frustrações, já que esforços para qualificação e melhoria do desempenho dos PPG podem não redundar em melhorias na classificação final, já que essa mobilidade depende do desempenho dos demais programas.

Alternativamente, poder-se-ia vislumbrar um processo avaliativo em que o padrão de referência ou de comparação seria um critério e não uma norma.¹⁵ Nesse caso, avalia-se o desempenho ou o acúmulo de competências do PPG em relação a critérios preestabelecidos com base em objetivos, por exemplo, de formação discente, qualificação docente, produção intelectual e impactos sociais e econômicos do PPG, sem que seja feita, necessariamente, uma comparação entre programas.

Esse modelo, em que pese as vantagens óbvias em relação à avaliação normativa, tem como desvantagem, em longo prazo, levar a uma concentração de PPG nos mais altos níveis de qualificação da escala adotada, se os critérios de avaliação não forem atualizados periodicamente.

Nesse sentido, um sistema híbrido, baseado em normas e critérios poderia ser uma possibilidade para a superação das reconhecidas dificuldades e limitações do atual sistema de avaliação para dar conta dos novos desafios da formação pós-graduada e da pesquisa no mundo contemporâneo.

Procedimentos e critérios utilizados na avaliação quadrienal 2017

A avaliação de permanência de programas de pós-graduação, promovida pela Capes e coordenada pela Diretoria de Avaliação/Capes, é feita por comissões específicas de consultores para cada uma das áreas de avaliação (atualmente são 49 áreas). A avaliação de permanência de programas de pós-graduação era realizada a cada três anos, mas a partir de 2013 passou a ser feita com periodicidade quadrienal. A Avaliação Quadrienal 2017 tomou como base os relatórios enviados pelos PPG referentes aos anos de 2013 a 2016.

Na Avaliação Quadrienal 2017, os Programas Acadêmicos (ME/DO) e os Programas Profissionais (MP) foram avaliados separadamente, mediante comissões diferentes e fichas de avaliação específicas para cada modalidade. A avaliação dos programas tem como base os cinco quesitos padronizados utilizados em todas as áreas de avaliação: (1) Proposta do Programa, (2) Corpo Docente, (3) Corpo Discente, Teses e Dissertações (ME/DO) / Corpo Discente e Trabalhos de Conclusão (MP), (4) Produção Intelectual e (5) Inserção Social. Cada um desses quesitos é avaliado em função de um número variável de itens que, por sua vez, são julgados com

bases em indicadores quantitativos e qualitativos. A cada um desses itens e quesitos atribui-se um conceito na escala “Insuficiente”, “Fraco”, “Regular”, “Bom” e “Muito Bom”. Detalhes sobre a definição e critérios utilizados para atribuição dos conceitos a itens e quesitos, assim como os indicadores utilizados na Avaliação Quadrienal 2017 da área de Saúde Coletiva, tanto para programas acadêmicos como profissionais, podem ser verificados no Relatório de Avaliação da Área de Saúde Coletiva.⁹

Considerando o conjunto destes conceitos e em consonância com o Regulamento da Quadrienal 2017, inicialmente atribuiu-se notas aos programas em uma escala de 1 a 5, sendo recomendado o descredenciamento dos programas com notas 1 e 2.⁸ Para atribuição das notas 3 a 5 utiliza-se a seguinte orientação geral. A nota 3 é atribuída àqueles PPG que cumprem os requisitos mínimos de qualidade para permanência no SNPG. Para receber a nota 4, o Programa deve demonstrar um patamar de qualidade superior ao curso com nota 3, corroborado pelo alcance de, no mínimo, o conceito “Bom” em pelo menos três quesitos, incluindo, necessariamente, os quesitos Corpo Discente e Produção Intelectual. Os PPG que alcancem “Muito Bom” em pelo menos quatro dos cinco quesitos de avaliação, entre os quais obrigatoriamente devem constar os quesitos Corpo Discente e Produção Intelectual, são candidatos a receber a nota 5, que é a nota máxima admitida para programas que ofereçam apenas mestrado.⁸ Notas 6 e 7 são atribuídas exclusivamente a programas com doutorado que se destacam em termos de equivalência de desempenho em relação a centros internacionais de excelência na área; diferenciação na performance em relação aos demais programas da área e na apreciação de indicadores de liderança, solidariedade e nucleação.

Dois aspectos adicionais devem ser considerados na atribuição da nota final do PPG. O primeiro, diz respeito ao quesito Proposta do

Programa. Ainda que o conceito desse quesito não entre no cômputo final da nota, sua importância é indiscutível, de forma que um programa com conceito “Insuficiente” nesse quesito pode alcançar no máximo nota 2 (sendo, portanto, descredenciado). Ao obter “Fraco” nesse quesito, um PPG pode alcançar no máximo nota 3. O segundo aspecto adicional diz respeito à centralidade dos quesitos Corpo Discente e Produção Intelectual na avaliação. Assim, o limite da nota final a ser atribuída é definida pelo menor valor dentre as notas obtidas nesses dois quesitos.

Especificidades da avaliação de programas profissionais

Ainda que cogitada no Parecer Sucupira de 1965, a formação profissional em nível de pós-graduação estrito senso só surge no cenário nacional da década de 1990 na forma de mestrados profissionais (MP). Essa modalidade de formação se destina à capacitação de profissionais, nas diversas áreas do conhecimento, mediante o estudo de técnicas, processos, ou temáticas que busquem respostas diretamente aplicáveis para a solução de problemas identificados no campo de atuação do profissional em formação.²²

Até então, no âmbito da Saúde Coletiva, os profissionais que buscavam aperfeiçoar-se para o exercício profissional contavam apenas com os programas de residências médica em medicina preventiva e/ou social e as especializações em saúde pública e/ou em áreas de gestão e administração de serviços de saúde, em especial, na área hospitalar.¹⁷ A consolidação de um sistema único de saúde demandou a formação de profissionais com perfis de especialização distintos dos tradicionais e com características diferentes das até então disponíveis no sistema de pós-graduação do país, que desde seu nascedouro se desenvolveu de forma muito efetiva no âmbito acadêmico.¹⁹

Embora tenha sido aberto o debate em torno dessa modalidade de formação, a regulamentação dos MP no Brasil só tem início com a Portaria nº 47, de outubro de 1995.⁴ É nesse mesmo momento que a Capes lança o documento “Programa de Flexibilização do Modelo de Pós-graduação Senso Estrito em Nível de Mestrado 1995”.⁶ Ainda trilhando caminhos incertos, em 1998 a Portaria nº 80, que dispõe sobre os Mestrados Profissionais, apresenta como um de seus principais objetivos “promover o conhecimento científico por meio da prática no meio profissional”.⁵

A distinção entre formação profissional e acadêmica sempre se colocou como um desafio, particularmente no âmbito do sistema de avaliação de programas de pós-graduação. É nesse contexto que é publicada, em 2009, a Portaria Normativa nº 17/2009 (Capes, 2009) que define essa modalidade como formação de pós-graduação *stricto sensu* com objetivos de “I – capacitar profissionais qualificados para o exercício da prática profissional avançada e transformadora de procedimentos, visando atender demandas sociais, organizacionais ou profissionais e do mercado de trabalho; II – transferir conhecimento para a sociedade, atendendo demandas específicas e de arranjos produtivos com vistas ao desenvolvimento nacional, regional ou local; III – promover a articulação integrada da formação profissional com entidades demandantes de naturezas diversas, visando melhorar a eficácia e a eficiência das organizações públicas e privadas por meio da solução de problemas e geração e aplicação de processos de inovação apropriados; e IV – contribuir para agregar competitividade e aumentar a produtividade em empresas, organizações públicas e privadas”.

Só mais recentemente surgem normativas para a abertura de Doutorados Profissionais (DP), por meio das Portarias nºs 389 de 23-3-2017 e da Portaria nº 131, de 28-06-2017.^{10,11} A primeira institui, no âmbito da pós-graduação estrito

senso, as modalidades de mestrado e doutorado profissional, e traz pressupostos que dão suporte à proposta de DP pela Capes; e a segunda dispõe sobre tais modalidades, tendo em vista o disposto nas leis, decretos e portarias normativas. Todo esse movimento culmina com a abertura de APCN para doutorado profissional em 2018, sendo a área da Saúde Coletiva contemplada com dois DP ancorados em mestrados profissionais já em funcionamento e com experiência de mais de uma década na formação de mestres na modalidade profissional.

Que pesem todas as iniciativas para garantir a identidade e qualidade da formação profissional em nível de pós-graduação estrito senso, é ainda corriqueira a visão de que o mestrado profissional seria “um mestrado acadêmico simplificado” ou “menos exigente”. Tal concepção não encontra amparo nem no sentido original da formação profissional conforme estabelecida no Parecer Sucupira nem na legislação vigente que regulamenta tal modalidade de formação e garante a equivalência dos títulos de Mestre obtidos em programas acadêmicos ou profissionais. Ademais, ao se considerar que a formação profissional, além das questões relacionadas à aplicabilidade do conhecimento produzido, envolve também sólida formação em pesquisa, pode-se aventar que as exigências em termo da amplitude do escopo de avaliação desses programas sejam até maiores que àquelas de programas acadêmicos.

No âmbito da Avaliação Quadrienal 2017 da área de Saúde Coletiva uma série de critérios e indicadores específicos, além de diferentes pesos atribuídos a determinados itens, foram utilizados para reforçar a necessidade de se ter como foco as características peculiares dos programas profissionais.

No quesito Proposta do Programa, por exemplo, avaliou-se questões comuns tanto para programas acadêmicos quanto para os profissionais,

como a pertinência do curso à área da Saúde Coletiva, coerência e consistência do programa considerando seus objetivos, área(s) de concentração, linhas de pesquisa, projetos de pesquisa e matriz curricular, questões de infraestrutura e planejamento futuro. Entretanto, para programas profissionais, buscou-se, ainda, verificar a consonância dos objetivos e estrutura do programa com os objetivos de formação na modalidade profissional, além da inclusão de um item específico abordando a coerência, consistência e abrangência dos mecanismos de interação efetiva com outras instituições, atendendo a demandas sociais, organizacionais ou profissionais.⁹

Em relação ao quesito Corpo Docente, além dos indicadores tradicionalmente utilizados para programas acadêmicos (p. ex., estabilidade, dedicação e dependência de colaboradores), enfatizou-se também a necessidade de um corpo de docentes permanentes (DP) formado por doutores, profissionais e técnicos com experiência em pesquisa aplicada ao desenvolvimento e à inovação. No quesito Corpo Discente e Trabalho de Conclusão, examinou-se a aplicabilidade prática do trabalho de conclusão junto aos serviços de saúde e outros órgãos não acadêmicos públicos ou privados. Para tal examinou-se uma amostra dos resumos dos trabalhos de conclusão no que concerne à explicitação do problema, às soluções elaboradas, à contribuição para melhor compreensão de problemas de saúde e ao seu potencial de aplicação.⁹

No quesito Produção Intelectual, enfatizou-se a produção tecnológica e criou-se um item específico para avaliar a articulação da produção técnica e científica entre si e com a proposta do programa. Tomando como base as recomendações do grupo de trabalho sobre produção técnica do Fórum de Coordenadores de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, a produção técnica foi agrupada e avaliada segundo 4 eixos, Produtos e Processos (desenvolvimento de material didático,

produtos, técnicas, aplicativos, mapas, patentes etc.); Capacitação (organização de cursos de curta duração); Divulgação da produção (artigos em jornais, revistas e periódicos não científicos, apresentação de trabalhos, trabalhos completos em anais, programas de rádio e TV, livros técnicos, verbetes, posfácio, apresentação e prefácio de livros não oriundos de projetos de pesquisa) e Serviços técnicos (serviços técnicos, relatório de pesquisa, tradução, editoria, organização de eventos). Para os programas profissionais a produção técnica preponderou sobre a produção intelectual, tendo em vista esse ser o produto mais característico dessa modalidade e um elemento fundamental para a qualificação dos programas. A apreciação dessa produção se baseou em uma avaliação qualitativa levando em consideração a combinação da produção técnica acima da média da área nos diferentes eixos considerados bem como a pertinência e relevância da produção técnica conforme apreciada a partir dos dados descritos na proposta do programa.⁹

Por fim, o quesito Inserção Social recebeu ponderação mais alta na avaliação de programas profissionais em comparação aos programas acadêmicos (20% e 15%, respectivamente), além de incluir um item específico de avaliação acerca da integração e cooperação com organizações e/ou instituições setoriais relacionados à área de conhecimento do Programa, com vistas ao desenvolvimento de novas soluções, práticas, produtos ou serviços nos ambientes profissional e/ou acadêmico.⁹

Conclusões

O sistema de avaliação de programas de pós-graduação é um bem a ser preservado que tem prestado um serviço inestimável ao desenvolvimento do SNPG. Entretanto, o atual modelo de avaliação parece dar sinais de esgotamento, sendo necessárias mudanças substanciais para

atender aos novos desafios científicos e tecnológicos contemporâneos.

É certo que a produção científica é elemento essencial no processo avaliativo, pois demonstra as condições existentes no PPG para prover um ambiente acadêmico adequado para a formação em pesquisa. Entretanto, a centralidade tomada pela produção intelectual na avaliação pode ter efeitos éticos adversos, como o aumento de casos de plágio, falsificação de dados, autoria concedida e “salamização” da produção científica, com reflexos no aumento do número de retratações, na multiplicação de periódicos de má qualidade e editoras predatórias e na deterioração da formação científica.

Assim, o processo de avaliação de PPG deveria observar de forma equilibrada três principais aspectos, a saber, (1) as condições do PPG para prover um ambiente acadêmico adequado para a formação qualificada de pesquisadores e profissionais em nível de mestrado e doutorado seja na modalidade profissional ou acadêmica; (2) as experiências concretas na formação discente; e (3) o impacto acadêmico e social do PPG.

Nesse arcabouço, os aspectos relacionados ao corpo docente, infraestrutura, consolidação da capacidade de pesquisa e produção científica seriam atributos que garantiriam um julgamento do aspecto (1) acima apresentado. Já a integração entre estrutura curricular e linhas de pesquisa, qualidade da orientação, oportunidades de aperfeiçoamento, acesso à informação e participação nas decisões, estágio docente, integração efetiva dos discentes às linhas de pesquisa e produção discente seriam elementos a serem apreciados na avaliação das experiências concretas de formação discente (aspecto 2). Por fim, em relação à avaliação do impacto acadêmico e social do PPG, há ainda muito a discutir e aprimorar sobre “o que medir?” (Impacto da pesquisa? Impacto da formação? Impactos sociais, econômicos?..)

e, principalmente, “como medir?”. Possivelmente seria necessário que os PPG fizessem relatos qualificados e detalhados, do tipo “estudos de caso”, para que seja possível uma apreciação mais adequada desse construto. Há de se considerar, também, a necessidade de uma avaliação utilizando uma “janela temporal” mais longa do que o quadriênio, para que se possa avaliar o impacto em médio e longo prazos. Há de se incluir nessa agenda de discussões as iniciativas de como valorizar o impacto loco-regional de um PPG.

A avaliação da produção científica, com todos os seus problemas, foi muito mais aperfeiçoada e discutida do que a avaliação dos outros aspectos constantes na ficha de avaliação. É urgente que sejam desenvolvidos indicadores mais adequados, tanto quantitativos, quanto qualitativos, para avaliação das experiências concretas de formação discente, da produção técnica e do impacto social dos PPG em Saúde Coletiva, garantindo as especificidades das modalidades de formação acadêmica e profissional, de forma a que o resultado da avaliação de fato atinja seus objetivos.

Referências

1. Ministério da Educação (BR). Parecer nº 977/65. Aprovado em 3 de dezembro de 1965. [internet]. Brasília(DF):1965. [acesso em 24 mar. 2019]. Disponível em: https://www.capes.gov.br/images/stories/download/legislacao/Parecer_CESU_977_1965.pdf.
2. Ministério da Educação (BR). I Plano Nacional de Pós-Graduação (1975-1979). Brasília(DF): 1975. [internet]. [acesso em 24 mar. 2019]. Disponível em: http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/I_PNPG.pdf.
3. Ministério da Educação (BR). III Plano Nacional de Pós-Graduação (1986-1989) [internet]. Brasília(DF): 1986. [acesso em 24 mar. 2019]. Disponível em: http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/III_PNPG.pdf.
4. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Portaria nº 47, de 17 de outubro de 1995;

- 2(4):147-148. [internet]. [acesso em 24 mar. 2019]. Disponível em: <http://www.foprof.org.br/documentos/portaria-no-47-17-outubro-1995.pdf>
5. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Portaria nº 80 de 16 dezembro de 1998. Diário Oficial da União, seção 1, pag. 14 de 11-01-1999. Brasília(DF): Capes; 2018. [internet]. [acesso em 28 mar. 2019]. Disponível em: http://ebape.fgv.br/sites/ebape.fgv.br/files/portaria_capes_080.pdf
6. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Programa de Flexibilização do Modelo de Pós-Graduação Senso Estrito em Nível de Mestrado 1995. Capes; 2005; 2(4): 145-146. [internet]. [acesso em 28 mar. 2019]. Disponível em: <http://ojs.rbpq.capes.gov.br/index.php/rbpq/article/viewFile/86/82>
7. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Plano Nacional de Pós-Graduação – PNPG 2011-2020: coordenação de pessoal de nível superior. 2 v. Brasília(DF): Capes; 2010.
8. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Regulamento para a avaliação quadrienal 2017. [internet]. Brasília(DF): Capes; 2017a. [acesso em 24 mar. 2019]; Disponível em: <http://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/27032017-Portaria-59-21-03-2017-Regulamento-da-Avaliacao-Quadrienal.pdf>
9. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Relatório de Avaliação 2013-2016. Saúde Coletiva. [internet]. Brasília(DF): Capes; 2017b. [acesso em 24 mar. 2019]. Disponível em: http://avaliacaoquadrienal.capes.gov.br/resultado-da-avaliacao-quadrienal-2017-2/SA%3%9ADE%20COLETIVA__relat%3%B3rio%20de%20avalia%C3%A7%C3%A3o_quadrienal%202017_final.pdf?attredirects=0&d=1
10. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Portaria nº 389, de 23 de março de 2017. Diário Oficial da União, seção 1, pag 61. [internet]. Brasília(DF): Capes; 2017c. [acesso em 24 mar. 2019]. Disponível em: http://www.capes.gov.br/tutorial-sucupira/documentos/Portaria389-2017_doutoradoprofissional.pdf
11. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Portaria nº 131 de 28 de junho de 2017. Diário Oficial da União, seção 1, pag 17. [internet]. Brasília: Capes; 2017d. [acesso em 24 mar. 2019]. Disponível em: <https://www.capes.gov.br/images/stories/download/legislacao/30062017-portaria-131-2017.pdf>
12. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Portaria nº 182, de 14 de agosto de 2018. Diário Oficial da União, seção 1, pag. 11. [internet]. Brasília(DF): Capes; 2018. [acesso em 24 mar 2019]. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/images/stories/download/legislacao/16082018-PORTARIA-N-182-DE-14-DE-AGOSTO-DE-2018.pdf>
13. Cesse EAP; Veras MASM. A Abrasco e a experiência dos mestrados profissionais. In: Paiva, CH; Lima, NT; Santana, JP, organizadores. Saúde Coletiva: a Abrasco em 35 anos de história. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.
14. Cury CRJ. Quadragésimo ano do parecer CFE no 977/65. Rev Brasileira de Educação. 2005; 30:7-20.
15. Ferraz MJ, Carvalho A, Dantas C, Cavaco H, Barbosa J, Tourais L, Neves N, Fernandes D. Avaliação criterial, avaliação normativa. In: Pensar avaliação, melhorar a aprendizagem Lisboa, I.I.E., 1994.
16. Fonseca CMO. A história da Abrasco: política, ensino e saúde no Brasil. In: Lima, N. T. & Santana, J. P, organizadores. Saúde coletiva como compromisso a trajetória da Abrasco. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
17. Goldbaum M. Mestrado profissionalizante em saúde coletiva. In: Leal MC, Freitas CM, organizadores. Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. .
18. Goldbaum M, Barata RB. O feito por fazer. In: Lima, N. T. & Santana, J. P, organizadores. Saúde coletiva como compromisso a trajetória da Abrasco. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
19. Hartz ZMA, Nunes, TCM. Formação e capacitação dos recursos humanos no Brasil: situação atual, desafios e perspectivas da pós-graduação em saúde coletiva. In: Leal MC, Freitas CM, organizadores. Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
20. Martins CB. A reforma universitária de 1968 e a abertura para o ensino superior privado no Brasil. Educação & Sociedade. 2009; 30(106):15-35.
21. Novaes HMD, Werneck GL, Cesse EAP, Goldbaum M, Minayo MCS. Post-graduation in Collective Health and the National Public Health System. Cien Saude Colet. 2018; 23(6):2017-2025.
22. Quelhas OLG, Faria Filho JR, França SLB. O mestrado profissional no contexto do sistema de pós-graduação brasileiro. 2005; 2(4):97-104.
23. Velloso J. Introdução. In: Velloso J, org. A Pós-graduação no Brasil: formação e trabalho de mestres e doutores no País. Brasília(DF): Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior; 2002. Vol. I . 452 p.

Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: um programa de formação em defesa do SUS

Professional Master's Program in Collective Health: a training program in defense of SUS

Sonia Ioyama Venancio^I, Tereza Etsuko da Costa Rosa^{II}

Olho para a Educação com olhos de cozinheira e me pergunto: Que comidas se preparam com os corpos e mentes... nesse caldeirão chamado Escola? Porque educação é isso: um processo de transformações alquímicas que acontece pela magia da palavra. Que prato se pretende servir? Que sabor está sendo preparado? Para que se educa? É isso que aprendi com as cozinheiras: que é preciso pensar a partir do fim. Os saberes são coisas boas. Os saberes devem nos dar razão para viver.

Rubem Alves

Resumo

O desenvolvimento dos mestrados profissionais em saúde coletiva constitui uma oportunidade para reflexão acerca da situação atual e das tendências da própria área, enquanto campo de saber e práticas. Trata-se de uma modalidade de formação de pessoal que além de primar pela produção de conhecimento, detém um significado estratégico para a qualificação dos sujeitos que atuam na gestão e operacionalização das políticas e práticas de saúde em consonância com o ideário da reforma sanitária no nosso país. Esse artigo tem por objetivo apresentar o Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, seu projeto político-pedagógico, o perfil dos docentes e alunos e as temáticas trabalhadas nos projetos de pesquisa desenvolvidos no âmbito do Programa. Além disso, traz reflexões sobre os desafios e lições aprendidas ao longo de nove anos de implementação da proposta.

Palavras-chave: Pós-Graduação, Mestrado Profissional, Saúde Coletiva.

Abstract

The development of professional masters in collective health provides an opportunity for reflection on the current situation and the trends of the area itself as a field of knowledge and practices. It is a modality of personnel training that, in addition to the production of knowledge, has a strategic significance for the qualification of the subjects that act in the management and operationalization of health policies and practices in accordance with the ideas of health reform in our country. This article aims to present the Professional Master's Program in Collective Health of the Health Institute, its political-pedagogical project, the profile of teachers and students and the themes worked on the research projects developed under the Program. It also reflects on the challenges and lessons learned over the 9 years of implementation of the proposal.

Keywords: Post graduation, Professional Master's Degree, Public Health.

^I Sonia Ioyama Venancio (soniav@isaude.sp.gov.br) é Médica, Doutora em Saúde Pública, PqC VI do Instituto de Saúde/SP e Coordenadora do MPSC do Instituto de Saúde CRH/SES-SR.

^{II} Tereza Etsuko da Costa Rosa (tererosa@isaude.sp.gov.br) é Psicóloga, Doutora em Saúde Pública, PqC VI do Instituto de Saúde/SP e Vice-Coordenadora do MPSC do Instituto de Saúde CRH/SES-SR.

Introdução

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, o acesso à saúde passou a ser um direito social. A Lei nº 8.080/1994, por sua vez, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como principais princípios e diretrizes: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde; igualdade na assistência, sem preconceitos e privilégio de qualquer gênero; integralidade da assistência; participação da comunidade; e descentralização político-administrativa¹⁰.

Há uma série de evidências sobre a superioridade, em efetividade e eficiência, dos sistemas públicos e universais de saúde quando comparados com modelos de mercado. Nestes, há custos excessivos, desigualdade no cuidado, fragmentação de direitos, políticas de saúde focais e com acesso definido não por necessidades de saúde, mas por regras de previdência e capacidade de compra. Porém, apesar da relevância do SUS, os governos não têm assumido o financiamento suficiente e sua implementação como prioridade nacional. Em consequência, ele vem sendo construído de maneira incremental e com déficit de recursos².

Entre vários fatores, a sustentabilidade do SUS depende também da formação de um novo profissional de saúde. E, apesar de alguns avanços, essa formação ainda está muito distante das necessidades do SUS, resultando em profissionais cujo perfil demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas¹.

No campo da Saúde Coletiva, os profissionais que buscavam aperfeiçoar-se para o exercício profissional e não para a prática acadêmica, contavam os programas de formação *latu sensu* como programas de residência médica em medicina preventiva e/ou social e as especializações em saúde pública e/ou em áreas de gestão e administração de serviços de saúde⁶. Em relação

à pós-graduação *strictu sensu* grande parte dos egressos dos cursos de mestrado e doutorado acadêmicos, particularmente na saúde coletiva, é formada por técnicos, muitas vezes já inseridos no sistema de saúde, e interessados em adquirir conhecimentos para aplicar nos respectivos espaços profissionais⁸.

Portanto, o desenvolvimento dos mestrandos profissionais em saúde coletiva constitui uma oportunidade para reflexão acerca da situação atual e das tendências da própria área, enquanto campo de saber e práticas. Trata-se de uma modalidade de formação de pessoal que além de primar pela produção de conhecimento, detém um significado estratégico para a qualificação dos sujeitos que atuam na gestão e operacionalização das políticas e práticas de saúde em consonância com o ideário da reforma sanitária no nosso país⁶.

Esses foram os pontos de partida para a proposição do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, o qual será descrito a seguir.

O Instituto de Saúde e a formação em Saúde Coletiva

O Instituto de Saúde (IS) é um órgão vinculado à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) e tem por missão produzir conhecimento no campo da saúde coletiva, promovendo sua apropriação para o desenvolvimento de políticas públicas; prestar assessoria às diversas instâncias de gestão e unidades de atenção à saúde e colaborar na formação de recursos humanos, em consonância com os princípios do SUS¹¹.

Desde sua criação, em 1969, o IS foi concebido para interagir com toda a rede de instituições de saúde e o organograma original indicava uma linha de troca contínua de informações; com as mudanças a partir da instituição do SUS,

propunha-se que o IS desempenhasse um papel de articulação dos núcleos de investigação do Estado, na composição de um Polo Tecnológico de estrutura informal, capaz de dar sustentação ao processo de implantação do SUS³.

Vale lembrar as iniciativas do IS, desde a década de 1990, na área de Investigação em Serviços de Saúde⁴, cujo pressuposto é o da necessidade de articulação entre as práticas de produção de conhecimentos, de formação de pessoal e as práticas de saúde propriamente ditas, de modo que os processos e os resultados das investigações realizadas possam vir a subsidiar a elaboração e implementação de mudanças e transformações no ensino em saúde e nas práticas de saúde¹².

Esse pressuposto norteou a construção do modelo do Programa de Aprimoramento em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde (PAP), que instituído em 1979 e reformulado em 1993, alcançou a certificação como Programa de Especialização em Saúde Coletiva em 2017 (Parecer CEE 382/2017). Segundo Carvalheiro (2000)⁵, trata-se de “um programa inovador e precursor do que viriam a ser as propostas posteriores de especialização, culminando com a recente ideia de “mestrado profissionalizante”.

Com as mudanças no cenário epidemiológico do Estado de São Paulo e na organização do sistema de saúde, a Instituição passou por uma reestruturação em 2009 (Decreto 55.004 de 9-11-2009), de forma a trabalhar de forma articulada as várias linhas de pesquisa em saúde coletiva já consolidadas, para melhor responder às demandas do SUS, no tocante à gestão e às práticas de saúde. Ainda, reconheceu-se no IS um potencial para inaugurar uma área de gestão do conhecimento, dedicada à Avaliação de Tecnologias em Saúde e à elaboração de documentos para apoiar a implementação de Políticas Informadas por Evidências. A participação do IS em

redes nacionais como a REBRATS (Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde) e EVIPNet (Rede para Políticas Informadas por Evidências), ambas sob coordenação do Departamento de Ciência e Tecnologia – Decit, Ministério da Saúde, fortaleceu ainda mais a utilização de estratégias de tradução do conhecimento (*knowledge translation*)⁹ e o interesse pelo desenvolvimento de pesquisas de implementação e *embedding research*¹³.

Foi nesse contexto que surgiu a proposta do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, para ampliar a capacidade do IS de formação de trabalhadores do SUS-SP, capazes de analisar criticamente o processo saúde-doença, os serviços e a política de saúde com base no método científico.

O Projeto político-pedagógico

O Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde (MPSC) está vinculado à Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo – CRH/SES-SP, foi aprovado pela Capes e teve início em 2011. Tem como público alvo trabalhadores da área da saúde que atuam nas diversas instâncias da gestão e da atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS-SP).

O projeto político-pedagógico está baseado na Pedagogia Crítica, na relação democrática e dialógica entre professores e alunos e nos pressupostos teóricos da aprendizagem significativa (em contraposição à aprendizagem mecânica). Adota-se a perspectiva da problematização que, na contramão do modelo dominante de ensino (desenvolvido dentro de uma visão tecnicista e alienante), procura explorar novas possibilidades no contexto dos conflitos e das contradições, com o objetivo de mobilizar processos significativos de mudança⁷.

No tocante à área de concentração, o Programa tem como foco a Gestão e as Práticas em Saúde e como linhas de pesquisa: Práticas de Saúde; Sistemas e Serviços de Saúde; Condições de Vida e Situação de Saúde e Aleitamento Materno e Nutrição em Saúde Coletiva.

O curso oferece disciplinas obrigatórias, que tem por objetivos o aprofundamento sobre a construção do campo da Saúde Coletiva e das políticas públicas de saúde e os fundamentos do método epidemiológico e da pesquisa qualitativa e sua aplicação nas pesquisas em Saúde Coletiva. Nessas disciplinas busca-se refletir sobre os desafios à consolidação do SUS e estratégias de superação e sobre o cuidado em saúde, partindo do pressuposto que o trabalho em saúde é do tipo denominado de práxis, que não funciona em linhas mecanizadas de produção, exigindo que trabalhadores e equipes multiprofissionais operem tanto com normas e protocolos como com a variação de procedimentos e condutas conforme o caso e o contexto. Além disso, estimula-se a reflexão sobre a importância do trabalho compartilhado, em equipes, em apoio matricial e no trabalho em redes de cuidado².

Também se introduz as questões relacionadas à Ética em pesquisa, no sentido de apoiar o desenvolvimento dos projetos. As disciplinas optativas oferecem oportunidade de aprofundamento em aspectos relacionados à metodologia de pesquisa (quantitativa e qualitativa), bem como em temas específicos das linhas de pesquisa do Programa.

O corpo docente, espinha dorsal do MPSC, é composto por 14 pesquisadores com formação em Saúde Coletiva, sendo 13 doutores, em sua maioria vinculados à carreira de Pesquisador Científico do governo do Estado de São Paulo, a qual é regida pela Comissão Permanente

do Regime de Tempo Integral (Leis Complementares nº 125, de 18 de novembro de 1975, nº 335, de 22 de dezembro de 1983 e nº 656 de 28 de junho de 1991). Têm, portanto, dedicação exclusiva ao IS para o desenvolvimento de atividades de pesquisa, ensino e assessoria. Vale a pena citar que o grupo é composto por profissionais das áreas de medicina, enfermagem, psicologia, biologia, estatística, ciências sociais, nutrição e fonoaudiologia, propiciando enfoque interdisciplinar ao Programa.

Conforme o Parecer CNE/CNES 0079/2002, o Mestrado Profissional responde a uma necessidade socialmente definida de capacitação profissional, de natureza diferente da propiciada pelo Mestrado Acadêmico, embora não se constitua em uma alternativa para a formação de mestres segundo padrões de exigência mais simples do que aqueles tradicionalmente adotados pela pós-graduação.

Assim, no processo seletivo, especial importância é dada à relevância do pré-projeto do candidato para o seu local de trabalho, expressa em uma declaração da chefia imediata; além disso, analisa-se o potencial de aplicabilidade do produto final no âmbito do serviço onde atua e a coerência com as linhas de pesquisa do Programa.

Perfil dos alunos

Os Gráficos 1, 2 e 3 apresentam o perfil dos alunos de quatro turmas do MPSC no período de 2011 a 2019. Verifica-se caráter multidisciplinar, com predominância das áreas de enfermagem, medicina e psicologia. A maioria dos alunos atua em municípios, sendo 69% no Município de São Paulo ou Região Metropolitana e 65% estão inseridos na gestão ou gerência de serviços de saúde.

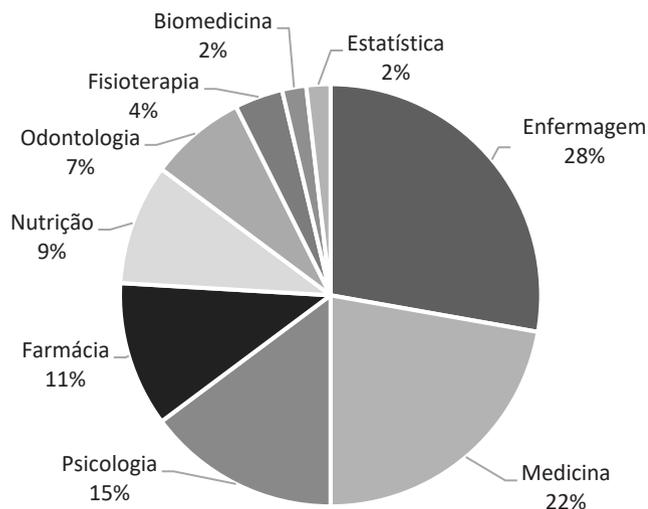


Gráfico 1. Distribuição dos alunos do MPSC do Instituto de Saúde segundo área de formação, 2011-2019.

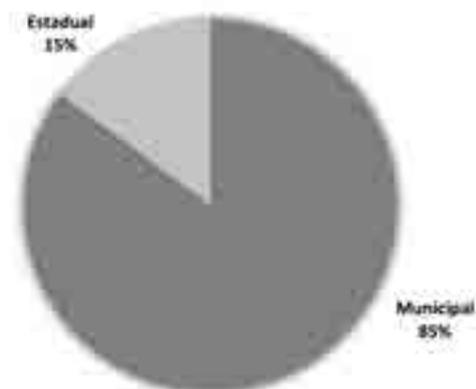


Gráfico 2. Distribuição dos alunos do MPSC do Instituto de Saúde segundo instância de atuação, 2011-2019.



Gráfico 3. Distribuição dos alunos do MPSC do Instituto de Saúde segundo atuação na gestão ou cuidado em saúde, 2011-2019.

Projetos de pesquisa

Os projetos de pesquisa desenvolvidos têm potencial de aplicabilidade em várias Políticas do SUS, conforme os dados apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. Temas dos projetos de pesquisa desenvolvidos no MPSC, 2011-2018.

Tema do Projeto	N
Assistência Farmacêutica	2
Atenção Básica	7
Saúde mental	7
Integralidade/Redes de Atenção/Linhas de Cuidado	6
Nutrição/Aleitamento Materno	5
Saúde da Criança	3
Saúde do Idoso	2
Formação de recursos humanos	2
Saúde do trabalhador	1
HIV/Aids	1
Humanização	1
Bioética	1
Práticas Integrativas e Complementares	1
Tabagismo	1

Desafios e lições aprendidas

A implementação do Programa no período de 2011 a 2019 nos permite refletir sobre desafios e lições aprendidas. Os desafios são grandes, ainda maiores que na pós-graduação acadêmica, uma vez que se soma à necessidade de garantir aos alunos formação sólida na pesquisa, o compromisso de aplicação do conhecimento produzido na resolução de problemas de saúde e no apoio à tomada de decisão.

Sobre a criação de um ambiente oportuno à formação em pesquisa, sentiu-se a necessidade de ampliar a carga horária de disciplinas metodológicas em relação ao proposto no currículo inicial, que se complementam com seminários onde são discutidos os projetos de pesquisa desde

sua formulação, propiciando a interação entre os alunos e dos mesmos com todo o corpo docente.

Algumas barreiras foram identificadas em relação à aplicabilidade dos resultados das pesquisas. Merece destaque uma situação que alguns alunos têm enfrentado em relação a mudanças nos cargos de gestão, ou mesmo mudanças em sua inserção institucional no decorrer do curso, que trazem por vezes a necessidade de renegociar o desenvolvimento dos projetos de pesquisa. Mesmo que os projetos tenham continuidade, essas mudanças podem implicar barreiras para a incorporação dos resultados das pesquisas, pelo fato de os novos gestores não darem prioridade ao problema inicialmente pactuado. Assim o Programa se desenvolve no SUS e para o SUS,

lidando com as questões impostas pelo mundo real da política de saúde.

Cabe também uma reflexão sobre os desafios impostos pelo processo de avaliação da Capes, ao qual todos os programas de pós-graduação são periodicamente submetidos. Muito tem se discutido sobre a necessidade de aprofundar normas específicas e critérios adequados de avaliação dos mestrados profissionais. O desafio a essa questão está na excessiva valorização da produção científica tradicional, embora se reconheça que os produtos finais dos mestrados profissionais podem ser estudos de sínteses que subsidiem a formulação de políticas, bem como textos que contenham os resultados da elaboração e experimentação de instrumentos de trabalho, tecnologias leves, a serem incorporadas à gestão, promoção ou prevenção de riscos e agravos, ou estudos de caso no âmbito das organizações de saúde cujos resultados contribuam para a introdução de inovações gerenciais, organizativas e operacionais no processo de produção das ações e serviços (Cesse). Concretamente, nos deparamos com dificuldades de publicar tais produtos no formato tradicional de artigos científicos, uma vez que têm como foco a resolução de problemas locais, que despertam pouco ou nenhum interesse dos periódicos nacionais e internacionais.

Apesar dos aspectos apresentados despertarem preocupação, vários pontos positivos e facilitadores, merecem igualmente destaque.

A procura crescente pelo Programa mostra que ele vem se firmando como oportunidade de aprendizado para os trabalhadores do SUS-SP. Mais de 300 candidatos participaram do último processo seletivo, apresentando propostas de projetos para resolução de problemas identificados nos serviços de saúde.

O caráter multidisciplinar de docentes e alunos têm favorecido a troca de experiências e

reflexões, propiciando um novo olhar sobre a prática profissional.

A utilização de métodos participativos de pesquisa tem sido predominante no conjunto dos projetos, propiciando envolvimento de outros atores nos locais de trabalho e favorecendo os processos de tradução do conhecimento e a transformação de práticas.

O corpo docente, juntamente com a Comissão de Pós-Graduação, tem se reunido mensalmente desde o início do Programa, o que permite a construção coletiva dos processos de seleção, avaliação da implementação do currículo, aprimoramento das disciplinas, discussão das orientações e definição de estratégias para incorporação dos resultados das pesquisas.

São perspectivas do Programa: aprimorar o acompanhamento dos egressos, para o monitoramento do impacto das pesquisas nos serviços; promover maior aproximação com gestores e tomadores de decisão, por meio de encontros e seminários e intensificar as estratégias de difusão do conhecimento utilizando diferentes canais de comunicação.

Por fim, um grande facilitador consiste na motivação e engajamento dos alunos, em plena sintonia com os objetivos do Programa. São trabalhadores de saúde que têm a liberação dos serviços uma vez na semana durante dois anos para concluir seus projetos e muitos têm que compensar as horas dedicadas aos estudos. Trazem suas inquietações e buscam no MPSC um espaço para reflexão, troca de experiências e saberes. Acreditam que o conhecimento produzido, a partir da definição de questões prioritárias de pesquisa para os locais onde atuam, têm potencial para promover mudanças na gestão e nas práticas de cuidado em saúde, servindo ao propósito final de contribuir para melhorar as condições de saúde da população.

Então, para finalizar esse texto, nos valemos de um provérbio africano para homenageá-los,

que expressa nossa percepção sobre porque vale a pena enfrentar os desafios que nos impõe o MPSC: “Gente simples, fazendo coisas pequenas, em lugares pouco importantes, consegue mudanças extraordinárias.”

Referências

1. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Soc.* São Paulo: 2011; v.20, n.4, p.884-899.
2. Campos GWS. SUS: o que e como fazer? *Rev Ciência Saúde Coletiva.* 2018; 23(6):1707-1714.
3. Carvalheiro JR. Investigação em serviços de saúde: qual é o seu problema? *Rev Saúde Soc.* 1994;3(2): 64-111.
4. Carvalheiro JR. La implantación del SUS em Brasil y los polos tecnológicos. OPS, 1993.
5. Carvalheiro JR. Um instituto em busca de sua identidade. In: Escuder MML, Venancio SI, Bogus CM, Martins MCF organizadores. *Aprimoramento em saúde coletiva: reflexões, organizadores.* São Paulo: Instituto de Saúde, 2000.
6. Cesse EAP, Veras MASM. Mestrado profissional em saúde coletiva: uma modalidade de formação para o sistema de saúde brasileiro. *Boletim do Instituto de Saúde.* 2014; 15.
7. Donato AF. Algumas considerações sobre tendências pedagógicas e educação e saúde. *Boletim do Instituto de Saúde.* 2009; 48.
8. Goldbaum M. Mestrado profissionalizante em saúde coletiva. In: Leal MC, Freitas CM, organizadores. *Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
9. Lavis JN et al. How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *Milbank Q.* 2003; 81:221.
10. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
11. Secretaria de Estado da Saúde (BR). Instituto de Saúde. *Relatório de atividades 2012.* São Paulo, 2018.
12. Teixeira CF. Investigação em sistemas e serviços de saúde: novos problemas e objetos, abordagens e estratégias. *Rev Saúde Soc.* 1997; 6(1): 11-24.
13. Tran N, Langlois EV, Reveiz L, Varallyay I, Elias V, Mancuso A, et al. Embedding research to improve program implementation in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica.* 2017; 41:e75.

Agradecimentos: Nossos agradecimentos à Tania Regina Gonçalves Silva e José da Rocha Carvalheiro pelas contribuições à elaboração desse artigo.

Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no município de São João da Boa Vista – SP

Evaluation of Food and Nutrition Surveillance System set up in Sao Joao da Boa Vista region: The SISVAN as an instrument used for the health planning action and diagnosis

Fernanda Maria Vital Oliveira^I, Silvia Regina Dias Medici Saldiva^{II}

Resumo

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) tem como propósito principal avaliar e monitorar o estado nutricional e a situação alimentar da população. Este trabalho teve como objetivo avaliar o grau de implantação do Sisvan no município de São João da Boa Vista; para isso foi construído um modelo lógico definindo-se os indicadores de implantação, através da avaliação das condições das instalações físicas; equipamentos; disponibilidade de manuais; materiais de apoio técnico; adequação de recursos humanos e financeiros destinados a esse fim, bem como a adesão e as dificuldades com o sistema. Os resultados mostraram uma implantação parcial média e incipiente. O valor atribuído ao conjunto de indicadores foi 34%. As principais dificuldades foram estrutura física e equipamentos (33%) falta de impressos e de informações (22%), recursos humanos insuficientes (3%). Diante disso constata-se a necessidade da realização de treinamentos a fim de solucionar os pontos levantados durante a avaliação.

Palavras-chave: Vigilância Nutricional, Pesquisa sobre Serviços de Saúde, Sisvan.

Abstract

The main purpose of the Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN) is to evaluate and monitor the nutritional status and food situation of the population. This study aimed to evaluate the degree of implantation of SISVAN in the municipality; for this a logical model was constructed defining the indicators of implantation, through the evaluation of the conditions of the physical facilities; equipment; availability of manuals; technical support materials; adequate human and financial resources for this purpose as well as accession and difficulties with the system. The results showed a partial and incipient partial implantation. The value assigned to the set of indicators was 34%. Among the main difficulties were physical structure and equipment (33%) lack of printed and information (22%), insufficient human resources (3%). Given this, it is necessary to carry out training in order to solve the points raised during the evaluation of the degree of implementation.

Keywords: Nutritional Surveillance, Health Services Research, SIS

^I Fernanda Maria Vital Oliveira (fernanda-vital@uol.com.br) é nutricionista, mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Nutricionista do município de São João da Boa Vista, São Paulo.

^{II} Silvia Regina Dias Medici Saldiva (srsaldiva@gmail.com) é nutricionista, doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), pesquisadora científica VI do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Introdução

A atenção básica (AB) é a principal porta de entrada do SUS, caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde³

As ações de alimentação e nutrição têm um papel fundamental na rede de atenção à saúde, potencializando o crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. Os agravos em saúde que se relacionam com a alimentação e nutrição e são passíveis de ações de prevenção abrangem as deficiências nutricionais específicas, as alterações do estado nutricional (desnutrição e excesso de peso) e comorbidades associadas à obesidade⁸.

A vigilância alimentar e nutricional (VAN) é uma das atividades a serem desenvolvidas no âmbito da atenção à saúde⁴ e a responsabilidade sobre a vigilância e monitoramento das condições nutricionais deve ser uma preocupação de todos os profissionais das equipes de AB, dada a sua aptidão para a identificação das necessidades de saúde da população. Desta forma, a Unidade Básica de Saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, e/ou de atenuar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, mesmo que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede⁶.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) possibilita um diagnóstico atualizado da situação alimentar e nutricional de uma população mediante coleta, processamento e análise contínua de dados, além de identificar tendências temporais e fatores para sua determinação¹.

Em janeiro de 2008, o Sisvan Web foi disponibilizado para o acesso aos municípios. Esse novo sistema informatizado, incorporou as novas curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (2006), para a avaliação do estado nutricional de crianças e adolescentes além de possibilitar o registro de marcadores de consumo alimentar nas diferentes fases da vida. Possui uma interface mais fácil e lógica para o usuário do sistema, por meio da Internet^{5, 6}.

O município de São João da Boa Vista experimenta os mesmos problemas de saúde pública do Brasil, observando-se um aumento nos indicadores de sobrepeso e obesidade, em todas as fases da vida, e convivendo, em menor escala, com o déficit de estatura em crianças. Embora o Sisvan tenha sido implantado em 2004, ele não tem sido utilizado em todo seu potencial de ação. O presente artigo tem o objetivo de apresentar o grau de implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) no município de São João da Boa Vista.

Metodologia

O município de São João da Boa Vista está localizado na região centro-leste do Estado de São Paulo e em relação à organização em saúde, é sede da XIV Diretoria Regional de Saúde (DRSXIV). O município conta com 12 Unidades de Saúde, sendo 5 Unidades Básicas de Saúde (UBSs), 7 Unidades de Saúde da Família com 12 equipes (USFs). A cobertura da Atenção Básica no município em 2013 era de 104,4% sendo sua distribuição 49,22% nas USFs e 55,18% nas UBSs.

Para realizar essa análise levou-se em conta o contexto organizacional da Secretaria da Saúde do município e sua relação com o grau de implantação. Trata-se uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação do componente 2, que busca analisar a influência das variações dos

indicadores estudados nos resultados esperados de uma intervenção⁹.

Essa análise consiste em melhor entender o que explica as variações observadas em nível de implantação ou de integridade⁹.

A análise de implantação pode ser realizada por meio da construção de um modelo lógico, entendido como um esquema visual que apresenta como o sistema deveria ser implantado e quais resultados são esperados. Ele auxilia a responder os questionamentos sobre mudanças nas práticas sociais, de saúde e no reconhecimento das utilidades de uma avaliação⁹. Um modelo lógico deve incluir as relações entre as atividades planejadas para desenvolver o programa, os recursos necessários, a intervenção e o efeito. Frequentemente é apresentado como um fluxograma ou uma tabela que demonstra a sequência de etapas que levam aos efeitos desejados².

O estudo foi realizado entre os anos de 2015 e 2016 e foi utilizado um questionário auto

aplicável, sem a identificação do profissional, para auxiliar a identificação das condições da estrutura física e dos equipamentos, verificar a disponibilidade de materiais e protocolos pertinentes ao Sisvan, entender os fluxos de atendimento dos pacientes por ciclo de vida, verificar o preenchimento de fichas, bem como a investigação sobre o entendimento dos profissionais de saúde em relação ao Sisvan e suas dificuldades.

Foram convidados a participar da pesquisa 39 profissionais da equipe de enfermagem, dentre eles enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, pertencentes a 12 Unidades Básicas de Saúde/Unidades de Saúde da Família (UBS/USF) e que estavam diretamente envolvidos com as ações do Sisvan. Porém, foram realizadas 36 entrevistas em função de transferências e licença maternidade. Não houve recusa de nenhum convidado.

A diagramação do modelo lógico se encontra abaixo.

Modelo Lógico para avaliação do grau de implantação do SISVAN, município de São João da Boa Vista

Recursos / Insumos	Atividades	Produtos	Resultados
	Identificação dos profissionais que estão envolvidos e capacitados nas ações de VAN.	100% desses profissionais capacitados na coleta de dados e utilização do sistema.	Realizar adequadamente o diagnóstico do estado nutricional da população em tempo oportuno
Recursos Humanos	Avaliação da adequação de Recursos Humanos.	100% de adequação de Recursos Humanos nas UBS/USF.	Maior cobertura da população assistida pela AB no Sisvan.
	Avaliação do entendimento dos Recursos Humanos para as ações de VAN.	Profissionais envolvidos nas ações VAN e envolvidos na coleta de dados.	
Recursos Estruturais	Avaliação da adequação das salas para a tomada de medidas antropométricas.	100% das UBS/USF adequadas em relação às salas, equipamentos, manuais, impressos, protocolos e computadores.	Melhoria da qualidade das medidas antropométricas, do atendimento à população, da informatização dos dados coletados.
Salas	Avaliação das condições de funcionamento dos equipamentos.		
Equipamentos (balanças, estadiômetros, régua e fitas).	Identificação da presença de manuais, impressos e protocolos.		
Computadores	Identificação de computadores disponíveis nas unidades.		
Sistema Operacional	Acesso ao sistema.		
Recursos Financeiros	Adequação e utilização dos recursos para esse fim.	Identificação dos recursos destinados à VAN.	Implementação dos recursos financeiros.

Matriz de julgamento

A matriz de julgamento foi elaborada tomando por base o modelo lógico e indicadores para se analisar o contexto organizacional e a sua relação com grau de implantação. Ela foi aplicada a cada uma das 12 UBS/USF, e a partir do padrão estabelecido para cada indicador foi se atribuindo valores com base nos pontos de corte. Foi atribuída a nota dez para o padrão ouro e valores intermediários para cada uma das situações encontradas (5, 2 e 0).

Para analisar o grau de implantação individual foi utilizado o percentual de implantação através da soma dos valores obtidos, vezes o valor máximo, e dividido por 100. Para julgar os níveis de implantação foram usados os valores e julgamentos propostos por Samico⁹. O Quadro 1 mostra o julgamento de valores da matriz de indicadores. A matriz está representada no Quadro 2.

Quadro 1. Julgamento de valores da matriz de indicadores.

Valores (intervalo)	Julgamento
66,6% a 100%	Implantação satisfatória ou plena
33,3% a < 66,6%	Implantação parcial, média
1% a < 33,3%	Implantação incipiente

Fonte: SAMICO et al., 2010.

Quadro 2. Matriz de julgamento para avaliar a implantação do SISVAN de São João da Boa Vista.

Indicadores	Padrão	Definição dos pontos
Profissionais capacitados	Funcionários envolvidos nas ações do Sisvan capacitados em antropometria há menos de dois anos.	10 – se todos os funcionários foram capacitados no período padronizado. 5 – se 50 % dos funcionários foram capacitados no período padronizado. 0 – se nenhum funcionário foi capacitado no período padronizado.
Adequação de Recursos Humanos (RH)	Um funcionário em cada área de coleta de dados: criança, mulher/gestante e adulto/idoso.	10 – presença de um funcionário para cada área. 5 – se os funcionários se dividem entre as áreas. 0 – se não houver funcionário estabelecido para coleta de dados.
Entendimento sobre SISVAN	Entendimento dos objetivos da antropometria: fluxos, ciclos de vida, preenchimento e interpretação da curva, padrões de referência, planejamento de ações e orientações.	10 – entendimento de todos os objetivos descritos. 5 – entendimento em dois ou mais aspectos descritos. 0 – não tem entendimento de nenhum dos aspectos descritos.
Salas	Exclusiva para esse fim, oferece clareza, permite privacidade, conforto térmico e tem espaço suficiente para o trabalho.	10 – se atende todos os critérios descritos. 5 – se atende a dois ou mais critérios descritos. 0 – não atende a nenhum critério descrito.
Equipamentos	Presença e bom estado de conservação e funcionamento de balança adulto, balança obeso, balança pediátrica (mecânica ou digital), estadiômetro infantil, antropômetro e maca.	10 – se todos os equipamentos citados estão presentes e em bom estado de conservação e funcionamento. 5 – se possui de um a seis equipamentos descritos em bom estado de conservação e funcionamento. 0 – Não possui nenhum dos equipamentos descritos.

Indicadores	Padrão	Definição dos pontos
Materiais técnicos	Possuir protocolos, impressos, cadastros, mapa para acompanhamento do Sisvan, carteira da criança, da gestante, do adolescente, do Hipertensão e dos idosos em quantidades suficientes.	10 – se possui todos os materiais e protocolos descritos e em quantidade suficiente. 5 – se possui todos os itens citados, mas em quantidade insuficiente. 0 – não possui nenhum dos itens citados.
Computadores	Estar presente.	10 – presente. 0 – ausente

Resultados

Grau de implantação

Os resultados do grau de implantação das unidades estudadas mostraram que oito delas tiveram avaliações semelhantes, de 35,7% e classificadas

como implantação parcial média. Três unidades obtiveram 31,4% e uma unidade 28,5%, sendo consideradas como implantação incipiente. Quando analisamos o município como um todo, o valor apresentado foi de 34%, correspondendo à uma implantação parcial média, como mostra o Quadro 3.

Quadro 3. Grau de implantação das UBS/USF de São João da Boa Vista, 2015.

Indicadores	Valores de referência (UBS/USF)											
	USF1	USF2	USF3	USF4	USF5	USF6	USF7	UBS8	UBS9	UBS10	UBS11	UBS12
Adequação RH	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Entendimento Sisvan	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Salas	5	5	5	5	5	2	5	2	0	2	5	5
Equipamentos	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Materiais Técnicos	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Computadores	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Grau implantação %	35,7	35,7	35,7	35,7	35,7	31,4	35,7	31,4	28,5	31,4	35,7	35,7

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Em relação às instalações, nenhuma unidade obteve nota máxima, por não serem de uso exclusivo do Sisvan. A maioria das equipes realiza as atividades em conjunto com outros procedimentos, e três unidades apresentaram nota 2 por serem inadequadas para os atendimentos. Todas as unidades possuíam a maioria dos equipamentos em funcionamento, porém, nenhuma possuía os dois

equipamentos: balanças digitais pediátricas ou balança com capacidade maior que 150 quilos. Em relação aos materiais técnicos e protocolos, foi observado que o número de exemplares não era suficiente para todas as unidades, assim como, não apresentavam computadores para uso exclusivo do Sisvan. Além disso, o município não destina recursos financeiros para a implantação do sistema.

A análise do entendimento dos profissionais para executar as ações do Sisvan mostrou que 89% dos entrevistados consideraram o Sisvan importante, 75% informaram que o mesmo traz benefícios para UBS/USF e 77,8% avaliaram que as atividades do sistema não atrapalhavam a rotina das unidades. Entre as principais dificuldades

mencionadas pelos técnicos verificou-se que 1/3 deles se referira à inadequação da estrutura física e de equipamentos, 22% a falta de impressos e de informações e 3% da escassez de recursos humanos. Por outro lado, 15 profissionais, o que corresponde a 42% da amostra, não responderam a esse questionamento.

Quadro 4. Síntese da avaliação do grau de implantação Sisvan São João da Boa Vista, 2015.

	Atividades	Resultados observados
Recursos humanos	Identificação dos profissionais que estão envolvidos e capacitados nas ações de VAN.	0%
	Avaliação da adequação de Recursos Humanos.	50%
	Avaliação do entendimento dos Recursos Humanos para as ações de VAN.	50%
Recursos estruturais Salas	Avaliação da adequação das salas para a tomada de medidas antropométricas.	36,7%
Equipamentos (balanças, estadiômetros régua e fitas).	Avaliação das condições de funcionamento dos equipamentos.	50%
Materiais técnicos, impressos e protocolos	Identificação da presença de manuais, impressos e protocolos.	50%
Computadores	Identificação de computadores disponíveis nas unidades.	0%
Sistema Operacional	Acesso ao Sistema.	0%
Recursos Financeiros	Adequação e utilização dos recursos para esse fim.	0%

Fonte: Dados coletados na pesquisa

Discussão

O grau de implantação do Sistema no município de São João da Boa Vista foi considerado como parcial médio na maioria das unidades e em quatro foram incipientes. A maioria dos indicadores apresentaram variações semelhantes para todas as unidades. Aquelas que tiveram menores pontuações, corresponderam principalmente aos itens relacionados à estrutura física, visto que três unidades realizam as medidas antropométricas em

um consultório médico e a outra, por ser uma unidade muito pequena em uma sala comum às outras atividades da unidade. Porém quando analisamos o grau de implantação em relação à cobertura populacional atendida pelo Sisvan ela não corresponde aos valores encontrados. Possivelmente, a matriz construída não foi suficientemente sensível para se avaliar o desempenho das unidades.

A implantação do Sisvan foi considerada parcial média na maioria das UBS/ESF, apontando

para a necessidade de vários ajustes para se conseguir uma implantação plena. Para tanto, sugere-se a criação de uma “Comissão Permanente da VAN”, formada pelo gestor municipal do Sisvan, digitador central, representantes dos enfermeiros, nutricionista do NASF, auxiliares de enfermagem e administrativos, setor de educação e comunicação do Departamento de Saúde.

Considerações finais

A maior contribuição desse estudo foi analisar o processo de implantação do Sisvan, considerando o contexto organizacional do município de São João da Boa Vista. Além disso, promoveu a reflexão dos profissionais da Atenção Básica que trabalhavam diretamente com a implantação do Sistema, os quais puderam apontar as principais barreiras a serem enfrentadas para fortalecer essa importante ação de vigilância nutricional.

Em relação aos facilitadores à implantação do Sisvan no município pode-se apontar a existência de uma rotina nas USF/UBS para coleta de dados antropométricos do Sisvan. Esse fato auxiliou no momento da pesquisa e também pode ser um fator positivo para implantação das propostas.

As principais barreiras à implantação foram o grande número de atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem, o que juntamente com os problemas estruturais e de material, podem ser considerados fatores que dificultam o desenvolvimento das ações de vigilância nutricional. O fluxo para digitação de dados também pode ser considerado um obstáculo, uma vez que pela quantidade de dados e centralização desse processo, não se consegue realizá-lo em tempo adequado, comprometendo também a análise dos dados.

Os resultados apontaram importantes lacunas no processo de implantação e podem servir de subsídio para a gestão municipal aprimorá-lo. Porém, passados alguns anos desde a realização

desse estudo, pode-se dizer que avanços em relação às recomendações realizadas a partir da investigação foram pequenos. Um importante aspecto diz respeito à mudança na coordenação municipal da área de alimentação e nutrição, à época ocupada pela aluna que desenvolveu a pesquisa no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde. Sabe-se que a rotatividade de profissionais nos cargos de coordenação técnica no âmbito municipal pode causar interrupção de projetos e ações, tornando alguns processos de qualificação da atenção mais lentos.

Por outro lado, um aspecto muito positivo na perspectiva de incorporação dos resultados da pesquisa foi que, em 2017, o município passou a receber o incentivo financeiro do Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN) e foi necessário elaborar um plano de ação. Na oportunidade, as recomendações sugeridas nesse estudo foram atreladas à execução desse recurso. No momento foram iniciadas aquisições de materiais (educativos e protocolos da VAN) que irão auxiliar as ações e também foi agendada uma reunião com o setor de educação e comunicação do município a fim de iniciar a implementação das ações com as USF/UBS em relação ao Sisvan.

No atual contexto, em que o financiamento possibilita novas perspectivas em relação ao Sistema, espera-se que o presente trabalho contribua efetivamente para o fortalecimento da implantação do Sisvan no município.

Referências

1. Barros DC, Silva DO, Santos MMAS, Baião MR. Alimentação e nutrição: contexto político, determinantes e informação em saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2013.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual da oficina de capacitação em avaliação com foco na melhoria do programa. Brasília (DF); 2007.

3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2012a.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília (DF); 2012b.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica. Brasília; 2015.
6. Camilo SMB, Camilo GB, Toledo GC, Júnior RDC, Toledo CC. Vigilância nutricional no Brasil: criação e implementação do Sisvan. Rev APS. 2011; (14): 224-8.
7. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault RA. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
8. Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bartoline GN. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no governo brasileiro. Rev Nutrição Campinas. 2011; 24(6):809-24.
9. Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.

Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil: desafios para a sua implantação em um município da Grande São Paulo

Brazilian national strategy for the promotion of breastfeeding and healthy complementary feeding: challenges for its implantation in a municipality of the metropolitan region of São Paulo

Mariana Santos Barreto^I, Silvia Regina Dias Medici Saldiva^{II}

Resumo

Ações direcionadas à alimentação e nutrição podem proporcionar benefícios às crianças, aumentando as chances de desenvolvimento pleno, notadamente o cognitivo, com forte impacto na redução da mortalidade infantil. Nesse cenário, a promoção do Aleitamento Materno e da Alimentação Complementar Saudável constituem-se em estratégias fundamentais. Sendo assim, esse artigo destaca, a partir de uma pesquisa avaliativa, alguns desafios para implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no âmbito da Atenção Básica em um município da Grande São Paulo.

Palavras-chave: Aleitamento Materno, Alimentação Complementar, Estudos de Avaliação, Atenção Básica de Saúde.

Abstract

Actions directed at food and nutrition can provide benefits to children, increasing the chances of full development, especially cognitive, with a strong impact in reducing infant mortality. In this scenario, the promotion of Breastfeeding and Healthy Complementary Feeding constitute fundamental strategies. Thus, this article spotlight from an evaluative research, some challenges for implementation of the Breastfeeding and Feeding Brazil Strategy in the area of Primary Care in a municipality of the metropolitan region of São Paulo.

Keywords: Breastfeeding, Complementary Feeding, Evaluation Studies, Basic Health Attention.

Introdução

Ações direcionadas à alimentação e nutrição podem proporcionar benefícios às crianças, aumentando as chances de desenvolvimento pleno, notadamente o cognitivo⁹. Posteriormente à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção à saúde da criança transitou de programas mais verticalizados para a concepção do cuidado integral, com vistas à redução de vulnerabilidades e morbimortalidade, garantia de direitos, promoção da saúde e qualidade de vida³.

Em 5 de Setembro de 2013, instituída no âmbito do SUS pela Portaria nº 1.920, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) resultou da união da Rede Amamenta Brasil e da Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (Enpacs)⁶. A EAAB tem como propósito suscitar uma reflexão da prática de atenção à saúde de crianças menores de 2 anos de idade, além de promover atualização dos profissionais de saúde, no âmbito da Atenção Básica, por meio de atividades participativas, intensificando a troca de experiência e a ideação do conhecimento de acordo com a realidade local⁸.

^I Mariana Santos Barreto (santosbarretom@gmail.com) nutricionista e mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde de São Paulo.

^{II} Silvia Regina Dias Medici Saldiva (srsaldiva@gmail.com) nutricionista, doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo (USP) e pesquisadora científica VI do Instituto de Saúde de São Paulo.

Sabe-se que o período que engloba os dois primeiros anos de vida é fundamental para o crescimento e desenvolvimento da criança, para a promoção da saúde e para a prevenção de doenças na idade adulta³. É fundamental explicitar que 13,8% das mortes em menores de 2 anos poderiam ser evitadas se a amamentação atingisse níveis quase universais, sendo considerada a primeira estratégia isolada de maior impacto na redução da mortalidade infantil¹². Com relação ao impacto da Alimentação Complementar Saudável (ACS), 6% das mortes na infância poderiam ser evitadas, terceira das ações mais efetivas⁴.

O propósito desse trabalho foi descrever desafios na promoção do Aleitamento Materno (AM) e da ACS a partir da implantação da EAAB em âmbito municipal.

Metodologia

A nutricionista e investigadora principal desta pesquisa tornou-se tutora da EAAB em 2013. Dado o número insuficiente de nutricionistas no município, conforme preconizava a legislação¹, uma estratégia para o desenvolvimento de ações para promoção do AM e da ACS foi vinculá-lo ao mestrado profissional.

Antes de pensar na metodologia para avaliação da implantação da EAAB, as Unidades de Saúde (US) foram estudadas para determinar qual receberia a intervenção. Os seguintes critérios foram aplicados para essa definição: a) aquelas com Estratégia Saúde da Família (ESF), denominadas nesse estudo como Unidade Saúde da Família (USF); b) que não tiveram oficina de trabalho da ENPACS nos anos 2012 e 2013; c) aquelas com menos de 100 agendamentos mensais de consultas de crianças menores de 2 anos de idade com médico generalista ou pediatra.

A metodologia escolhida para avaliar a implantação da EAAB foi comparar duas USF

semelhantes, sendo uma para intervenção e outra como controle, considerando-se uma pesquisa avaliativa sobre o processo da implantação da EAAB no âmbito municipal.

Foram elaborados documentos referentes à proposta de desenvolvimento do projeto para que fossem pactuados com a gestão, profissionais e conselho municipal de saúde.

Após levantamento dos dados das USF, foi efetuado um sorteio às cegas para eleger a unidade intervenção e a controle. As unidades sorteadas se distanciam uma da outra em aproximadamente 9 Km.

Foi elaborado um questionário com o intuito de avaliar os conhecimentos, entendimentos e algumas práticas de trabalho referentes à promoção, apoio e proteção do AM e da ACS dos trabalhadores das duas US sorteadas. Estes questionários foram aplicados antes da intervenção e quatro meses após a mesma.

As principais questões avaliadas junto aos profissionais de saúde foram: considera importante conversar com cuidadores das crianças sobre AM e ACS; conhece os sistemas de informação da AB; conhece EAAB; coleta e registra dados para alimentar sistemas de informação; participa de atividades na US relacionadas com AM e ACS; conhece leis de proteção ao AM e ACS; registra dados antropométricos; sabe o que é ACS; orienta gestantes e mães sobre AM e ACS; casos de dificuldade são discutidos em equipe; observa bebê mamando; já participou de cursos e capacitações sobre AM e ACS e se considera importante desenvolver ações sobre o tema na US.

Para a realização da primeira oficina de trabalho na US intervenção, foi pactuado junto à gestão da Secretaria Municipal de Saúde o fechamento da unidade para o público no período de aproximadamente 5 horas. Para implantação da EAAB foi utilizado como documento norteador o Manual de Implementação da EAAB⁸, publicado

pelo Ministério da Saúde em 2015. Foram abordados os seguintes tópicos: prática do AM e da AC no âmbito do processo de trabalho da US e a importância de planejar, desenvolver e avaliar coletivamente as ações de promoção, proteção e apoio ao AM e ACS também no contexto da unidade.

Dado que somente uma oficina de trabalho na US não foi suficiente para satisfazer a demanda dos profissionais, planejar e pactuar ações, o tutor organizou outros encontros e/ou atividades complementares.

No segundo encontro foram abordados: o plano de ação; os Sistemas de Informação da Atenção Básica vigentes e legislações de proteção ao AM e ACS. Também foi realizada uma conversa sobre dúvidas levantadas na primeira oficina de trabalho. O terceiro encontro foi destinado aos funcionários técnicos e tratou-se de uma capacitação inicial sobre avaliação antropométrica e classificação do estado nutricional de menores de 2 anos. O objetivo dessa capacitação foi orientar sobre a relevância da padronização na avaliação das medidas antropométricas, conversar sobre a importância da atitude de vigilância nutricional e discutir casos em equipe. Um quarto encontro foi realizado para discussão da proposta de elaboração e possibilidade de implantação de protocolo de cuidado à saúde dos menores de 2 anos, bem como organização dos serviços referentes às práticas de trabalho relacionadas ao AM e ACS. Também foram apresentados 2 vídeos: “Dez Passos da Alimentação Saudável para Crianças Menores de Dois anos”⁵ e “NBCAL: para fazer valer a lei”².

Os participantes da pesquisa foram instruídos quanto aos procedimentos e objetivos do estudo. Todos os trabalhadores que aceitaram responder ao questionário assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde sob o número

de CAAE 64158217.0.0000.5469, aprovado em 23 de fevereiro de 2017.

A pesquisa envolveu outras etapas de análise, no entanto, nesse artigo o foco será o processo de implantação da EAAB.

Resultados

Dos 27 trabalhadores convidados inicialmente a participar da pesquisa na US que recebeu a intervenção, 25 ingressaram no estudo e 2 recusaram. Após a implantação da EAAB, 22 aceitaram responder aos questionários e houve uma recusa.

Já com relação à intervenção, na primeira oficina participaram 20 funcionários, e posteriormente mais 2 foram capacitados, perfazendo 91,6% do total de trabalhadores da USF, incluindo profissionais técnicos, administrativos, dentre outros, sendo que 100% se manifestaram positivamente na avaliação da mesma.

Foi pactuado um plano de ação. O mesmo consistiu em: estabelecer referências e padronizar avaliação antropométrica, bem como a classificação do estado nutricional de crianças menores de dois anos; organizar fluxo de preenchimento de fichas do e-SUS com indicadores de saúde relacionados aos menores de 2 anos; estabelecer materiais de consulta para promoção e proteção do AM e ACS e realizar uma ação de incentivo ao AM e ACS. As ações iniciais foram sistematizadas em uma versão preliminar de protocolo de cuidado à saúde dos menores de 2 anos e organização dos serviços relacionado à EAAB.

Foi possível observar que os dados sobre o tipo de AM passaram a ser registrados em fichas do Sistema de Informação Vigente (e-SUS). Destacou-se positivamente o registro de marcadores de consumo alimentar, que antes não era preenchido.

Uma dificuldade comunicada pelos trabalhadores no contexto da EAAB durante a realização da pesquisa refere-se à falta de estrutura da

unidade, especialmente à física, conforme os seguintes exemplos de comunicação:

“... falta de estrutura e de continuidade para que todas as ideias sejam implementadas”

“Que nosso prédio não oferece estrutura física para realizarmos de melhor forma as atividades que foram propostas.”

Apesar de se tratar de uma construção externa em alvenaria, ela é precária e insalubre. A distribuição das salas também não é adequada.

Ainda sobre estrutura, tanto na percepção do tutor como na dos trabalhadores de saúde, fica evidente o quanto a falta de espaço físico incomoda e prejudica o desenvolvimento de atividades com os usuários dos serviços de saúde. MOURA et al. (2010), em estudo transversal e quantitativo sobre avaliação das estruturas das US da Atenção Básica, demonstrou carência de estruturas que impulsionem à realização de ações coletivas. Além das inadequações quanto à biossegurança nos procedimentos, o pouco espaço físico prejudica também a organização dos materiais. Esse fato demandou muita dificuldade ao tutor para fazer o levantamento das fichas do e-SUS e posterior contagem dos dados registrados.

Inicialmente foi observado pela tutora certa resistência por parte dos profissionais na implantação da EAAB. Mas a partir da primeira oficina, conforme havia maior aproximação à metodologia crítico-reflexiva proposta no Manual de Implementação da EAAB⁸, foi possível iniciar uma conexão com a equipe. Dessa forma, os encontros foram planejados em conjunto com os profissionais, sempre tentando ponderar a metodologia proposta com a realidade observada na US. A troca de conhecimentos e experiências entre o tutor e todos os trabalhadores da unidade foi, sem dúvida, um processo, ainda que inicial, gratificante e intenso.

É importante destacar também, conforme os exemplos abaixo, que durante todo o processo houve ganhos em relação à sensibilização e motivação dos profissionais envolvidos na implantação da EAAB.

“É um momento de aprendizado, e de descontração, assim podemos desempenhar melhor nosso trabalho no dia a dia.”

“No ponto de vista a Estratégia Amamenta Alimenta Brasil chegou pra ficar, através dela percebi que todos na USF (...) se envolveram muito principalmente com atividades práticas, abriu a nossa mente pra informações que não sabíamos ou que tínhamos dúvida.”

Considerações finais

Apesar dos desafios citados para implantação da EAAB, é importante apontar as facilidades para o desenvolvimento desse estudo, como o fato da investigadora principal da pesquisa ser tutora da EAAB, além de contar com o apoio de outra nutricionista do município também tutora. Outro facilitador foi ter conhecido anteriormente todas as US do município, assim como recursos humanos da central de regulação, já que era necessário obter o número de agendamentos de consultas com menores de 2 anos para definir a US que receberia a intervenção. Todo esse processo foi otimizado, dado esse conhecimento prévio. No entanto, poderia ter sido mais ágil e fidedigno se as US já contassem com sistema informatizado e houvesse padronização nos serviços.

Uma estratégia que colaborou na adesão/ envolvimento dos participantes nos encontros foi combinar que duplas preparassem um prato para a realização de um café da manhã durante a primeira oficina. Essa atividade proporcionou discutir sobre alimentação saudável, destacando a classificação dos alimentos com base em seu

processamento e visando a Regra de Ouro do Novo Guia Alimentar para População Brasileira⁷, que orienta: “Prefira sempre alimentos *in natura* ou minimamente processados e preparações culinárias a alimentos ultraprocessados”.

É importante reforçar que alguns acontecimentos e resultados imediatos durante este processo foram muito significativos, como o envolvimento dos profissionais nas oficinas; a compreensão da importância do aconselhamento em AM e ACS; a possibilidade de fechamento da US para seguir a metodologia proposta pelo MS durante a primeira oficina, embora tenham surgido questionamentos posteriormente; e o preenchimento de dados em fichas do sistema de informação pactuado e vigente. Também ficou evidente o vínculo criado entre a tutora e profissionais de saúde que tentam prosseguir com algumas atividades pactuadas na US.

Por outro lado, a dificuldade de comunicação entre o tutor e os gestores, a rotatividade de profissionais na US durante o desenvolvimento do trabalho foram fatores desfavoráveis ao vínculo que estava se estabelecendo, tornando-se uma barreira para o desenvolvimento das ações pactuadas. A falta de recursos humanos foi citada por quase todos segmentos envolvidos nesse estudo.

Como já exposto, um desafio importante para implantação da EAAB nessa US foi a falta de estrutura. SANTIAGO et al. (2013) aponta que condições adequadas de estrutura são essenciais para implementação de ações e consolidação da ESF. Embora essa Estratégia pretenda demonstrar melhoria na eficiência e qualidade dos serviços oferecidos, verifica-se, assim como na unidade do grupo intervenção desse estudo, número expressivo de unidades com estrutura física imprópria, quando não improvisada.

Para a tutora e investigadora principal desse estudo a rotatividade dos profissionais dificultou muito na sistematização dos dados, até mesmo para alimentar o sistema de gerenciamento da

Estratégia, pois sempre havia conflito entre a realidade da unidade e os dados obtidos no CNES.

Por fim, a continuidade na implantação da EAAB é o desafio mais atual, dado que a tutora foi transferida da secretaria de saúde para uma Unidade Básica de Saúde de modelo mais próximo ao tradicional para realizar atendimentos ambulatoriais.

Referências

1. CFN – Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução nº 380. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 10 jan 2006; Seção 1: 66-71.
2. IBFAN - International Baby Food Action Network. NBCAL: para fazer valer a lei. [vídeocassete]; 2007.
3. Jaime PC, Frias PG, Monteiro HOC, Almeida PVB, Malta DC. Assistência em saúde e alimentação não saudável em crianças menores de 2 anos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013. Rev. Bras Saúde Matern. Infant. 2016; 16(2): 159-67.
4. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? Lancet. 2003; (362):65–71.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Vídeo dez passos da alimentação saudável para crianças menores de dois anos. Brasília (DF); 2012.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.920 de 5 de setembro de 2013. Institui a estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia amamenta e alimenta Brasil. Diário Oficial da União. 6 set 2013; Seção 1: 64.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília (DF); 2014.
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação. Brasília (DF); 2015.

9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: promovendo o desenvolvimento na primeira infância. Brasília (DF); 2016.
10. Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2010; 10(1):69-81.
11. Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GMD, Duarte PO, Furtado BMASM, Souza WV. Qualidade do atendimento nas unidades de saúde da família no município de Recife: a percepção dos usuários. Rev Cie Saúde Coletiva. 2013; 18(1):35-44.
12. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet. 2016; 387(10017):475-90.

Elaboração de cartilha sobre indicadores de saúde como estratégia de fortalecimento da Atenção Básica no município de Itapevi

Elaboration of a booklet on health indicators as a strategy to strengthen Primary Care in the municipality of Itapevi

Alba Fumiko Simakawal, Sonia Isoyama Venancio ^{II}

Resumo

O fortalecimento da Atenção Básica (AB) tem exigido constantes esforços no sentido de dirigir ações, iniciativas e projetos ao aperfeiçoamento de sua qualidade. No município de Itapevi, apesar da considerável expansão dos serviços de AB, estratégias são necessárias visando à sua qualificação. Esse estudo teve como objetivo analisar os indicadores de AB do município e promover a reflexão dos profissionais sobre a utilização dos indicadores para qualificar a AB. Foram realizadas três oficinas de trabalho com profissionais de saúde com foco no impacto das práticas de saúde na AB sobre os indicadores. Por intermédio das oficinas foram analisados os principais obstáculos à utilização dos indicadores: falta de conhecimento dos indicadores, problemas relacionados aos processos de trabalho e organizacionais. Houve sugestões para que a discussão utilizando indicadores fosse inserida nas reuniões de equipe. Essa metodologia possibilitou aos profissionais e gestores uma reflexão sobre os avanços e desafios para a qualificação da AB. A proposta de incorporar a estratégia desse estudo foi formalizada na devolutiva dos alunos de mestrado ao município em um encontro realizado na Secretaria de Saúde com o gestor municipal, coordenadores e profissionais da rede.

Palavras-chave: Atenção Básica, Indicadores de Saúde, Sistema Único de Saúde.

Abstract

The strengthening of Primary Care (PC) has required constant efforts to direct actions, initiatives and projects to improve its quality. In the municipality of Itapevi, despite the considerable expansion of PC services, strategies are necessary in order to qualify them. This study had as objective to analyze the PC indicators of the municipality and to promote the reflection of professionals about the use of them to qualify PC. Three workshops were held with health professionals focused on the impact of health practices in PC on the indicators. The workshops analyzed the main obstacles for using the indicators: lack of knowledge of indicators, problems related to work processes and organizational issues. There were suggestions for discussion using indicators to be inserted in team meetings. This methodology enabled professionals and managers to reflect about the advances and challenges for PC qualification. The proposal to incorporate the strategy of this study was formalized in the devolution of the master students to the municipality in a meeting held at the Health Department with the participation of the municipal manager, coordinators and professionals of the health network.

Keywords: Primary Health Care, Health Indicators, Unified Health System.

^I Alba Fumiko Simakawa (alba1963@hotmail.com) é Estatística, especialista em Prevenção em HIV/Aids no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos, em Saúde Pública, em Vigilância e Controle da Tuberculose; mestre em Saúde Coletiva e assistente de direção do Departamento de Gestão do SUS na Secretaria de Saúde de Itapevi – SP.

^{II} Sonia Isoyama Venancio (soniav@isaude.sp.gov.br) é pediatra, doutora em Saúde Pública, PqC VI do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; docente e membro da CPG do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Introdução

O presente artigo visa a relatar o desenvolvimento de um projeto de pesquisa realizado no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Tendo em vista a proposta de desenvolvimento de projetos no Mestrado Profissional que sejam aplicados nos serviços onde os alunos atuam, esse projeto teve por objetivos analisar os indicadores de Atenção Básica (AB) do município de Itapevi, promover reflexão dos profissionais sobre a utilização dos mesmos e construir uma cartilha visando a ampliar a utilização desses indicadores pelos profissionais de saúde da AB. Buscou-se, assim, informar e promover uma mudança de atitude dos profissionais do município no tocante à utilização dos indicadores de AB, bem como propiciar mudanças nas práticas de cuidados, por meio da análise e interpretação dos mesmos.

Na etapa inicial do projeto, por meio de revisão bibliográfica extensa sobre AB e o uso de indicadores, identificaram-se vários estudos que apontam que o modelo ideal de sistema de saúde é aquele que tem uma Atenção Primária à Saúde (no Brasil, chamada também de Atenção Básica em Saúde) fortalecida e qualificada, a qual disponibiliza serviços e ações que oferecem alcance de maior equidade, com maior rendimento na continuidade da atenção, ou seja, garante a assistência sem segmentação, e alcança satisfação do usuário^{1,12}.

Apesar da expansão das coberturas da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil, o fortalecimento da AB tem exigido constantes esforços no sentido de dirigir ações, iniciativas e projetos ao aperfeiçoamento de sua qualidade. Nesse sentido, a avaliação demonstrou ser um recurso indispensável na identificação dos horizontes a serem conquistados⁹.

O estudo de Feitosa et al. (2016) refere que a qualidade dos serviços de saúde é uma constante preocupação dos profissionais e seus gestores e que não basta ofertar o mínimo necessário para um serviço de saúde funcionar, sendo muitas as exigências provenientes tanto de gestores, profissionais ou dos usuários que rodeiam os serviços. Aponta, ainda, a possibilidades de mudança por meio de avaliações constantes como forma de encontrar as fragilidades e possíveis melhorias⁵.

Os indicadores consistem em uma ferramenta auxiliar na gestão da qualidade, que podem e devem ser utilizados pelos gestores e profissionais de saúde. Os indicadores de saúde da população associados a outros indicadores (econômicos, financeiros, de produção, de recursos humanos, de qualidade da assistência) relacionados a determinadas doenças, são úteis para auxiliar na avaliação de programas e serviços. Eles podem ser usados para: Documentação da qualidade da assistência; Comparação entre instituições e dentro de uma mesma instituição ao longo do tempo; Avaliação; Estabelecimento de prioridades; Demonstração da confiabilidade e transparência dos serviços prestados frente à sociedade; Melhoria contínua da qualidade⁸.

A informação serve como potente analisador e organizador do trabalho em saúde, em meio às contradições dos modelos de atenção e gestão. Os modelos propõem e exigem cada vez mais a participação dos trabalhadores, atuando como sujeitos da informação e da ação. A análise da rotina das unidades de saúde indica o desconhecimento e a pouca governabilidade das equipes de saúde em relação à definição de metas e indicadores que norteiam seu próprio trabalho, decorrente da limitação no aspecto da informação como um guia. Isto se deve à falta de autonomia local para as definições de metas e indicadores e pela insuficiência de formas participativas de discutir e promover a apropriação da informação para

avaliação, planejamento e decisão no nível local. É nessa esfera que se pode problematizar o fato de os trabalhadores desconhecerem os próprios eixos avaliativos pelos quais são avaliados, isto é, quais os elementos avaliativos que a instituição utiliza para acompanhar e monitorar o seu desempenho. Esse cenário se torna potencial gerador de outros modos de organização e relações de trabalho, apontando desafios de produzir outras maneiras, métodos inovadores, compartilhados de se lidar com informação na avaliação do trabalho¹¹.

Trazendo essa reflexão para o município de Itapevi, uma das dificuldades em relação à saúde é a Atenção Básica fragilizada. O município iniciou a implantação da ESF no ano de 2001, de forma crescente, sendo que em 2006 contava com 7 unidades nos moldes da ESF, com 12 equipes. Um grande esforço foi feito no sentido de manter médicos generalistas com carga horária de 40 horas semanais, porém em 2009 o município não conseguiu alcançar esse objetivo, o que levou a um retrocesso, sendo que as 12 equipes passaram de ESF à Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Com o objetivo de fortalecer esse segmento e dentro da proposta de organizar os serviços com foco no modelo da ESF, o município aderiu ao “Programa Mais Médicos” nos anos 2013 e 2014 e para qualificação de estrutura física participou do Programa de Aceleração das Cidades (2011 a 2016) para ampliação do número de Unidades Básicas de Saúde (UBS). A Rede Básica de Saúde atual é composta por nove Unidades de Saúde da Família (USF) e seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais. Porém, apesar dos esforços, ao longo do último mandato (2013-2016) diversas mudanças aconteceram, como a troca de oito secretários na gestão da Secretaria de Saúde e, nesse contexto, a Atenção Básica ficou ainda mais fragilizada. Assim, programar estratégias que possam qualificar a AB no município é de extrema importância).

Nesse contexto, buscou-se responder à questão norteadora da pesquisa: “Os indicadores de saúde poderiam ser mais utilizados pelas equipes da AB para a qualificação de suas ações?”

Percurso metodológico

A primeira etapa da pesquisa consistiu na análise do rol de 14 indicadores de avaliação da Atenção Básica propostos pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), relativos ao município de Itapevi, em uma série histórica de 16 anos (2001 a 2016).

Os dados foram pesquisados por meio do site da SES-SP¹¹, utilizando o TabNet (ferramenta desenvolvida pelo Datasus que possibilita a tabulação dos dados dos diversos sistemas de informação).

A seguir, profissionais de saúde da AB foram convidados a participar de oficinas para discussão dos indicadores.

Foram realizadas três oficinas de trabalho, as quais contaram com a participação de representantes das unidades de saúde: coordenador de enfermagem; coordenador de vigilância epidemiológica do município de Itapevi; e a articuladora da Atenção Básica da região.

A realização de oficinas de trabalho permitiu uma relação horizontal entre participantes e pesquisadora. As oficinas possibilitam discutir um tema perpassando trajetórias facilitadoras, problematização das questões, troca de conhecimentos, análise e discussão dos conteúdos⁴.

Na primeira oficina foi feita uma breve apresentação do projeto, dos objetivos da oficina e uma apresentação dos indicadores que foram analisados e o por que foram selecionados. A seguir os participantes foram convidados a refletir sobre o impacto que as práticas de saúde, no

¹¹ <http://portal.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/informacoes-de-saude/rol-de-indicadores-de-avaliacao-da-atencao-basica>

âmbito da Atenção Básica, têm sobre esses indicadores. Foi apresentada a metodologia de trabalho com a divisão dos participantes em 4 grupos:

GRUPO 1. Indicadores que refletem a atenção na linha de cuidado materno infantil: Taxa de mortalidade infantil; Percentual de nascidos vivos com peso < 2,5kg; Taxa de incidência de sífilis congênita; Percentual de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.

GRUPO 2. Indicadores que refletem a atenção na linha de cuidado da saúde da mulher: Coeficiente de mortalidade por neoplasia de colo de útero; Razão de exames cito patológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos; Razão de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos.

GRUPO 3. Indicadores que refletem a atenção na linha de cuidado a doenças crônicas: Taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração – 30 a 59 anos; Percentual de óbitos por doenças isquêmicas do coração – 30 a 59 anos; Taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral – 30 a 59 anos; Percentual de óbitos por acidente vascular cerebral – 30 a 59 anos.

GRUPO 4. Indicadores que refletem o acesso e a qualidade da atenção em saúde: Percentual de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB); Percentual da população coberta pela saúde suplementar; Média de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas.

Cada grupo recebeu uma pasta contendo o material para análise e discutiu seu conjunto de indicadores seguindo um roteiro elaborado com 5 perguntas:

1. Como foi a evolução do indicador no município, aumentou, diminuiu ou não mudou no período analisado?
2. No último ano do período analisado a situação do município é igual, melhor ou pior, quando comparado à média da Região de Saúde?

3. No último ano do período analisado a situação do município é igual, melhor ou pior, quando comparado à média do Estado de São Paulo?

4. Qual a cor escolhida para esse indicador considerando as cores: vermelho – avaliação negativa; amarelo – sinal de alerta; e verde – avaliação positiva?

5. O que poderia ser feito na Atenção Básica para melhorar esse indicador?

Após a discussão, cada grupo apresentou em plenária as respostas às questões do roteiro, e responderam no final à seguinte pergunta:

Os indicadores são utilizados pelas equipes de Atenção Básica para qualificação de sua prática? Quais as principais barreiras?

Na segunda oficina foram realizadas discussões voltadas à construção de uma cartilha, buscando identificar os principais obstáculos à utilização dos indicadores para a qualificação das práticas de saúde. Foi proposta uma discussão das práticas que são realizadas na unidade que tenham relação com cada indicador apresentado, e sob o olhar dos profissionais, se existem ou se enxergam possibilidades de propostas que possam melhorar estas práticas.

Realizou-se uma breve apresentação dos objetivos da oficina e da proposta de trabalho. A seguir os participantes foram divididos em 2 grupos:

GRUPO 1. Proposta de sugestões e melhorias para os grupos de indicadores que refletem a atenção na linha de cuidado materno infantil e o acesso e a qualidade da atenção em saúde.

GRUPO 2. Proposta de sugestões e melhorias para os grupos de indicadores que refletem a atenção na linha de cuidado da saúde da mulher e a atenção na linha de cuidado a doenças crônicas.

Cada grupo recebeu o conjunto de indicadores e discutiu/complementou o que foi trabalhado na oficina 1 em relação às ações que já fazem e o que poderia ser feito na sua rotina de trabalho.

Após a discussão, cada grupo apresentou em plenária as respostas às questões do roteiro, e responderam a seguinte pergunta: **Como foi utilizar indicadores de saúde para pensar em qualificar as ações e práticas de saúde como foi feito hoje?**

Na terceira oficina foi feita uma breve apresentação de seus objetivos e apresentação da proposta de trabalho. Apresentou-se um esboço da cartilha, buscando captar sugestões para o seu aprimoramento. A cartilha foi apresentada aos profissionais participantes para uma avaliação do conteúdo e para verificar se a linguagem utilizada estava adequada para a compreensão e utilização na rotina dos profissionais. Ao final da plenária os participantes responderam as seguintes perguntas: **Como foi participar da oficina de Indicadores? Qual sua sugestão para o uso da cartilha?**

Principais facilitadores e barreiras ao desenvolvimento do trabalho

O principal facilitador para a realização desse projeto foi o apoio institucional por meio do consentimento e incentivo em realizar o estudo e a liberação da autora deste artigo, tanto para as horas de estudo como para a realização do projeto proposto. Outro facilitador foi o interesse e comprometimento dos profissionais participantes das oficinas.

As barreiras encontradas foram o distanciamento da gestão com os profissionais da ponta; o desgaste e desestímulo dos profissionais frente às dificuldades que encontram no trabalho e as expectativas de mudança diante do momento político.

Resultados e discussão

Oficina 1

Sobre as barreiras para a utilização dos indicadores, os profissionais apontaram:

- Falta de capacitação

As discussões sugerem que a falta de conhecimento, atualização dos profissionais e

espaços para troca de experiências ou estudo de casos podem influenciar de maneira negativa a utilização de indicadores ou mesmo a repensar as suas práticas de saúde.

- Rotatividade de profissionais

As discussões sugerem que uma das razões que dificulta o vínculo, as discussões e até mesmo as práticas de saúde pode ser a rotatividade dos profissionais.

Sobre os facilitadores para a utilização dos indicadores:

- Reuniões de equipe

Os depoimentos e as discussões sugerem que existe um potencial nas reuniões de equipe, não só na unidade de saúde, bem como nas reuniões da equipe de enfermagem e equipe de coordenadores, sendo espaços que deveriam ser aproveitados para se discutirem indicadores como forma de repensar a gestão, o planejamento e as práticas em saúde.

Pereira e Tomasi (2016) citam que gestores e trabalhadores devem estar atentos à análise dos indicadores de saúde, com potencial bastante grande para qualificar as ações de saúde quando avaliados adequadamente e identificam em seu trabalho a disponibilidade de infraestrutura de tecnologias de informação e capacitação dos gestores e trabalhadores como desafios para utilização da ferramenta informatizada de monitoramento de indicadores; mencionam também a importância de desenvolver essa ferramenta ao nível de mestrado profissional, cujo propósito é a qualificação do trabalhador e o aprimoramento do ambiente de trabalho¹⁰.

Estudos mencionam que as reuniões de equipe, no rol de ações de uma unidade de saúde, apresentam a possibilidade de encontros entre trabalhadores, espaço ideal a propostas de novos saberes e valorização, contribuindo para a reflexão de práticas e integração entre os trabalhadores da

equipe, delineando planejamento e avaliação em saúde. Contudo podem não ser compreendidas como um facilitador do trabalho se forem encaradas como mais uma obrigatoriedade do serviço com caráter informativo e burocrático³.

Oficina 2

Sobre ações para melhorar as práticas de saúde nas linhas de cuidado

Quando questionados sobre o que poderia ser feito na AB para melhorar os indicadores, surgiram várias sugestões e questionamentos. E houve um entendimento dos participantes de que eles são atores responsáveis pelo resultado dos indicadores. A seguir descrevem-se algumas sugestões do grupo sobre ações para melhorar as práticas de saúde em cada linha de cuidado.

- Indicadores que refletem a linha de cuidado à atenção materna e infantil

Educação permanente: para melhor capacitação da equipe, maior comprometimento dos agentes comunitários de saúde, para melhorar o acolhimento da equipe;

- ✓ Criação de protocolos e fluxos para diminuir a burocracia em relação a exames e consulta as especialidades;
- ✓ Aproximação com a população para melhorar o vínculo;
- ✓ Diminuir a rotatividade dos profissionais, para não prejudicar o vínculo;
- ✓ Implantar pré-natal do homem, mediante convites aos parceiros das gestantes.

- Indicadores que refletem a atenção na linha de cuidado à saúde da mulher

- ✓ Implantação de protocolos e fluxos para incentivar a prevenção e ter livre demanda para coleta de Papanicolau, melhorar o acesso aos resultados dos exames e tratamento precoce; diminuir o tempo de espera para realizar os exames e obter os resultados de exames, diminuir o

tempo de espera para passar em consulta médica para avaliação dos exames, organizar os serviços para as unidades terem o controle dos exames colhidos.

- ✓ Monitoramento e busca ativa dos exames de Papanicolau alterados;
 - ✓ Educação permanente para: melhor orientação dos profissionais médicos para a importância do Papanicolau, inclusive para as histerectomizadas e as mulheres após menopausa, incentivar os médicos para a coleta, não perder a oportunidade na consulta.
 - ✓ Realizar ações preventivas como: campanha ou palestras para conscientização da importância dos exames de Papanicolau e Mamografia.
- Indicadores que refletem a atenção na linha de cuidado às doenças crônicas
- ✓ Educação permanente: para atualização e capacitação dos profissionais,
 - ✓ Implantar protocolos e definir fluxos: organizar os serviços para evitar falta de insumos e planejar a aquisição de equipamentos, planejar o aumento da oferta de exames diagnósticos, agilidade no resultado dos exames, definir referência e contrarreferência;
 - ✓ Implantar ações preventivas: para estimular mudanças de hábitos alimentares, prática esportiva, lazer e qualidade de vida, para as atividades extramuro (com ações preventivas), formação de grupos para orientações preventivas e sensibilizar os usuários para adesão ao tratamento;
 - ✓ Ampliar atendimentos em algumas unidades com horário estendido, para atender a faixa etária economicamente ativa;
 - ✓ Organizar em pelo menos uma unidade as linhas de cuidado com estratificação de risco.

- Indicadores que refletem o acesso e a qualidade da atenção em saúde

- ✓ Prevenção: Incentivar as ações preventivas por meio de grupos com o paciente e familiares; conscientizar o paciente sobre a importância da alimentação, exercícios físicos, medicações, autocuidado, assim prevenindo os agravos das doenças de base e incentivar a adesão ao tratamento;
- ✓ Ações para diminuir o absenteísmo por meio de conscientização da população;
- ✓ Organizar os serviços: para melhorar o fluxo de trabalho, para organizar e ampliar agenda de consultas, para o atendimento fracionado, para a reposição da vaga;
- ✓ Implantar o serviço de SMS municipal: para que em toda consulta ou exame marcado seja enviada uma mensagem ao usuário para avisá-lo sobre a data e local, uma estratégia para diminuir o absenteísmo.

Estudos como os de Machado (2015) sinalizam os desafios na gestão do trabalho e da educação dos profissionais, que deve contemplar a necessidade de saúde, com grade curricular que insira os ideais do SUS, desenvolvendo competências e habilidades para o trabalho em equipe com qualidade e humanização nas ações de saúde⁷.

Shimizu e Rosales (2009) citam em seu estudo a necessidade de melhorias nas práticas relativas à gestão do serviço (gestor, profissionais e usuários) consistindo na habilidade em avaliar problemas encontrados e os recursos necessários garantindo a integralidade da atenção, com integração dos serviços por intermédio de redes assistenciais¹³.

A organização do processo de trabalho na AB e das relações na equipe de trabalho é contemplada no projeto “Vivendo o SUS”, sendo importante

por fazer parte de mudança curricular, propiciando ao estudante de medicina a percepção de situações por uma experiência vivenciada².

A organização do trabalho, quando aponta postos, competências, qualificações e as relações entre pessoas produz um modelo em que os sujeitos aprendem e pensam sobre si mesmos. A principal dificuldade da gestão do trabalho coletivo em saúde se relaciona com sujeitos individuais e coletivos, onde os trabalhadores estão sob o domínio dos processos de trabalho que os aproximam e afastam da crença que é possível um projeto de atenção à saúde com referência à integralidade da atenção, para isso é preciso se tornar agente de mudanças¹².

Guedes et al. (2009) entendem que o movimento de mudanças das práticas e da organização do trabalho será eficaz por meio da problematização dos modos de cuidar e gerir instituídos, se estiverem conectados com as práticas de trabalho nos serviços de saúde, com os trabalhadores e usuários. A Política Nacional de Humanização afirma que a gestão e atenção são inseparáveis, entendendo que a gestão dos processos de trabalho em saúde não pode ser vista como tarefa administrativa separada das práticas de cuidado. Com isso colabora e presta suporte para que os coletivos mudem seus processos de trabalho, tornando-os mais democráticos e criativos, ampliando a capacidade de acolher e resolver necessidades de saúde e contribuindo para a implantação de processos de mudança e sustentabilidade⁶.

Oficina 3

Sobre a utilização de indicadores pelas equipes de AB para qualificação de suas práticas.

Os depoimentos sugerem que os participantes gostaram e fizeram uma avaliação positiva em utilizar indicadores para as ações e práticas de saúde.

Sobre a participação nas oficinas

Os participantes, ao final do processo, demonstraram entendimento sobre a importância dos indicadores e seu potencial para orientar as práticas de saúde.

Em relação à participação, as estratégias propostas mostraram-se eficazes do ponto de vista de aprendizado, conhecimento e troca de experiências. Os participantes foram provocados a repensar as suas práticas e a rotina em seu local de trabalho.

Na oficina 1, alguns participantes tiveram inicialmente um pouco de dificuldade em relação à atividade proposta, interpretando que teriam que calcular o indicador, outros desconheciam alguns dos indicadores propostos para o trabalho, porém um dos grupos entendeu prontamente a proposta de trabalho.

De um modo geral o modelo de oficinas propõe a possibilidade de troca de experiências sobre os temas, permitindo a problematização das discussões, e a compreensão da experiência individual e coletiva⁴.

A avaliação dos indicadores proposta aos participantes tem o formato simples de cores que sinalizam o vermelho como avaliação negativa, amarelo como sinal de alerta e verde como avaliação positiva. A avaliação realizada sugere que houve bom entendimento por parte dos participantes, desenvolvendo o senso crítico, e que mesmo para alguns indicadores que poderiam ter uma avaliação menos rigorosa, isso não foi o que aconteceu. Foi interessante observar que os participantes adotaram avaliações mais rigorosas pois acharam que dessa forma chamariam mais atenção para a discussão, para pensar em formas para melhorar as suas práticas. Foi também proposta do grupo utilizar os indicadores atualizados para futuras discussões, como uma forma de *feedback*, realizadas pelo menos uma vez ao ano.

Assim a avaliação, o fornecimento dos dados, o julgamento e tomada de decisão em torno do indicador, tornam-se um dispositivo de mudança, quando desenvolvido com competência e responsabilidade, e ainda existem informações registradas rotineiramente pelos serviços que não são utilizadas na análise da situação de saúde, nem para a definição de prioridades e orientação das práticas. Weigelt et al. (2012) citam também que se observou uma baixa capacidade técnica e frágil compreensão de processos avaliativos no serviço público¹⁴.

Considerações Finais

O presente estudo sugere que as discussões sobre a realidade local para criar e ampliar estratégias de monitoramento e avaliação mediante indicadores de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde, ou por indicadores apontados pelos gestores municipais, pode constituir uma oportunidade de diálogo e aprendizagem, pois os dados coletados necessitam de interpretação e entendimento.

A opção por uma metodologia participativa, envolvendo os profissionais de saúde nas etapas de desenvolvimento do projeto, mostrou-se potente para gerar reflexão, aproximação entre os atores, incorporação da cartilha como ferramenta para avaliação dos processos de trabalho e identificação de ações para melhoria da qualidade da AB. Assim, o foco na tradução do conhecimento, seja por meio das oficinas, ou da própria cartilha construída coletivamente com os profissionais, permeou todo o estudo. Visando à continuidade do processo, realizou-se ainda, no município, um seminário para apresentação dos resultados e produtos do projeto para a Secretária Municipal de Saúde e profissionais envolvidos na AB que participaram do estudo. Espera-se, assim, que essas estratégias possam contribuir e impactar na qualidade da AB do município de Itapevi.

Referências

1. Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em atenção à saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos 2000 e 2006. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(8):1727-42.
2. Anjos RMP, Gianini RJ, Minari FC, Luca AHS. “Vivendo o SUS”: uma experiência prática no cenário da atenção básica. *Rev Bras Educação Médica* [Internet]. 2010 [acesso em 20 dez 2017];34(1): 172-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n1/a21v34n1.pdf>
3. Bezerra TCA, Falcão MLP, Goes PSA, Felisberto E. Avaliação de programas de formação profissional em saúde: construção e validação de indicadores. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2016 [acesso em 19 dez 2017]; 14(2): 445-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n2/1678-1007-tes-1981-7746-sip00111.pdf>
4. Chiesa AM, Westphal MF. A Sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. *Saúde em Debate*. 1995; (46):19-22.
5. Feitosa RMM, Paulino AA, Lima Junior JOS, Oliveira KKD, Freitas RJM, Silva WF. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde Soc São Paulo* [Internet]. 2016 [acesso em 20 jan 2017];25(3):821-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00821.pdf>
6. Guedes CR, Pitombo LB, Barros MEB. Os Processos de formação na política nacional de humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2009 [acesso em 21 dez 2017];10(4):1087-109. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a10.pdf>
7. Machado JFFP, De Carli AD, Kodjaoglanian VL, Santos MLM. Educação permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [acesso em 19 dez 2017];39(104):102-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00102.pdf>
8. Malik AM, Schiesari LMC. Saúde e cidadania. Qualidade na gestão local de serviços e ações de Saúde (Para gestores municipais de serviços de saúde) [Internet]. [S.l.]: [s.n.]; 1998 [acesso em 12 out 2016]. Disponível em: http://portales.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_03/08.html
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Análise dos indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil. Brasília (DF); 2008.
10. Pereira BS, Tomasi E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. *Epidemiol Serv Saúde* [internet]. 2016 [acesso em 22 dez 2017]; 25(2):411-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/2237-9622-ress-25-02-00411.pdf>
11. Santos Filho SB. Análise do trabalho em saúde nos referenciais da humanização e do trabalho como relação de serviço [debate]. *Tempus: Actas Saúde Coletiva* [internet]. 2011 [acesso em 13 out 2016];5(1):11-32. Disponível em: <http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/987/923>
12. Scheren MDA, Pires D, Schwartz Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2009 [acesso em 21 dez. 2017] ;43(4):721-5. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-520826>
13. Shimizu HE, Rosales C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? *Rev Bras Enferm* [internet]. 2009 [acesso em 19 dez. 2017]; 62(3):424-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672009000300014&script=sci_abstract&tlng=pt
14. Weigelt LD, Mancio JG, Petry ELS. Indicadores de saúde na visão dos gestores dos municípios no âmbito da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde - RS. *Barbarói (RS)* [internet]. 2012 jan-jun [acesso em 21 dez. 2017]; (36):191-205. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n36/n36a12.pdf>

Proposta de plano de ação, no âmbito do Programa Saúde na Escola, para prevenção e controle da obesidade infantil em um Município da Grande São Paulo – SP

Proposal of an action plan, within the National School Feeding Program, to prevent and control the childhood obesity in a Greater São Paulo municipality – SP

Mariangela da Silva Alves Batista¹

Resumo

O presente trabalho teve por objetivo elaborar um plano de ação para prevenção e controle da obesidade infantil, no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), para escolas municipais de ensino fundamental de um Município da Grande São Paulo – SP. **Métodos:** foram realizados 3 (três) encontros com gestores e profissionais das áreas da saúde e da educação para construção do plano de ação de acordo com a realidade local. **Resultados:** foram escolhidas 3 Unidades de Saúde da Família (1 na região central e 2 em regiões periféricas) e 5 escolas (1709 alunos) prioritárias para a proposta de repactuação do PSE. Optou-se pela potencialização das ações já realizadas por estas escolas, como, por exemplo, a Horta Escolar. Foi proposta a construção de um grupo de trabalho intersetorial para planejamento e gestão das ações. **Conclusão:** as discussões e reuniões com profissionais e gestores da área da saúde e educação possibilitaram a construção de um plano de ação adequado à realidade local e especificidades das escolas e unidades básicas de saúde.

Palavras-chave: Obesidade Pediátrica, Programa Saúde na Escola, Colaboração Intersetorial.

Abstract

The objective of this study was to elaborate an action plan, within the School Health Program (SHP), to prevent and control childhood obesity in public schools first graders of a Greater São Paulo Municipality - SP. **Methods:** three meetings were conducted with professionals of health and education areas to create a plan action according to the local reality. **Results:** three family health units (one in central and the two others in periphery region) and five schools (1709 students) were choose for inclusion in action plan. **Conclusion:** the meetings and debates with the health and education professionals made possible the development of a project according to the local reality of schools and family health units.

Keywords: Pediatric Obesity, School Health Services, Intersectoral Collaboration.

¹ Mariangela da Silva Alves Batista (maribatista.nutri@gmail.com) é Nutricionista formada pela Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo (FSP/USP). Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Coordenação de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo – CRH/SES-SP Pós-graduada em Saúde da Família pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Trabalha na Secretaria Municipal de Saúde de Itapevi (SP) e na Universidade Paulista (Unip).

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde, estima-se que 170 milhões de jovens com menos de 18 anos estão acima do peso¹⁸. A obesidade em crianças e adolescentes está relacionada ao desenvolvimento de diversas doenças, como *diabetes mellitus* e hipertensão arterial sistêmica, bem como a quadros de depressão, ansiedade e insegurança, os quais podem impactar no relacionamento familiar e no rendimento escolar e desenvolver sentimentos de insatisfação quanto à própria imagem corporal, além de consequências mais imediatas, como, por exemplo, a maturação sexual precoce entre as meninas e tardia entre os meninos^{2,4,5,13}.

A prevenção e o controle da obesidade infantil devem ser pautados em ações intersetoriais e interdisciplinares, visto que suas causas são multifatoriais³. Nesse contexto, a escola deve ser reconhecida como um espaço privilegiado para produção da saúde por meio de políticas públicas intersetoriais, como o Programa Saúde na Escola (PSE)^{9,16,17}. Lançado em 2007 pelos Ministério da Saúde e Ministério da Educação, o PSE contribui para a formação integral dos estudantes da rede pública de ensino, por meio de ações integradas e articuladas entre as escolas e as Equipes de Saúde da Família (ESF)⁹. Segundo as normas do Programa, o município deve realizar, minimamente, algumas ações obrigatórias, como a avaliação antropométrica dos escolares e a promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil⁹. A implantação do PSE parte do pressuposto de que todas as ações realizadas devem ser previamente planejadas por um Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTIM), o qual adequará as ações previstas às necessidades e demandas locais⁸.

Sendo assim, o presente trabalho teve por objetivo elaborar um plano de ação para prevenção e

controle da obesidade infantil, no âmbito do PSE, para escolas municipais de ensino fundamental de um Município da Grande São Paulo – SP.

Métodos

Para a construção do plano de ação foram realizados três encontros com gestores e profissionais das áreas da saúde e da educação.

Para o primeiro encontro foram convidados os Diretores e Coordenadores Pedagógicos das escolas e os trabalhadores das Unidades de Saúde da Família. Foi realizada uma apresentação composta por: breve histórico da situação de saúde no Brasil; prevalências de sobrepeso e obesidade entre os escolares do município, alimentação escolar e inserção dos temas “Alimentação Saudável e Nutrição” e “Atividade Física” no Projeto Político Pedagógico (PPP) das escolas.

Os dados sobre as prevalências de sobrepeso e obesidade e as atividades realizadas nas escolas fazem parte de um estudo previamente realizado no município¹. Após a apresentação foi proposta uma discussão sobre os dados apresentados.

Para o segundo encontro foram convidados, além de representantes do primeiro encontro, Coordenadores da Secretaria Municipal de Saúde e da Secretaria Municipal de Educação. A apresentação já realizada no primeiro encontro foi retomada inicialmente. Em seguida, sugeriu-se uma discussão em grupo de acordo com roteiro previamente estabelecido, no qual, em linhas gerais, tratava da repactuação do PSE com a definição de locais e ações de promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil a serem executadas, além da composição do GTIM.

Em seguida foi proposta uma discussão referente à operacionalidade dos sistemas do PSE (alimentação e atualização), considerando a sua viabilidade nas Unidades de Saúde da Família e nas escolas.

Em função da não participação de profissionais da Secretaria Municipal de Educação no segundo encontro, foi realizada uma reunião específica com a Coordenadora da Alimentação Escolar e com um dos Coordenadores do Núcleo de Apoio Pedagógico, com o intuito de discutir o que foi proposto pelo grupo e incluir as sugestões dos mesmos no plano de ação.

Resultados

O primeiro encontro contou com a participação de 4 profissionais da área da Educação (3 Diretores e 1 Coordenador Pedagógico) e 16 profissionais da área da Saúde (3 Enfermeiros; 1 Técnico de Enfermagem; 10 Agentes Comunitários de Saúde (ACS); 1 Professor e 1 Médico).

Nas discussões sobre os dados apresentados foi relatada a dificuldade que as escolas apresentavam em conseguir tratamento para as crianças com obesidade antes da criação do Ambulatório de Obesidade Infantil do Município. Foi reforçada a dificuldade que as escolas, e também as Equipe de Saúde, têm em conscientizar os pais e responsáveis com relação aos hábitos alimentares da família e das crianças. Não houve sugestões para o segundo encontro, além dos tópicos apresentados. Ao final das discussões, dez participantes se comprometeram a participar da etapa seguinte.

O segundo encontro contou com a participação de 1 profissional da área da Educação (Coordenador Pedagógico Escolar); 15 profissionais da área da Saúde (5 Agentes Comunitários de Saúde; 1 Técnico de Enfermagem; 1 Enfermeira; 2 Médicos; 1 Psicólogo; 1 Coordenadora de Nutrição em Saúde; 1 Chefe de Divisão Tecnológica; 1 Coordenadora da Unidade de Avaliação e Controle; 1 Coordenadora da Atenção Básica e 1 Secretária Adjunta da Saúde) e 1 profissional da área de Esportes e Lazer (Coordenadora do

Núcleo de Qualidade de Vida). Não esteve presente nenhum Coordenador da Secretaria Municipal de Educação, pois os mesmos tinham outros compromissos anteriormente agendados para a mesma data.

Durante a discussão do roteiro proposto foram escolhidas 3 USF prioritárias (1 na região central e 2 em regiões periféricas) para pactuação do PSE. O grupo não optou por escolher as Unidades de Saúde com base nas prevalências de excesso de peso, mas sim de acordo com equipe e a estrutura existente. As USF periféricas foram escolhidas por terem uma equipe bem estruturada e interessada em ações como as do PSE. A USF da região central foi escolhida por ser uma unidade recente e engajada com as propostas estabelecidas. Esta unidade tinha somente um ACS contratado até o momento do encontro (havia previsão de contratação de mais profissionais) e devido a isto, foi escolhida 1 dentre as 3 escolas de sua abrangência, sendo esta com menor número de educandos. No total foram selecionadas 5 escolas (1.709 alunos) prioritárias para a proposta de repactuação do PSE.

Com relação às ações de promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil a serem realizadas pelas ESF e pelas escolas, com o apoio das Secretarias de Saúde e Educação, optou-se pela potencialização das ações já realizadas por essas escolas como, por exemplo, a Horta Escolar. O grupo preferiu não especificar todas as ações, os profissionais envolvidos e a frequência de realização ao ano por acharem que todas essas questões deveriam ser discutidas pelo GTIM, levando em consideração as especificidades de cada Unidade de Saúde e de cada escola.

No que se refere à composição do GTIM, foram escolhidos os seguintes profissionais da Saúde: Coordenadora da Atenção Básica, Coordenadora de Nutrição, Coordenadora da Unidade de

Avaliação e Controle, Coordenador da Saúde da Criança, Psicólogo, Nutricionista e Médico do Ambulatório de Obesidade Infantil. Devido à ausência de gestores da Secretaria Municipal de Educação foram indicados alguns profissionais que poderiam compor o GTIM: Coordenadora da Alimentação Escolar; Coordenadora Pedagógica e Membros do Núcleo de Apoio Pedagógico. Também foi incluída a Coordenadora do Núcleo de Qualidade de Vida da Secretaria de Esportes e Lazer e recomendado que houvesse um representante de cada Unidade de Saúde e de cada escola.

No decorrer das discussões sobre as causas da não realização do PSE no município foi relatado que a adesão ao Programa ocorreu de forma vertical, sem a devida avaliação da situação existente e da real necessidade de cada região.

Ainda sobre a execução do Programa foi perguntado ao grupo sobre a viabilidade de inclusão e monitoramento das ações nos sistemas existentes para a Saúde (e-SUS AB) e para Educação (Simec). Foi relatado que a maior dificuldade, em especial para a área da Saúde, é a falta de recursos humanos para formalização de todas as etapas necessárias para a inclusão das ações no sistema de monitoramento, visto que todas as crianças atendidas nas escolas devem ser cadastradas na Unidade de Saúde de sua abrangência por meio do cartão SUS. Além disso, é preconizado o cadastramento em fichas específicas daquelas que apresentem alterações na: 1 - Avaliação Antropométrica; 2 - Avaliação do estado nutricional; 3 - Aferição de Pressão Arterial; 6 - Triagem de Acuidade Visual e 7 - Triagem da Acuidade Auditiva. Sendo assim, para a correta manutenção do sistema deveria ser disponibilizada uma pessoa por Unidade de Saúde para ficar encarregada de alimentar e monitorar o sistema.

Sobre outras ações que poderiam ser incorporadas nas rotinas das USF, junto às famílias e comunidade, para a prevenção e controle da obesidade infantil, foi proposta a montagem de

oficinas e reuniões em grupo com as crianças e familiares em espaços livres da comunidade, como, por exemplo, as igrejas. Essas ações seriam previamente organizadas com o suporte das nutricionistas da Secretaria de Saúde, levando em consideração as características da comunidade. Em seguida, os profissionais da Unidade de Saúde da Família, especificamente os ACS, ficariam responsáveis por sensibilizar as famílias a participarem da atividade estabelecida.

Na reunião realizada com a Coordenadora da Alimentação Escolar e com um dos Coordenadores Núcleo de Apoio Pedagógico foi sugerido que as ações de promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil poderiam ser realizadas na fase de devolutiva do projeto denominado “Avaliação do Estado Nutricional dos Escolares (AENE)”, desenvolvido pelas escolas desde 2011, na qual o professor de Educação Física de cada escola orienta os pais quanto ao estado nutricional de seus filhos e realiza os devidos encaminhamentos para atendimento no Ambulatório de Obesidade Infantil e para o pediatra da Rede de Saúde. Nesse projeto a organização da proposta da devolutiva aos pais fica a critério de cada escola e professor. No entanto, pelas características das escolas selecionadas, os Coordenadores relataram que haveria a possibilidade de organizar um evento específico para essa devolutiva com a inclusão da equipe de saúde da família, a qual poderia realizar outras ações de saúde voltadas aos familiares dos escolares. Ressaltaram ainda que a proposta das atividades a serem desenvolvidas deveria ser organizada previamente em conjunto com o professor de Educação Física e com Coordenador Pedagógico de cada escola, visto que os mesmos conhecem as características da comunidade escolar.

Para que as atividades pudessem contemplar um maior número de famílias foi proposto que a Unidade de Saúde sensibilizasse a comunidade,

por meio de cartazes e outras estratégias, sobre o evento a ser realizado com as famílias dos alunos das escolas especificadas. Também foi sugerida a inclusão de ações junto às escolas que oferecem o Programa Mais Educação, responsável pela elaboração das Hortas Escolares.

Discussão e conclusão

Em 2011 o Ministério da Saúde, em colaboração com outros Ministérios do governo brasileiro e instituições de ensino e pesquisa, lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, que tem como uma de suas metas a redução da prevalência de obesidade em crianças. Dentre as ações que integram o eixo de promoção da saúde, encontra-se o PSE⁷.

O PSE possibilita a progressiva ampliação intersectorial das ações executadas pelos sistemas de saúde e de educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes, por meio da articulação de saberes, da participação dos educandos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral^{8,9}.

O planejamento das ações do PSE deve considerar o contexto escolar e social, o diagnóstico local de saúde e a capacidade operativa das equipes das escolas e da Atenção Básica, sendo que as ações realizadas pela escola deverão estar alinhadas ao currículo escolar e à política de educação integral¹⁰.

Em estudo de avaliação realizado em 2014 em todos os municípios do Brasil aderidos ao PSE verificou-se que 92,1% das ações de promoção e prevenção à saúde foram realizadas em parceria com as ESF. Ao se tratar do planejamento das ações, foi encontrado que 59,5% dos Grupos de Trabalho Intersectorial (GTI) realizaram diagnóstico prévio, e pouco menos de 70% deles se encontraram com regularidade¹².

No presente estudo verificou-se que a adesão ao PSE ocorreu em 2013, sendo pactuadas 41 escolas municipais, nas quais 20 ofereciam o ciclo 1 do Ensino Fundamental (1º ao 5º ano). A realização das ações previstas ocorreu de forma pontual, incipiente e não articuladas à Atenção Básica; os sistemas do programa (e-SUS e SIMEC) não foram alimentados com tais ações e não houve continuidade do GTIM construído inicialmente.

Nos encontros com os profissionais ficou em evidência a fragilidade com que o mesmo foi implementado, sem o devido planejamento, avaliação da situação existente, sensibilização e participação na tomada de decisão dos profissionais das áreas da saúde e educação. Somado ao processo pelo qual o Programa foi aderido, o município passou por diversas alterações na gestão da Secretaria de Saúde, com constante troca de Secretários e Coordenadores, o que contribuiu ainda mais para a fragmentação do GTIM, que frente a tais mudanças ficou sem incentivo e apoio da gestão superior.

Outro dado importante desse estudo foi o relato, tanto dos profissionais das escolas quanto dos profissionais das ESF, sobre as dificuldades em incluir as famílias nas atividades desenvolvidas. Estudos têm demonstrado a dificuldade de envolver os pais no tratamento da obesidade infantil, seja pela falta de reconhecimento que a mesma é um problema de saúde com graves consequências, seja pela falta de percepção de que seus filhos estão acima do peso^{14,15}. Como sugestão houve a proposta de sensibilização da comunidade pelas ESF para as ações realizadas nas escolas da sua área de abrangência, assim como realização de ações voltadas para a família dentro dos espaços coletivos do bairro, como as igrejas. Pensando nesta lógica da detecção de problemas locais e necessidade de ações mais amplas e focadas, constata-se

que a presença de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município contribuiria para a qualificação das ações desenvolvidas pelas ESF em sua comunidade, visto que a atuação inter-setorial e interdisciplinar junto às mesmas para a promoção e prevenção da saúde é uma das atribuições do NASF⁶.

Ainda na perspectiva de melhorar a inserção da família nas ações realizadas pela saúde e pela educação, foi sugerido como um dos projetos do plano de repactuação do PSE a inclusão das ESF na fase de devolutiva do Projeto AENE aos escolares e seus responsáveis. Nesse sentido, além de retornar a estes o estado nutricional de seus filhos e entregar, quando necessário, os devidos encaminhamentos ao Ambulatório de Obesidade Infantil e ao Pediatra, poderiam ser realizadas ações de promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil às crianças e aos seus familiares.

Analisando todas as propostas feitas nas reuniões, verifica-se que apesar de os projetos irem ao encontro da realidade do município, não foi possível detectar o papel específico de cada profissional da Saúde e da Educação no escopo de cada um deles. Mesmo diante da sensibilização e das discussões, observa-se a dificuldade dos mesmos em explorar as possibilidades de atuação dentro das escolas. No segundo encontro, em que por motivos diversos não foi possível contar com os Coordenadores da Secretaria de Educação, delimitou-se as escolas e as áreas de abrangência das Unidades de Saúde, sem especificar as ações a serem realizadas. Já no terceiro encontro, agendado especificamente com estes Coordenadores que estiveram ausentes, pôde-se aprofundar um pouco mais as ações para a realidade de cada escola, sem, no entanto, aprofundar o papel de cada profissional na realização das mesmas. Conseqüentemente, os projetos do plano ficaram mais abrangentes.

Em suma, apesar das dificuldades expostas, o presente estudo, ao avaliar a situação existente no município e propor mudanças considerando as opiniões e sugestões dos profissionais das áreas da saúde e educação, já inicia um processo de intervenção na realidade existente. Envolver diversos saberes na construção de um plano de ação compartilhado, mostra-se, por si só, uma iniciativa potencialmente favorável à sua implementação. Segundo Sato¹¹, o simples fato de formular perguntas e convidar os participantes à reflexão é uma forma de intervenção. Quando perguntamos e levamos o outro a pensar já estamos intervindo, e não somente pesquisando.

Vale destacar que o plano de ação finalizado entregue aos secretários municipais de Saúde e Educação continha não somente as propostas de mudanças, mas também uma breve descrição do estudo realizado, incluindo os resultados encontrados* e as dificuldades relatadas pelos profissionais. Para o secretário municipal de Saúde o plano foi apresentado e entregue pessoalmente. No entanto, como citado anteriormente, a Secretaria de Saúde passava por uma instabilidade na gestão e logo em seguida houve nova troca de secretário, o que fez com que as propostas não fossem discutidas e concretizadas. Mais recentemente, com uma nova gestão consolidada, o plano de ação foi novamente apresentado para a Secretaria da Saúde e para os gestores da Atenção Básica. Espera-se que tal esforço possa levar a uma reflexão sobre as propostas sugeridas.

* ¼ dos escolares apresenta excesso de peso; 68,7% dos alimentos do desjejum/lanche da tarde são ultraprocessados (achocolatados, enriquecedor de morango, bebida láctea, biscoitos, bebida à base de soja, flocos de milho, bolinhos, bisnaguinha, margarina e requeijão) e 88,9% dos alimentos servidos no almoço são in natura ou minimamente processados (arroz, feijão, farinhas, verduras, legumes, frutas, suco natural sem adição de açúcar, carnes, peixes, frango e ovos). Os temas “alimentação saudável e nutrição” e “atividade física” estão bem inseridos nos Projetos Políticos Pedagógicos das escolas.

Referências

1. Batista MAS. Ações de alimentação e nutrição, no âmbito de políticas públicas em ambiente escolar, para prevenção e controle da obesidade infantil no município de Itapevi – SP [dissertação]. São Paulo: Instituto de Saúde de São Paulo; 2016. 155p.
2. CDC. Center Of Control Disease and Prevention. Childhood Obesity Facts. [acesso em 26 out. 2018]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/healthyschools/obesity/facts.htm>
3. Gilkey M. Johns Hopkins Center for a Livable Future. Perspectives on childhood obesity prevention: recommendations from public health research and practice. Baltimore, MD: Johns Hopkins Center for a Livable Future. Department of Health, Behavior and Society; 2007. 25p.
4. Gliber AR. Um estudo compreensivo da personalidade de crianças obesas: enfoque kleiniano [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.
5. Luiz AMAG, Gorayaeb R, Junior RDRL, Domingos NAM. Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas. Est. Psicol. 2005; 10(3): 371-375.
6. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília (DF); 2010.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília (DF); 2011.
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Passo a passo PSE. Programa saúde na escola: tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília (DF); 2011.
9. Ministério da Educação (BR), Secretaria de Educação Básica. Diretoria de Currículos e Educação Integral. Programa saúde na escola: tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília (DF); 2001.
10. Ministério da Saúde(BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno do gestor do PSE. Brasília(DF); 2015.
11. Ministério da Educação (BR), Secretaria de Educação Básica. Diretoria de Currículos e Educação Integral. Caderno do gestor do PSE. Brasília (DF); 2015.
12. Ministério da Saúde(BR). Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017 - Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.
13. Sato L. Pesquisar e intervir: encontrando o caminho do meio. In: Castro LR, Besset VL, organizadores. Pesquisa-Intervenção na Infância e Juventude. Rio de Janeiro: Nau; Faperj, 2008. p. 171-178.
14. Silva ACF. Programa saúde na escola: análise da gestão local, ações de alimentação e nutrição e estado nutricional dos escolares brasileiros [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014. 162 p.
15. Solorzano CMB, McCartney CR. Obesity and the pubertal transition in girls and boys. Reproduction. 2010; 140:399–410.
16. Story MT, Neumark-Stzainer DR, Sherwood NE, Holt K, Sofka D, Trowbridge FL, Barlow SE. Management of child and adolescent obesity: attitudes, barriers, skills, and training needs among health care professionals. Pediatrics. 2002; 110(1Pt 2): 210-214.
17. Tenorio AS, Cobayashi F. Obesidade infantil na percepção dos pais. Rev Paul Pediatr. 2011; 29(4): 634-9.
18. WHO – World Health Organization. Healthy nutrition: an essential element of a health-promoting school. Geneva; 1998.
19. WHO – World Health Organization. Population based approaches to childhood obesity prevention. Geneva; 2012.
20. WHO – World Health Organization. Overweight and obesity. Adults aged 18+. [acesso em 27 out. 2018]. Disponível em: < http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_text/en/>

Agradecimento: à minha orientadora, Lenise Mondini, pela dedicação e empenho durante o Mestrado e desenvolvimento dos artigos. Espero que curta intensamente a merecida aposentadoria.

Saber Compartilhado no Cuidado ao Portador de Diabetes Mellitus como Produto de uma Pesquisa de Mestrado Profissional

Knowledge shared in diabetes mellitus patient's care as a product of a professional master's degree research

Rafael Tadeu de Andrade¹, Luiza Sterman Heimann^{II}

Resumo

Introdução: O mestrado profissional promoveu a possibilidade de agregar valor no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da qualificação de seus trabalhadores selecionados para o Programa de Mestrado Profissional do Instituto de Saúde, bem como o desenvolvimento de pesquisas cujos objetos respondam a necessidades do Sistema e dos Serviços de Saúde. A partir da percepção dos profissionais sobre uma alta proporção de encaminhamentos desnecessários à atenção especializada foi possível identificar a situação-problema e formular estratégias de enfrentamento. **Objetivo:** Identificar o problema e promover mudanças nas práticas de cuidado do paciente portador de *diabetes mellitus*. **Método:** Essa pesquisa foi caracterizada como uma pesquisa de implementação, onde foi utilizada triangulação de métodos: pesquisa-ação e pré e pós-testes. **Resultados:** No âmbito dos serviços a elaboração e implementação do apoio matricial da atenção especializada à atenção básica contemplou a troca de conhecimento entre os profissionais dos diversos pontos da rede; redução na proporção de encaminhamentos desnecessários de pacientes portadores de *diabetes mellitus* à especialidade de endocrinologia e mudanças na prática do cuidado.

Palavras-chave: Mestrado Profissional, Apoio Matricial, Mudança na Prática do Cuidado

Abstract

Introduction: The professional master's degree promoted the possibility of adding value within the scope of the Unified Health System (SUS) through the qualification of its workers selected for the Professional Master's Program of the Health Institute, as well as the development of research whose objects respond to needs of the Health System and Services. From the perception of professionals about a high proportion of unnecessary referrals to secondary care, it was possible to identify the problem situation and formulate intervention strategies. **Objective:** To identify the problem and promote changes in the care practices of patients with diabetes mellitus. **Method:** This research was characterized as an implementation research, using triangulation of methods: action research and pre and post tests. **Results:** In the scope of services the elaboration and implementation of the matrix support of the secondary care to primary care contemplated the exchange of knowledge among the professionals of the several services of the health network; reduction in the proportion of unnecessary referrals of patients with diabetes mellitus to endocrinology specialty and changes in the practice of care.

Keywords: Professional Master's Degree, Matrix Support, Changes in the Practice of Care

¹ Rafael Tadeu de Andrade (rafaelandrade.rta@gmail.com) é farmacêutico, mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde (IS/SES-SP), especialista em Farmácia Hospitalar e Clínica pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Analista em Saúde – Farmacêutico na Prefeitura do Município de São Paulo.

^{II} Luiza Sterman Heimann (luizash@isaude.sp.gov.br) e médica sanitária, pesquisadora líder do grupo de pesquisa em Serviços e Sistemas de Saúde com as linhas de Avaliação em Saúde e Políticas Públicas e Sistemas de Saúde (IS/SES-SP), docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Instituto de Saúde SES/SP) e Diretora do Instituto de Saúde (IS/SES-SP).

Introdução

O mestrado profissional é uma modalidade de formação em pós-graduação com os objetivos de capacitar os profissionais visando a atender demandas sociais, organizacionais, profissionais ou do mercado de trabalho; transferir conhecimento à sociedade; prover melhorias nas organizações públicas e privadas por meio da solução de problemas e contribuir para agregar valor em organizações públicas ou privadas¹. Para Teixeira, a principal característica do mestrado profissionalizante reside na possibilidade de ele ser oferecido a partir do estabelecimento de uma parceria entre instituições de serviço e de ensino, levando-os ao mais alto grau de aproximação, em um processo que tenta institucionalizar a integração ensino-serviço². Assim, característica mais marcante do mestrado profissional é a possibilidade de aproximação entre pesquisa e exercício profissional³, contemplando a necessidade de muitos profissionais que não possuem interesse na área estritamente acadêmica.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) há muitos problemas com potencial de estudo. Assim, os profissionais inseridos no SUS possuem a possibilidade de expandirem seus conhecimentos por meio de uma pós-graduação *stricto sensu* onde a investigação, a resolução de problemas e a produção de conhecimento se dá a partir de situações reais vivenciadas diariamente em suas áreas de atuação profissional.

No Município de São Paulo, a linha de cuidado de *diabetes mellitus* possui um protocolo de acesso à especialidade de endocrinologia nos serviços de atenção especializada, entretanto a percepção dos profissionais de saúde nesse ponto de atenção era que grande parte dos pacientes referenciados deveriam ser acompanhados apenas na Atenção Básica, ou seja, sua condição clínica não era condizente com o protocolo de acesso. De acordo com esse protocolo, devem

ser encaminhados para os serviços de média e alta complexidade os pacientes nas condições de *diabetes mellitus* tipo 2 em uso de uma dose ou mais de insulina, sem controle glicêmico adequado; *diabetes mellitus* tipo 1 e/ou gestantes com *diabetes mellitus* prévio ou gestacional⁴.

Este cenário era representado pelo desfecho de barreiras, tais como: alta rotatividade de profissionais, principalmente médicos; profissionais especialistas da atenção especializada com agendas programadas exclusivamente para atendimentos individuais; comunicação ineficiente entre os pontos de atenção e fragmentação da gestão dentro a organização municipal. Diante disso, o objetivo do estudo foi identificar o problema e promover mudanças nas práticas de cuidado do paciente portador de *diabetes mellitus*.

Método

O estudo foi realizado na região da Freguesia do Ó – Brasilândia. Nessa região há 16 Unidades Básicas de Saúde, 2 Unidades da Atenção Especializada (1 Ambulatório de Especialidades e 1 Hospital Dia da Rede Hora Certa), 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e 1 hospital geral; formando, assim, a rede de atenção na região. Essa é supervisionada pela Supervisão Técnica de Saúde Freguesia do Ó – Brasilândia.

Essa pesquisa caracteriza-se como uma pesquisa de implementação, em que foi utilizada a triangulação de métodos. No âmbito da metodologia quantitativa foram realizados pré e pós-testes em relação à implementação da intervenção. Já no âmbito qualitativo a pesquisa foi desenvolvida por meio do método da pesquisa-ação.

A adoção dessa triangulação de métodos foi baseada em fatores como: necessidade de fazer um diagnóstico para identificar e compreender o problema, uma vez que partiu da percepção dos profissionais da atenção especializada; formular

uma intervenção por meio de discussão com os atores envolvidos no processo, aumentando seu nível de consciência e conhecimento; implementar e avaliar o impacto da intervenção formulada.

As pesquisas de implementação buscam melhorar o desempenho dos sistemas de saúde mediante estudos sistemáticos e/ou o desenvolvimento de estratégias e processos de implementação de intervenções, serviços ou programas de saúde que possuem evidência de efetividade^{5,6}. São utilizadas, portanto, para solucionar a lacuna entre o conhecimento e a ação efetiva desse conhecimento por meio dos diferentes tipos de estudo existentes, sejam eles qualitativos, quantitativos ou mistos.

O método da pesquisa-ação busca realizar uma pesquisa social de base empírica concebida e realizada com a associação de uma ação à resolução de um problema coletivo. Esse método permite a participação ativa dos sujeitos – pesquisadores e participantes – inseridos na prática da situação-problema, podendo ser aplicado quando todos estes atores compartilham as mesmas preocupações e objetivos frente à situação-problema⁷. Sendo assim, o estudo foi dividido em três momentos:

1. Fase exploratória: consistiu na identificação das unidades da região Freguesia do Ó – Brasília que mais encaminharam pacientes portadores de *diabetes mellitus* em contraposição ao protocolo de acesso da linha de cuidado à especialidade de endocrinologia, composição da equipe de discussão (participantes), apresentação dos dados aos participantes – representantes dessas unidades de saúde – e identificação, em consenso, da situação-problema;

2. Formulação da intervenção: contemplou as discussões e elaboração de estratégias, com os participantes do estudo para enfrentamento do problema diagnosticado, uma vez que o método da pesquisa-ação permite a participação ativa

dos sujeitos – pesquisadores e participantes – inseridos na prática da situação-problema;

3. Avaliação da intervenção: a avaliação da intervenção foi realizada por meio da análise comparada entre os dados coletados no momento pré e pós-intervenção, que envolveu a comparação da proporção de pacientes diabéticos encaminhados pelas unidades básicas de saúde incluídas no estudo, em desacordo com o protocolo de acesso, no momento anterior e posterior à implementação da intervenção.

Para o cumprimento dos três momentos do estudo os principais desafios enfrentados foram:

- ✓ Sensibilização da equipe do distrito de saúde (DS): o projeto foi apresentado à direção do DS Freguesia do Ó – Brasília e aos seus assessores técnicos – equipe que presta apoio técnico em saúde bucal, saúde da mulher, saúde da família, suprimentos, saúde mental, saúde do idoso e apoio laboratorial. Esses profissionais se sensibilizaram e compartilharam da situação-problema, dando suporte ao prosseguimento do estudo no que se refere à composição da equipe. A diretora do distrito de saúde fez o primeiro contato com os gestores locais das unidades básicas de saúde selecionadas, onde o objetivo foi sensibilizá-los sobre a importância da realização do estudo;
- ✓ Inclusão de participantes e locais de estudo: Na pesquisa-ação a população a ser investigada é sistematicamente selecionada por critérios de intencionalidade, em função da relevância que apresentam em relação à situação-problema⁷. Dessa forma, os locais de estudo foram as duas unidades básicas de saúde (sendo uma do modelo tradicional – cujo modelo de atenção possui médicos clínico, pediatra e ginecologista-obstetra e não contempla

agentes comunitários de saúde na equipe – e uma do modelo com Estratégia Saúde da Família) responsáveis pelas maiores demandas no agendamento de primeira consulta na especialidade de endocrinologia, nos anos 2015 e 2016, e uma unidade da atenção especializada do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó – Brasilândia. Já os participantes foram médicos endocrinologistas, enfermeiros, nutricionista, farmacêutico, psicólogo, coordenadores de unidade (gestor local) e médicos generalistas/clínicos;

- ✓ Alteração no grupo de participantes: o grupo de participantes sofreu apenas uma grande alteração, uma vez que o único médico clínico da UBS tradicional entrou em licença médica prolongada após a realização do primeiro seminário e não pôde ser substituído. Sendo assim, pode-se considerar que essa unidade de saúde atuou neste estudo como grupo controle na comparação de dados pré e pós-implementação da intervenção com os do serviço onde a intervenção fora implementada.

Durante a condução do estudo pudemos identificar aspectos facilitadores, tais como: auxílio na interlocução com as unidades participantes pela diretora e demais assessores técnicos do DS Freguesia do Ó – Brasilândia, após conhecimento dos objetivos e desenho do estudo; profissionais do AE sensíveis ao problema e empenhados em construir ferramentas para o enfrentamento e posição de coordenador do AE ocupada pelo pesquisador.

Para inclusão dos participantes, foi desenvolvido um convite, que foi entregue diretamente aos profissionais do serviço de atenção especializada e aos gestores locais das unidades básicas de saúde selecionadas, para que

estes estendessem o convite aos demais profissionais de seus locais de trabalho. Assim, o convite elaborado teve o objetivo de sensibilizar os participantes, bem como despertar-lhes um sentido de acolhida.

Seguindo o desenho proposto pelo método da pesquisa-ação, as discussões com os participantes foram realizadas por meio de seminários. Estes centralizam as informações coletadas e permitem a discussão das diversas interpretações possíveis entre os participantes e especialistas. São também espaços em que se pretende aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o conhecimento ou o nível de consciência das pessoas, grupos considerados e participantes, sendo, portanto, espaços de produção e disseminação de conhecimento. Suas reuniões geram atas, que possuem a função de reunir as informações dos seminários, enfatizando as ideias nelas contidas⁷. Em cada seminário realizado nessa pesquisa esteve presente, além dos participantes e do pesquisador principal, um relator cuja função exclusiva foi a de elaborar as atas. Estas são instrumentos de registro das decisões consensuadas.

Foram realizados quatro seminários e os temas abordados foram determinados de acordo com as ações necessárias para alcançar a formulação e implementação da intervenção, sendo eles: identificação e consenso entre os participantes da situação-problema; discussão inicial da proposta de intervenção; finalização da proposta de intervenção e elaboração de estratégias de implementação e avaliação da implementação da proposta de intervenção.

O estudo foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (Cepis) e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, por intermédio da Plataforma Brasil, seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

Para o primeiro seminário de identificação da situação-problema foram analisados todos os quadros clínicos dos pacientes portadores de *diabetes mellitus* encaminhados pelas unidades básicas de saúde da Freguesia do Ó – Brasilândia no período de 1-1-2015 a 31-12-2016. Dentre os 159 pacientes, 1,89 % (n=3) não utilizavam qualquer medicamento, 3,77 % (n=6) não continham qualquer informação em prontuário sobre o uso de medicamentos, 13,84 % (n=22) utilizavam apenas insulina em uma ou mais doses diárias, 28,93 % (n=46) utilizavam medicamentos orais em associação a uma ou mais doses diárias de insulina e 51,57 % (n=82) utilizavam apenas medicamentos orais, o que contradiz a orientação do protocolo de acesso da linha de cuidado dessa doença crônica, ou seja, eram pacientes com indicação de acompanhamento exclusivo na Atenção Básica.

As proporções de pacientes encaminhados em desacordo com o protocolo de acesso da linha de cuidado de *diabetes mellitus* pelas duas unidades incluídas no estudo, denominadas A (unidade onde foi implementada a intervenção) e B (unidade controle), foram 55,88 % e 80,00 %, respectivamente.

O produto das discussões do primeiro seminário foi a identificação da situação-problema. Esta foi caracterizada por elevado tempo de espera para acesso à especialidade de endocrinologia, falha na comunicação entre os profissionais dos diversos serviços, falta de capacitação, barreira cultural dos pacientes, e alta proporção de pacientes encaminhados à especialidade de endocrinologia sem que todas as possibilidades fossem esgotadas na Atenção Básica.

A intervenção consensuada pelo grupo de participantes no segundo e terceiro seminários foi a implementação do apoio matricial, sendo este composto por três eixos de ação: capacitação dos

profissionais, encontros periódicos e o estabelecimento de canais rápidos de comunicação.

A capacitação dos profissionais médicos e enfermeiros das unidades básicas de saúde deve ocorrer dentro do espaço da UBS, em pequenos grupos nos encontros periódicos. O trabalho em pequenos grupos, principalmente em discussões entre pares, possui o potencial de explorar complementaridade e diversidade das atitudes e das experiências dos participantes e de estimular o desenvolvimento de competências transversais relevantes, como partilha e escuta de opiniões, colaboração na resolução de problemas complexos e todo o conjunto de competências na realização de trabalho em equipe^{8, 9, 10}.

Dado a complexidade das unidades básicas de saúde e do ambulatório de especialidades, os encontros entre os profissionais especialistas (endocrinologistas e nutricionista) com os profissionais das UBS foram definidos com periodicidade semestral. Esses encontros são espaços para discussão de casos e capacitação dos profissionais. A periodicidade proposta é factível tanto para as equipes da Atenção Básica quanto para as equipes da atenção especializada, pois a realização dos encontros pressupõe o impedimento (bloqueio da agenda) de atendimento individual à pacientes por ambas as equipes. Encontros com intervalos menores levaria à diminuição da oferta de vagas para agendamento na especialidade de endocrinologia, aumento da demanda reprimida de pacientes que necessitam de atendimento de retorno ou para primeira avaliação, tanto nas equipes de referência quanto nas equipes de apoio.

Os canais rápidos de comunicação entre as equipes das UBS e do AE adotados foram o telefone e o contato via *e-mail*. Esses canais foram adotados como mais factíveis à realidade de todas as unidades básicas de saúde e no AE Freguesia do Ó seria necessária apenas a

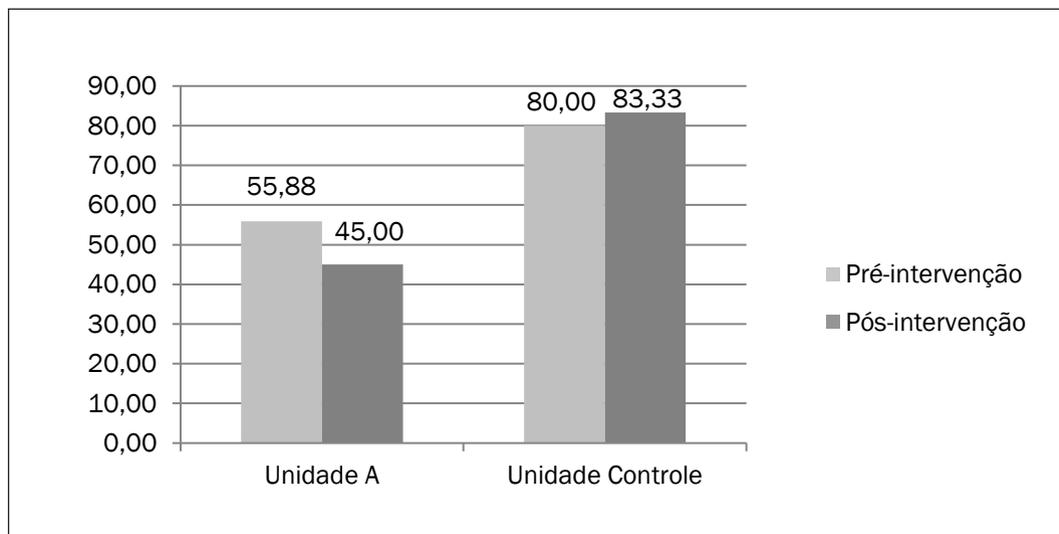
disponibilização de um computador e a readequação das linhas telefônicas (disponibilização de ramais telefônicos e computador nos consultórios de endocrinologia e nutrição). Assim, as equipes de referência ficam livres para utilizar o meio de comunicação que melhor se encaixa à sua realidade e necessidade.

Após três meses da realização do primeiro encontro entre as equipes de apoio e referência e a capacitação aos profissionais da UBS onde a intervenção foi implementada, 20 pacientes foram encaminhados à especialidade de endocrinologia e agendados pela UBS A, onde 45% deveriam permanecer apenas em acompanhamento na Atenção Básica. Nesse mesmo período foram encaminhados à endocrinologia e agendados 6 pacientes pela UBS B, dos quais 83,33 % não deveriam ter sido encaminhados à rede de atenção especializada.

Os dados coletados evidenciaram que o perfil de encaminhamentos de pacientes portadores

de *diabetes mellitus* sofreu alteração, uma vez que houve redução na proporção; de 55,88 % no momento pré-intervenção para 45% no momento pós-intervenção de usuários encaminhados em desacordo com o protocolo de acesso à especialidade de endocrinologia pela UBS A. Já a proporção de usuários encaminhados em desacordo com o protocolo de acesso pela UBS B não houve redução, uma vez que a intervenção não foi implementada nesta unidade de saúde, não gerando, portanto, mudanças na prática clínica e no cuidado dos usuários portadores de *diabetes mellitus*, conforme figura abaixo. Estudos demonstram que a implementação do apoio matricial traz impacto importante na resolutividade das equipes, ampliando o acesso dos usuários aos serviços de saúde, por meio da diminuição do número de encaminhamentos desnecessários, possibilitando acordos de classificação de risco e organização dos fluxos de encaminhamentos¹¹⁻¹⁵.

Figura 1. Comparação da proporção de pacientes (%) encaminhados em desacordo com o protocolo de acesso da LCDM pela UBS A (onde a intervenção foi implementada) e pela unidade controle (unidade B), nos momentos pré e pós-implementação da intervenção.



Assim, a percepção das equipes da atenção especializada quanto ao atendimento frequente de pacientes portadores de *diabetes mellitus* encaminhados pela Atenção Básica em contraposição ao protocolo de acesso pôde ser ratificada após a realização desse estudo. Entretanto, tal situação era reflexo de barreiras como elevada rotatividade, principalmente de profissionais médicos nas unidades básicas de saúde com Estratégia Saúde da Família; falta de capacitação inicial e periódica de profissionais da atenção básica; questões culturais dos próprios pacientes e comunicação ineficaz entre as equipes dos diversos pontos de atenção.

A proposta de intervenção foi apresentada à diretora do DS Freguesia do Ó – Brasilândia após a finalização do estudo. Essa gestora, devido à aceitação dessa nova ferramenta de trabalho pelas equipes das unidades de saúde incluídas no estudo realizou contato com todas as unidades básicas de saúde do DS a fim de divulgar a proposta do matriciamento especializado, deixando a critério das unidades de saúde a possibilidade de serem apoiadas pela equipe do AE Freguesia do Ó, de acordo com suas necessidades locais. Assim, as intervenções propostas e implementadas foram expandidas às especialidades de dermatologia, neurologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, psiquiatria e angiologia à outras duas unidades básicas da região.

Considerações Finais

A implementação do apoio matricial em endocrinologia às unidades básicas de saúde possibilitou a redução de encaminhamentos desnecessários de usuários portadores de *diabetes mellitus* (pacientes com pouco agravamento clínico, em uso exclusivo de hipoglicemiantes e sem indicação de uso de insulina), tornando a unidade na qual fora implementada a intervenção,

mais resolutiva no acompanhamento de usuários com esse perfil.

A participação dos atores envolvidos na formulação e implementação da intervenção e preparo e disponibilização de material didático para capacitação mostrou que apesar das diversas dificuldades enfrentadas na atenção à saúde, os profissionais demonstram interesse em realizar ações no sentido de fortalecer as redes de atenção à saúde e garantir a integralidade do cuidado nos seus diversos sentidos.

O pesquisador, que durante a realização do estudo estava na coordenação do AE, mudou de local de trabalho, entretanto, o novo coordenador cumpriu toda a agenda programada, além de iniciar articulação com mais uma unidade básica de saúde para expansão da intervenção. Sendo assim, o mestrado profissional propiciou incorporação do saber compartilhado e mudanças nas práticas do cuidado apesar da alteração do local de trabalho do pesquisador.

Referências

1. Ministério da Educação (BR). Portaria MEC nº 389/2017. Dispõe sobre mestrado e doutorado profissional no âmbito da pós-graduação stricto sensu. [internet]. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/images/stories/download/legislacao/24032017_PORTARIA-Nº_389-DE-23-DE-MARCO-DE-2017.pdf>. Acesso em: 2 out. 2018.
2. Teixeira C. Significado estratégico do mestrado profissionalizante na consolidação do campo da saúde coletiva. In: Leal MC, Freitas CM, organizadores. Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 33-48.
3. Santos GB, Hortale VA. Mestrado profissional em saúde pública: do marco legal à experiência em uma instituição de pesquisa e ensino. Rev Ciência Saúde Coletiva. 2014; 19(7): 2143-55.
4. Secretaria da Saúde (BR), Coordenação das Redes de Atenção à Saúde e Áreas Temáticas. Linha de cuidado geral

em diabete e em obesidade. Protocolo clínico de regulação de acesso para endocrinologia. São Paulo; 2015.

5. Eslava-Schmalbach J, Garzón-Orjuela N, Elias V, Reveiz L. Incorporación de equidade en salud en la investigación sobre implementación: revisión de los modelos conceptuales. Rev Panam Salud Publica. 2017; 41.

6. Gilson L. Health policy and systems research: a methodology reader. Geneve: World Health Organization; 2012.

7. Thiollent M. Metodología da pesquisa-ação. 18. ed. São Paulo: Cortez; 2011.

8. Cannon MD, Griffith BA. Effective groups: concepts and skills to meet leadership challenges. Person Education; 2007.

9. Costa MJ. Trabalho em pequenos grupos: dos mitos à realidade. Rev Fac Medicina Ribeirão Preto. 2014; 47 (3): 308-13.

10. Edmunds S, Brown G. Effective small group learning. Med Teach. 2010; 48(32): 715-26.

11. Arona EC. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. Rev Saúde e Sociedade. 2009; 18 (I).

12. Figueiredo MD, Onocko-Campos R. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Rev Ciência Saúde Coletiva. 2009; 14 (1): 129-38.

13. Santos APL, Lacaz FAC. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de Amparo/SP. Rev Ciência Saúde Coletiva. 2012; 17 (5): 1143-50.

14. Silveira ER. Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta. Rev Ciência Saúde Coletiva. 2012; 17 (9): 2377-86.

15. Pena PFA, Silva Júnior AG, Oliveira PTR, Moreira GAR, Libório AB. Cuidado ao paciente com doença renal crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. Rev Ciência Saúde Coletiva. 2012; 17 (11): 3135-44.

Caminhos e Contornos: o Acolhimento na Atenção Básica em São Bernardo do Campo – SP

Pathways and Outlines: User Embrace in Primary Health Care in São Bernardo do Campo – SP

Juliana Bonelli Rodrigues^I, Lauro Cesar Ibanhes^{II}

Resumo

Frente aos desafios para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o reconhecimento da Atenção Básica (AB) como porta de entrada preferencial e ordenadora da rede de atenção, esse artigo trata do acolhimento na AB como dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH) reorientador da atenção e da gestão do cuidado na produção de saúde. Por meio de revisão bibliográfica, documentação, questionários, entrevistas e análise de dados constatou-se que significativo investimento da gestão na busca pela mudança no modelo de atenção entre 2009 e 2016 repercutiu na ampliação e qualificação do acesso, no fortalecimento de vínculos e na capacidade resolutiva. Reforçando a indissociabilidade entre gestão e atenção, o acolhimento se apresentou capaz de contribuir na mudança dos processos de trabalho e no modelo de atenção no marco da AB e na consolidação do SUS. A preocupação com a aplicabilidade e o diálogo permeou todas as etapas da pesquisa a fim de contribuir em ações e atividades envolvendo a AB e a rede municipal, tais como: inserção do tema e participação na formação dos profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família; estratégias de implantação de Núcleos de Regulação nas UBS; além da elaboração de uma Mostra Municipal de Saúde coordenada pela primeira autora cujo tema central trata da importância da articulação em rede na integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Acolhimento, Atenção Básica, Sistema Único de Saúde.

Abstract

Facing the challenges for the consolidation of the Unified Health System (SUS) and the recognition of Primary Health Care (AB) as a preferential and main gateway to the care network, this article is about the reception in AB as a tool of the Humanization National Policy (PNH) new guidance to management of health care and its production. Through the bibliographic review, documentation, questionnaires, interviews and data analysis, it could be verified that significant investment of the management between 2009 and 2016 in the search for the change in the attention model, which had repercussions in the expansion and qualification of the access, in the strengthening of ties and in the resolving capacity. Reinforcing the indissociability between management and care, the reception was able to contribute to the change of work processes and the care model within the AB framework and the consolidation of SUS. Concern about the applicability and dialogue permeated all stages of research in order to contribute to actions and activities involving AB and the municipal network, such as: insertion of the theme in professionals training of the Multiprofessional Residency in Family Health Strategy; implantation of Regulation Cells in the UBS; in addition to the elaboration of a Municipal Health Exhibition coordinated by the first author, which has as its central theme the articulation of the network in the integrality of care.

Keywords: User Embrace, Primary Health Care, Unified Health System.

^I Juliana Bonelli Rodrigues (juliana.bonelli@gmail.com) é Enfermeira, Especialista em Gestão de Serviços Públicos de Saúde, Especialista em Saúde Coletiva com ênfase em ESF e Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde (IS/SES-SP). Chefe de Seção de Informação para a Gestão – Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo – SP

^{II} Lauro Cesar Ibanhes (lauro@isaude.sp.gov.br) é Advogado, Psicólogo, Mestre em Ciências Sociais, Doutor em Saúde Pública. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Instituto de Saúde (IS/SES-SP).

Introdução

O desafio de mudar o modelo de atenção enfrentado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Bernardo do Campo em 2009 fez com que a gestão se debruçasse sobre diversas iniciativas e tecnologias para o aprimoramento do cuidado e a inovação no modo de gerir o trabalho em saúde.

Na Atenção Básica (AB), a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ampliou significativamente o número de equipes e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e implantou Equipes de Saúde Bucal (ESB). Em 2016 o município contava com 135 equipes de Saúde da Família e 83 ESB, envolvendo, dentre outros profissionais, 768 ACS¹³.

A ampliação da ESF propiciou mudanças efetivas no jeito de organizar e produzir o cuidado em saúde, valorizando a clínica ampliada e impondo mudanças na postura dos trabalhadores⁷, expandindo seus olhares por meio da troca de saberes e na realização de um cuidado não mais centrado no âmbito individual, seja o profissional seja o cidadão-usuário, mas coletivo em sua concepção, desenvolvimento e prática.

No entanto, para transformar a UBS na porta de entrada preferencial e ordenadora da rede assistencial, atendendo de forma resolutiva todas as pessoas que procuram o serviço, era preciso dispor de um conjunto de atividades e/ou procedimentos elaborados e indicados – o cardápio de ofertas – a partir do reconhecimento de necessidades e problemas de saúde manifestos no território e, ainda, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido.

Sendo assim, a gestão municipal decidiu pela implantação do acolhimento nas UBS – diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) e dispositivo associado capaz de fortalecer o processo de trabalho das equipes e a concretização

das diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), enfatizando os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) e, por conseguinte, a efetivação dos princípios do SUS.

A centralidade e importância da APS na estruturação de sistemas universais é amplamente reconhecida. No Brasil, os atributos destacados pela médica estadunidense Bárbara Starfield vêm sendo utilizados inclusive em termos conceituais e operativos pelo Ministério da Saúde (MS), o que é enfatizado na PNAB. São eles: *acesso de primeiro contato com o sistema de saúde, longitudinalidade; integralidade e coordenação do cuidado, caracterizados por abordagem familiar e comunitária, respeitando características culturais*⁶.

Na proposta da PNH de superar os limites e experimentar novas formas de organizar os serviços e inovar nos modos de fazer e de cuidar, o acolhimento se destaca como estratégia de melhoria de acesso e como forma de fortalecer o vínculo e a corresponsabilização, reconhecer as subjetividades e o trabalho em equipe multiprofissional, qualificando o cuidado em saúde e possibilitando maior resolubilidade na AB²⁻⁴.

De modo geral, a literatura sobre o assunto traz o acolhimento ou como diretriz ética de caráter humanista, ou como ação técnica visando à triagem na assistência ou ainda centrada no protagonismo dos sujeitos e na cogestão em relação à produção conjunta do cuidado.

No presente caso, ademais dos eixos observados como o do imperativo moral, o do envolvimento dos sujeitos ou da classificação de risco visando à assistência, o recorte procurou verificar empiricamente aspectos da implantação do acolhimento como um dispositivo capaz de mudar a lógica do modelo de atenção e a reorganização de processos de trabalho em saúde.

Para tal, buscamos destacar indicadores relativos aos atributos da APS resolutiva tendo em vista: 1) promover a vinculação ao serviço, à

equipe, ao cuidado e à gestão; 2) contribuir na corresponsabilização e na resposta do serviço, da equipe e dos profissionais em relação ao cuidado e à gestão; 3) reorganizar ações de saúde centradas no procedimento ou no profissional; 4) promover atuações transdisciplinares e integradas centradas no usuário e no território e 5) reorientar a lógica da organização do serviço na produção da saúde.

Objetivos

Analisar avanços e desafios do acolhimento como dispositivo reorientador da atenção e da gestão do cuidado na produção em saúde segundo a PNH visando à efetivação da AB e à consolidação do SUS. Em termos específicos, buscou-se identificar ações e iniciativas e analisar atividades, fluxos, mecanismos e instrumentos elaborados, desenvolvidos e utilizados na implementação do acolhimento.

Metodologia

No estudo foi utilizada abordagem qualitativa na perspectiva da pesquisa social por meio de estudo de caso da rede de UBS de São Bernardo do Campo – SP. O andamento da pesquisa social nessa linha implica combinações de técnicas e na exploração de novos enfoques, dadas às possibilidades e descobertas em seu percurso¹. Ainda que em um estudo de caso haja predominância de técnicas qualitativas – aqui a aplicação de questionários, observação e entrevista – houve a necessidade de cotejar e combinar elementos apontados com os Sistemas de Informação em Saúde (SIS), realizando a triangulação de dados e fontes.

Destaca-se aqui a inserção e experiência da pesquisadora e primeira autora tanto na Coordenação de UBS como na liderança de projetos relacionados ao uso dos SIS no município, o que propiciou escolher e acompanhar indicadores e

impactos de processos e resultados do acolhimento na AB. Esse aspecto também foi essencial em relação aos informantes-chave – gestores da esfera central – que contribuíram decisivamente em vários momentos da pesquisa, desde seu delineamento, acompanhamento e discussão na qualificação do projeto, na apresentação dos resultados e ainda participação na Banca Examinadora.

Procurou-se no percurso metodológico combinar dados primários – aplicação de questionários e entrevistas – com dados secundários, SIS do DATASUS e SIS próprio da gestão municipal (Hygia), Planos Municipais de Saúde, Relatórios de Gestão e Documento Norteador da AB, além de material didático de cursos, Cadernos de Saúde, Relatórios de Atividades, dentre outros. Foram coletados também registros não formais – imagens, fotografias – que pudessem indicar ou enriquecer ações e atividades referidas ao acolhimento.

As informações colhidas diziam respeito à implantação do acolhimento como diretriz e dispositivo da PNH, isto é: ambiência e infraestrutura; acesso (resolubilidade, priorização e universalidade); integralidade e clínica ampliada; longitudinalidade, vínculo e corresponsabilização; gestão participativa, além da formação dos profissionais envolvidos e inserção no setor saúde e na UBS.

O campo da pesquisa foi realizado em duas etapas: a primeira em dezembro de 2016 com a aplicação de questionários a 26 coordenadores de UBS, a fim de identificar os arranjos utilizados e sua avaliação sobre a implantação do acolhimento, e a realização de entrevistas com a gestão central da AB do município.

Após análises preliminares desses questionários, no segundo semestre de 2017 foram escolhidas cinco UBS para aprofundar questões relacionadas à superação de entraves bem como iniciativas para o monitoramento e avaliação de indicadores apontados pelos coordenadores. A

escolha das UBS considerou territórios distintos, tempo de permanência dos coordenadores e a participação prévia em dezembro de 2016.

Em uma primeira apreciação do material foi feita análise de frequência, tabulando e agrupando as respostas dos coordenadores ao questionário para daí levantar questões para aprofundamento em relação aos entraves e desafios na implantação do acolhimento na reorganização do serviço e reorientação do modelo de atenção, considerando aspectos que influenciam significativamente no processo de implementação.

Para apreciação dos dados propriamente dita foi realizada análise de conteúdo e elaboradas categorias de análise baseadas em frases e palavras destacadas como unidades de registro³. A partir das categorias foi realizada análise temática, compondo a discussão inter-relacionando a literatura aos dados coletados nas diversas fontes sintetizados num quadro sinóptico. As fases, progressivas e dinâmicas, buscaram o diálogo entre o material colhido tanto em relação às hipóteses, os objetivos, à literatura, bem como aos achados empíricos, às limitações do trabalho de campo.

Resultados

O Acolhimento em São Bernardo do Campo

A primeira ação estratégica da gestão a fim de mudar o modelo de atenção focado nas urgências e especialidades – chamado “queixa-conduta” – com baixo impacto na mudança dos perfis de morbimortalidade e na promoção e melhoria da qualidade de vida da população⁸ foi a elaboração de uma nova Política Municipal de Atenção Básica, amplamente discutida com os trabalhadores e comunidade e aprovada no Conselho Municipal de Saúde (CMS) ainda em 2009. No mesmo ano, iniciaram-se as discussões sobre Acolhimento em uma Oficina com a participação de 318 profissionais das UBS⁸ e foram criadas, com a

reorganização da SMS e alteração da estrutura administrativa, as gerências de educação em saúde e de humanização, a fim de apoiar os processos de formação e qualificação. A implantação do acolhimento foi também discutida com os Conselhos Gestores, apreciada e aprovada pelo CMS.

Iniciava-se, então, a organização do processo de trabalho das equipes, as quais deveriam ter disponível um cardápio de ofertas, para além das consultas médicas, que atendesse os usuários em suas necessidades¹³.

O compromisso com o fortalecimento da AB foi corroborado no Plano Municipal de Saúde de 2010-2013, que previa expansão das equipes, readequação da estrutura física das UBS, construção e implantação de protocolos e desenvolvimento de projetos intersetoriais⁹.

A PNH foi a base de implantação do acolhimento e da preparação das equipes. Em todo o período de 2009 a 2016 foram desencadeados processos, procedimentos e ações envolvendo os trabalhadores resultando inclusive na elaboração de documentos norteadores relativos ao processo de trabalho na AB.

Cabe destacar a valorização e utilização do método de Cogestão na lógica de Educação Permanente (EP) em todo processo, buscando a continuidade das ações e concretização do trabalho.

Outra importante iniciativa foi o projeto construído regionalmente “Acolhimento para a qualidade dos serviços de saúde na Atenção Básica”. Iniciado em 2013, foi constituído no município um Grupo de Trabalho com a participação das gerências de educação em saúde e de humanização e de gestores e trabalhadores das UBS para o desenvolvimento de estratégias que qualificassem a implementação do dispositivo¹¹.

Dentre as ações do grupo estavam o acompanhamento do projeto junto ao Colegiado de Gestão da AB e o envolvimento de referências técnicas da AB e dos apoiadores de rede,

responsáveis pelo apoio matricial e institucional e articulação de rede, os quais atuaram no planejamento e realização de oficinas para capilarização do projeto nas UBS, ofertas formativas, apoio às dificuldades e troca de experiências entre as unidades, além da elaboração de planos de ação para qualificação do acolhimento nos serviços, respeitando os tempos de cada equipe/UBS¹¹.

O compromisso com o acolhimento na AB se manteve no Plano Municipal de Saúde 2014-2017, primando por estratégias e ações de EP para a organização e atendimento da demanda espontânea e para sensibilização dos profissionais no que tange a humanização no cuidado, de acordo com a PNH¹².

Acesso, integralidade e resolubilidade: alguns avanços

A escolha dos dados e indicadores para esse estudo foi baseada na proposta do Núcleo Técnico da PNH, onde o acolhimento aparece como dispositivo associado à garantia do acesso, integralidade e resolubilidade⁵. No entanto, entende-se que seja decisivo para a reorganização dos serviços, para a qualificação dos processos de trabalho e para a mudança do modelo de atenção, refletindo nos diversos indicadores de saúde relacionados aos diversos níveis de atenção.

Em relação ao acesso, a melhora e qualificação foram confirmadas tendo em vista a ampliação das ofertas, o aumento da participação dos usuários nas atividades em grupo e ainda o crescimento do número de atendimentos multiprofissionais realizados.

Observou-se também um aumento significativo no número de usuários cadastrados nos serviços de saúde, de 632.481 em 2009 para 1.245.742 em 2016. É importante ressaltar que do total de cadastros ativos até o primeiro semestre de 2017, 13% eram de residentes em outros municípios, sendo que nas UBS que fazem

divisa com outros municípios, esse número chegava a 25%.

A constante elevação no número de cadastros pode revelar inclusive a procura por atendimento por pessoas que perderam seus planos de saúde ou tiveram sua cobertura/acesso reduzido pelas operadoras, conforme relatado por coordenadores durante as visitas nas UBS. Em consulta ao *site* da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) verificou-se tendência de queda no total de planos privados de saúde: em 2014, o município contava com 466.247 beneficiários, caindo para 444.522 em 2016. Destaca-se que estes números correspondem ao número de planos contratados e não de pessoas beneficiárias de planos de saúde.

O aumento da procura por serviços públicos de saúde reforça a necessidade de constante monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde, planejando as ações para um acesso com qualidade e resolubilidade, respeitando o princípio da equidade. Além disso, muitos usuários se cadastram nas UBS apenas para retirar medicamentos, conforme relatado em entrevista com a gestão central em referência a projeto realizado e levantamento sobre a questão. Assim, destaca-se a relação público-privado em vários aspectos e cenários dos atendimentos e dos serviços como ponto central de regulação para o setor saúde.

A valorização da clínica ampliada foi reforçada por meio da ampliação e qualificação das ofertas e o envolvimento da equipe multiprofissional. Os dados confirmam o aumento da participação dos usuários nas atividades em grupo e nos atendimentos realizados pelos diversos profissionais e revela o resultado dos esforços para a mudança do modelo de atenção.

O número de atividades em grupo atingiu 6.233 em 2009 e 35.888 em 2016. Em relação às consultas realizadas por profissionais de nível superior – exceto médicos e dentistas – o número

subiu de 71.625 em 2009 para 198.422 em 2016. Destacam-se no período a descentralização de casos leves de saúde mental para a AB e o significativo investimento na área de saúde bucal.

Quanto à criação e fortalecimento de vínculos entre os sujeitos e entre os sujeitos e o serviço, verificou-se além do aumento de usuários cadastrados e a participação nas diversas ofertas dos serviços, a queda no absenteísmo. Aliando a qualificação dos serviços e ações junto ao Comitê Municipal de Vigilância da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil, o resultado foi a melhora expressiva dos indicadores relacionados à atenção ao pré-natal, parto, puerpério e crianças menores de um ano.

Na maternidade de referência municipal, o número de partos em relação às ocorrências em estabelecimentos públicos passou de 69,9% em 2009 para 90,9% em 2016, e de 32,2% em 2009 para 43% em 2016 em relação ao total de ocorrências.

As ações para qualificação do cuidado à gestante e à criança se expressam significativamente na redução da mortalidade infantil. Em 2012, o município alcançou o coeficiente de um dígito pela primeira vez em toda sua história, fechando em 9,51 por mil nascidos vivos. Em 2009 esse coeficiente era de 12,76. Em comparação nacional, estadual e regional, São Bernardo do Campo se destacou positivamente no combate à mortalidade infantil.

Articulação em rede: alguns desafios

Considerando que as necessidades de saúde requerem outros níveis de atenção, observam-se fragilidades quanto à integralidade e à articulação em rede. Apesar das diversas iniciativas – encontros de EP nos territórios, estratégia de apoiadores, matriciamento, dentre outras – há a necessidade de reforçar a integração dos serviços, estimulando as equipes para a corresponsabilização no cuidado.

No que se refere à informação em saúde, para além da obrigatoriedade da alimentação dos SIS, é imprescindível ampliar espaços estratégicos de interlocução, reforçando sua importância para a compreensão do planejamento em sentido amplo.

Em relação aos profissionais, a formação voltada à especialização bem como as formas de contratação têm implicações óbvias quanto ao vínculo e responsabilização, concepção de saúde e em novos modos de fazer.

Quanto aos usuários, revela-se demanda crescente por atendimento e assistência médica além da migração de pessoas de outros territórios, inclusive outros municípios.

Em suma, há que se intensifiquem estratégias para qualificar e consolidar redes articuladas que fortaleçam a AB como coordenadora do cuidado assim como ações em relação aos trabalhadores, na perspectiva de criação de planos de cargos, carreiras e salários, vinculação e fixação dos profissionais.

Isso implica aspectos macropolíticos relativos à formação e ao regime jurídico e à regulação da força de trabalho, central na efetivação do SUS como política de Estado e não de governos.

Considerações finais

A pesquisa evidenciou esforços significativos da gestão e das equipes de saúde na implementação do acolhimento nas UBS, o que possibilitou a qualificação da atenção por meio de ações e iniciativas que buscaram situar o cidadão e as necessidades de saúde no centro do atendimento, evidenciado pelo aumento quantitativo e qualitativo das ações, pelo expressivo aumento de usuários cadastrados, vínculos e ofertas.

Cabe destacar a complexidade envolvida nesses processos e repensar a elaboração das ofertas e as demandas – crescentes – e necessidades

de saúde dos usuários em relação aos perfis epidemiológicos e ao padrão de consumo impresso na população, no caso da assistência à saúde, medicamentos e exames. Por outro lado, o descompasso entre as expectativas indica a ênfase na mudança do modelo de atenção.

Quanto à aplicabilidade do trabalho, a preocupação permeou todas as fases desde a discussão do projeto com gestores locais, o andamento da pesquisa e a socialização dos resultados junto aos serviços e comunidade técnico-científica e gestores. Nesse sentido, além do trato das questões da AB, o estudo contribuiu particularmente em relação aos SIS, na elaboração de estratégias de implantação de Núcleos de Regulação nas UBS, envolvendo gestores e trabalhadores no levantamento de dados e informações para obtenção de diagnóstico situacional mais preciso e discussão sobre os modos de fazer.

Possibilitou também a inserção do tema na formação via Residência Multiprofissional em Saúde da Família do município, inclusive com aula ministrada sobre a PNH e o cotidiano dos serviços.

Além disso, destaca-se a realização de uma Mostra Municipal de Saúde, cuja base conceitual e operacional leva em conta a experiência de 16 anos na saúde pública e a bagagem constituída a partir da pesquisa e resultados desse estudo. O evento teve como tema central a importância da articulação em rede para a integralidade do cuidado, promovendo espaços de discussão, troca de saberes e compartilhamento de ações, estratégias e experiências e a integração entre usuários, trabalhadores, gestores e estudantes da área da saúde.

Em suma, reforçando a indissociabilidade entre gestão e atenção, o acolhimento se apresentou capaz de contribuir na mudança dos processos de trabalho e no modelo de atenção em saúde no marco da AB e na consolidação do SUS.

Referências

1. Almeida R. Estudo de caso: foco temático e diversidade metodológica. In: Serviço Social do Comércio – SESC e Centro Brasileiro de Análise e Planejamento – CEBRAP. Métodos de pesquisa em Ciências Sociais: Bloco Qualitativo. São Paulo: SESC; CEBRAP; 2016.
2. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 2005 mar-ago; 9(17):287-301.
3. Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Deslandes SF, Neto OC, Gomes R, Minayo MCS, autores. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes; 1994.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Política. Brasília (DF); 2009.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília (DF); 2009.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool – pcatool. Brasília (DF); 2010.
7. Reis AAC, Bertussi DC, Fuentes ICP. A Gestão do cuidado na rede de saúde em São Bernardo do Campo: enfrentando desafios e tecendo novos arranjos. In: Souza MF; Franco MS; Mendonça AVM, autores. *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro*. São Paulo: Saberes; 2014. p. 206-42.
8. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório anual de gestão – 2009. São Bernardo do Campo (SP); 2010.
9. Secretaria Municipal de Saúde. Plano municipal de saúde 2010-2013. São Bernardo do Campo (SP); 2010.
10. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório anual de gestão – 2013. São Bernardo do Campo (SP); 2014.
11. Secretaria Municipal de Saúde. Plano municipal de saúde 2014-2017. São Bernardo do Campo (SP); 2014.
12. Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes e estratégias para organização do trabalho na Atenção Básica: documento norteador. São Bernardo do Campo (SP); 2015.
13. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório anual de gestão – 2016. São Bernardo do Campo (SP); 2017.

Desafios e avanços na qualificação em “Aconselhamento em amamentação” de enfermeiros da ESF no município de Taubaté – SP

Challenges and advances in qualification in “Breastfeeding counseling” of Family Health nurses in the Taubaté/SP

Pâmela Bonifacio de Camargo Siqueira, Maria Teresa Cera Sanches, Maria José Guardia Mattar

Resumo

O profissional de saúde que atende a mulher que amamenta precisa conhecer e desenvolver na prática as habilidades do Aconselhamento em Amamentação, que o farão escutar, ser empático e compreender melhor sobre essa forma de atuação. Esse estudo visa a refletir sobre o processo de capacitação dos profissionais de saúde na AB, identificando os avanços e possíveis impasses em sua aplicação no Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo favoreceu o trabalho em rede nas diferentes complexidades e atuação no município de Taubaté, desencadeando um grande movimento no território na busca de melhoria dos indicadores do AM.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família, Educação Permanente em Saúde, Aconselhamento em Amamentação

Abstract

The health professional who cares for the woman who breastfeeds needs to know and develop in practice the skills of Breastfeeding Counseling, which will make him listen, empathize and understand better this way of acting. This study aims to reflect on the BA training process, identifying the advances and possible impasses in its application in the Unified Health System (UHS). The study favored the networking in the different complexities and performance in the Taubaté city, triggering a great movement in the territory in search of improvement of the indicators of the MA.

Keywords: Family Health Strategy, Continuing Education in Health, Breastfeeding Counseling

Introdução

Atualmente são bem amplos e divulgados os conhecimentos acerca dos benefícios do aleitamento materno (AM), sendo a melhor estratégia natural de vínculo, carinho, proteção e nutrição para a criança, sendo que o leite materno é um complexo alimento, que além de nutrir, imuniza, imunomodula e previne morbidades

e mortalidade infantil.^{1,2} Estudos mais recentes comprovam ainda repercussões positivas sobre a inteligência e renda na vida adulta relacionado com maior tempo de AM, mesmo para aquelas crianças com baixas condições socioeconômicas, ou seja, o AM tem o potencial de estimular o desenvolvimento cognitivo e global dos indivíduos.^{3,4,5}

A recomendação atual da Organização Mundial da Saúde (OMS) para obtenção dos benefícios

¹ Pâmela Bonifacio de Camargo Siqueira (pam_camargo@hotmail.com) é Enfermeira ESF Taubaté-SP, Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde – SES.

^{II} Maria Teresa Cera Sanches (mtsanches@isaude.sp.gov.br) é Fonoaudióloga. Pesquisadora do Núcleo de Práticas em Saúde do Instituto de Saúde da SES-SP. Mestre e Doutora em Saúde Pública /USP. Consultora do Ministério da Saúde.

^{III} Maria José Guardia Mattar (mjgmattar@hotmail.com) é Pediatra e neonatologista. Mestre em Ciências da Saúde. Membro do Departamento Científico de Aleitamento Materno da Sociedade de Pediatria de São Paulo. Membro da Comissão Estadual de Banco de Leite Humano da SES-SP.

do AM a curto, médio e longo prazo, preconiza a primeira mamada na sala de parto, Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até o 6º mês e a continuidade até 2 anos ou mais.⁶



Figura 1. Política Nacional de AM.

O Brasil possui uma Política Nacional de AM desde 1985 com várias estratégias como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), Banco de Leite Humano (BLH), Norma Brasileira Comercialização de Alimentos, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, entre outras, que atuam em forma de engrenagem (Figura 1), visando a garantir a integração dos serviços, envolvendo desde ações hospitalares até os serviços de seguimento, a fim de melhorar os indicadores de AM.

Entretanto, a manutenção do AME até o 6º mês e continuado até os 2 anos ou mais tem sido um desafio para os serviços de saúde no Brasil, de acordo com indicadores de estudos mais recentes, que apontam uma estagnação nas taxas de AM no Brasil, entre 2006 e 2013, indicando a necessidade de reavaliação das políticas e de programas de AM, além do fortalecimento das políticas existentes e a adoção de novas estratégias, envolvendo os diversos setores da sociedade.⁷ Dessa forma, o investimento na Atenção Básica (AB) visando a ações desde o pré-natal ao acompanhamento de puericultura na AB é imprescindível para a promoção, proteção e de apoio ao AM.⁸

Em 5 de agosto de 2015, foi publicada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC), que possui sete eixos de atuação (Figura 2), sendo um deles referente ao incentivo, promoção e assistência ao AM e alimentação complementar.⁹ Uma das estratégias que garantem o êxito dessas ações é a Rede Cegonha¹⁰, visando a garantir uma atenção efetiva e humanizada, desde o pré-natal, parto e puerpério, com garantia do acesso e boas práticas baseadas em evidências científicas e resolutividade das ações, assegurando a redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.¹⁰



Figura 2. Eixos estratégicos PNAISC.

Quanto à atenção à saúde da criança de zero a 24 meses, a Rede Cegonha preconiza o crescimento e desenvolvimento adequado, garantindo o primeiro contato com profissionais de saúde ainda na primeira semana de vida do recém-nascido (RN), incluindo a Visita Domiciliar (VD) como forma de promoção e assistência precoce ao AM. Nesse contexto é possível um cuidado íntimo e individualizado para se entender a realidade e, ao mesmo tempo, transmitir autoconfiança à mulher, respondendo suas dúvidas e potencializando seu desempenho como mãe. Além disso, permite a expressão do que ela está

vivenciando, obtendo o máximo de informações relevantes para planejar e executar o cuidado de enfermagem.¹¹

Para os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) a VD pode facilitar o planejamento das ações de saúde, por meio da aproximação do ambiente em que a família está inserida, em razão da pouca formalidade e maior liberdade para estabelecer conversas sobre as reais necessidades de saúde.¹²

Entretanto, estudos apontam que os sentimentos e as percepções da mulher que amamenta não são valorizados na determinação do processo de amamentação na VD puerperal. Dessa maneira, a mulher é condicionada a encontrar justificativas que a livrem da responsabilidade de conseguir amamentar. Esse processo deve ser visto sempre sob a ótica da mulher, para compreender o que ela pensa e define sobre si mesma.¹³

Na busca de melhores indicadores para o AM, vale a pena ressaltar a importância de capacitações, bem como da educação permanente em saúde (EPS) da equipe de profissionais, visando a um apoio efetivo às puérperas e nutrizes para conseguirem o sucesso do aleitamento materno. Uma das formas de apoio amplamente divulgada internacionalmente é utilizar as habilidades de comunicação desenvolvidas na forma de abordagem preconizada pelo **“Aconselhamento em Amamentação”** propostas pela OMS/UNICEF, desde a década de 1990.^{14,15} Nessa abordagem, o principal objetivo prioriza aprender a ouvir e acolher as queixas relatadas pelas mulheres, de modo singular, valorizando o diálogo e as experiências pessoais. Visa também a promover maior segurança, favorecendo a autoconfiança e auxiliando as mulheres no processo de decisão da melhor escolha para sua situação particular, de acordo com seus desejos e reais possibilidades.¹⁶

Nessa perspectiva, que vai muito além de orientar e transmitir conhecimentos, é fundamental

o incentivo, apoio e empoderamento das mulheres durante todo o processo do aleitamento materno. Estudos indicam que o profissional que atende ao binômio mãe-bebê deve ser devidamente capacitado na forma de assistir e acolher a família e a mãe que amamenta, uma vez que somente orientá-la, sem considerar suas angústias e percepções não será suficiente, sendo necessário encorajá-la, compreender suas dificuldades e apoiá-la, o que requer habilidades especiais de comunicação.^{14,16,17}

Para isso, o profissional de saúde que atende a mulher que amamenta precisa conhecer e desenvolver na prática essas habilidades, que o farão escutar, ser empático e compreender melhor sobre essa forma de atuação, que evita julgamentos, visando a atuar dentro da perspectiva da mulher e família, as quais não são qualidades inerentes a todos os profissionais e nem tão simples de serem aprendidas e utilizadas.¹⁸

Esse estudo visa a descrever como os enfermeiros da ESF receberam a proposta do Aconselhamento em Amamentação, com enfoque no conhecimento de suas percepções acerca das ações relacionadas à EPS. Visa também a refletir sobre esse processo de capacitação na AB, identificando-se avanços e possíveis impasses em sua aplicação no Sistema Único de Saúde (SUS).

Métodos

Os dados apresentados nesse artigo foram extraídos da dissertação de mestrado **“Aconselhamento em Amamentação no contexto da visita domiciliar puerperal: a percepção dos enfermeiros e puérperas”**, apresentada no curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde (ano 2018). O estudo original visou a compreender como os enfermeiros da ESF e as puérperas vivenciaram o Aconselhamento em Amamentação, discutindo facilidades, dificuldades e desafios para a ESF dessa abordagem no puerpério, no contexto da VD puerperal.

Para se alcançar os objetivos propostos na dissertação, realizou-se inicialmente uma parceria entre o Instituto de Saúde da SES/SP e a Secretaria Municipal de Saúde de Taubaté, a fim de que os enfermeiros responsáveis pela ESF pudessem ser capacitados tanto no “Aconselhamento em Amamentação” (curso de 16 hs), como no “Manejo Clínico em Amamentação” (curso de 20 hs), garantindo um espaço pontual na agenda da EPS da AB, no ano de 2017. Esse processo exigiu modificações na agenda da coordenadoria da AB, conversas e pactuações com os gestores locais, que se deu desde a inserção da aluna no curso de mestrado profissional.

A proposta inicial da referida pesquisa de Mestrado era capacitar apenas uma equipe de ESF do município, a qual a pesquisadora era a enfermeira responsável. Durante o decorrer do curso de Mestrado e após discussão com o gestor local, o projeto foi ampliado e houve concordância na capacitação para todos os enfermeiros da ESF do município, incluindo também os profissionais-chaves e coordenadores da maternidade do Hospital Universitário de Taubaté e BLH, ou seja, o público-alvo envolveu os profissionais que atuavam diretamente com a amamentação nas unidades do SUS do município, trazendo ainda novos desafios para o processo, uma vez que a maioria referiu não possuir ou não estar atualizado a respeito desses conhecimentos prévios.

A população do estudo compreendeu os enfermeiros da ESF do município de Taubaté, sendo considerado como critérios de inclusão somente aqueles que atuavam há, no mínimo, um ano na ESF e realizavam a VD puerperal, além de estar previamente capacitado no Curso de Manejo Clínico da Amamentação do MS, os quais obtiveram 100% de presença na Oficina de Aconselhamento em Amamentação. Dos enfermeiros potencialmente elegíveis, selecionou-se uma amostra intencional, de três enfermeiros, correspondendo

aos objetivos e propósitos desse estudo, após dois meses da participação na Oficina de Aconselhamento em Amamentação. Para cada enfermeiro selecionado, esses indicaram três puérperas, conforme surgiram no decorrer da pesquisa, totalizando nove puérperas, que receberam a VD no período puerperal após a alta hospitalar, iniciando-se a etapa de observação durante essas VD que duraram de 30 minutos a 1 hora cada uma. Depois de um período de seis meses, foram sorteados aleatoriamente dez enfermeiros da ESF que obtiveram 100% de presença na referida Oficina e que aceitaram participar espontaneamente da pesquisa. Esses enfermeiros foram convidados por meio de carta convite, a qual foi enviada para cada um no endereço de sua respectiva Unidade de Saúde. Desses, apenas dois referiram não poderem participar, porém no dia e local agendados para realização do encontro, compareceram somente seis enfermeiros da ESF. O grupo focal foi realizado em local previamente disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Taubaté e foi seguido um roteiro temático com perguntas abertas.

Resultados e Discussão

Os três enfermeiros selecionados para a realização do método observacional durante a VD puerperal referiram não ter conhecimento prévio do Curso de Aconselhamento em Amamentação, possuíam 3,5 anos de serviço na ESF, em média, apenas um referiu ter curso de pós-graduação em Saúde da Família; dois possuíam experiência própria e profissional em relação à amamentação e realizaram cursos na área de amamentação no período anterior ao ingresso na AB, quando atuavam na rede hospitalar em cursos relacionados à IHAC.

Dentre os seis enfermeiros que aceitaram participar do grupo focal, apenas um referiu ter conhecimento prévio do Curso de Aconselhamento

em Amamentação; quatro realizaram sua graduação em universidades particulares e apenas dois em universidades federais. Um enfermeiro referiu ter pós-graduação em Saúde da Família e outro em Urgência. Todos possuíam experiência na ESF em média de 3,5 anos e nenhum deles referiu ter realizado alguma capacitação em AM desde seu ingresso na AB.

Os enfermeiros relataram aspectos positivos referentes à aquisição de novos conhecimentos, além de algumas mudanças na prática, as quais foram nitidamente percebidas por eles, como indicam os relatos a seguir:

ENF5: *Desses seis meses que a gente fez o curso pra cá, ..., eu ando com aquela pastinha, principalmente em dia de consulta de gestante ou em dia de visita de puérpera, porque eu esqueço! Então às vezes eu tenho que dar uma lidinha: “pera eu... não posso falar, usar esse termo né? que tá meio julgando.” Então assim, é um costume, é algo que a gente tem que praticar todo dia porque tem que mudar mesmo o jeito né? E eu acho que depois algumas gestantes eu já notei ou puérrperas mesmo, já notei que a maneira como falar você ganha ela né? Então realmente o aconselhamento é muito útil né?*

Capacitar os enfermeiros da ESF para apropriarem-se das habilidades do aconselhamento pode refletir diretamente nas taxas de AM do município. De acordo com a pesquisa realizada por Réa¹⁹, o período em que houve maior capacitação de profissionais de saúde, equipara-se com o período em que houve aumento do tempo de duração da amamentação no País.

Em Bangladesh, os conselheiros bem treinados tiveram uma influência positiva no AM até os seis meses e também no ganho de peso adequado do RN, inclusive no RN de baixo peso.²⁰

Além de os enfermeiros se expressarem no grupo focal, acerca da repercussão na prática,

por meio do aprendizado obtido durante a oficina, fizeram também um comparativo de como era sua atuação anterior e de como as mudanças estavam ocorrendo na atualidade.

ENF6: *A minha visão depois do curso também melhorou muito...eu acreditava nessa que a minha visão, que eu falava um negócio que era certo, que era assim que tinha que ser, então era aquela forma impositiva de colocar, e melhora muito quando você escolhe uma outra abordagem, quando você conhece uma outra abordagem, porque até você fica encantado, porque todo dia você tem que pensar assim: “ah tá, eu tenho que colocar aquilo pra praticar, tenho que praticar aquilo, tenho que praticar!” Porque você vai se aperfeiçoando... Eu tinha que fazer mais observações, mas hoje já é mais automático. O fato de pegar minha cadeira e colocar perto da mulher: “opa já e uma puérpera então já vou colocar lá a primeira coisa é eu me aproximar...”*

ENF5: *Então o curso assim abriu muito a minha cabeça nesse sentido porque eu achava que a maneira como eu falava era correta e isso é um desafio diário, porque é um vício né a maneira como a gente aconselha como a gente chega e às vezes quer impor mesmo o certo pra gestante. A gente julga que é certo e a gente não tá tendo aquela empatia de entender como que é o mundo dela, então eu achei assim, é tão válido pra todas as áreas que a gente usa, e essa parte da amamentação que é muito importante porque a gente tá entrando num costume de uma família inteira às vezes né? Que ela já vive, já vem com uma carga né? E pra você conseguir mudar às vezes a cabeça de uma pessoa, tem que ter muito aconselhamento da maneira certa mesmo*

A Rede Cegonha, no artigo 3º da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, tem como um dos objetivos fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de 0 a 24 meses.¹⁰

De acordo com tais relatos as mudanças na prática dos enfermeiros foram perceptíveis por eles. O profissional que atende ao binômio mãe-bebê deve ser devidamente capacitado, não somente com os conhecimentos técnicos e científicos, mas também na forma de assistir e acolher a família e a mãe que amamenta, com vistas a encorajá-la e lhe dar poder durante esse processo, compreender suas dificuldades e apoiá-la.^{14,16}

Os enfermeiros da ESF devem estar qualificados para oferecer acolhimento à mulher que amamenta, de modo a propiciar uma assistência individualizada, respeitando sua singularidade. Segundo Souza et al.²¹ o profissional de saúde deve repensar suas ações e a maneira como interage com essa mulher, contribuindo para o enfrentamento e superação dos obstáculos, estabelecendo vínculos em cada encontro, tendo em vista a autonomia dela em relação ao AM.

As lacunas nas políticas de Educação Permanente em Saúde

As deficiências nas políticas de EPS do município de Taubaté-SP foram apontadas por alguns enfermeiros por meio das seguintes falas, durante o Grupo Focal:

ENF5: *Eu sinto também um pouco essa desorganização né? Porque agora parece que começou a ter um pouco mais de capacitação, porque e como a ENF3 falou, às vezes é só reunião mesmo né? Gerencial, pra discutir problema, o que precisa melhorar, não tem mesmo capacitações né? E pra outros*

funcionários, principalmente! Centraliza só em nós, enfermeiros, mas principalmente dessa organização de ter um cronograma, porque é meio que assim, tal dia vai ter reunião e aí você já tem alguma pra fazer, e aquilo atrapalha, às vezes, até uma visita que você tem mesmo, uma consulta né? Então deveria ser um pouco mais organizado né?

ENF2: *Na verdade, como que eu tenho visto, é assim, na verdade. Taubaté não tem um serviço de educação permanente, na verdade as reuniões são discutidos assuntos burocráticos da gestão e o que é falado normalmente são passados os protocolos né? que eles decidem como deve ser feito e a gente acaba seguindo aquela organização, daquele protocolo, mas na verdade não temos uma educação permanente com assuntos que a gente tenha interesse, que necessitamos no dia a dia de aprimorar, não só a gente, como também nossos colegas, agentes comunitários, técnicos, os médicos, os médicos especialistas também, pra que a gente possa também falar uma mesma língua né?*

A EPS, propõe a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção, da gestão, da participação ou da formação e é construída na prática de equipes, trabalhadores e parceiros, devendo considerar a necessidade de implementar um trabalho relevante, de qualidade e resolutividade. As demandas para qualificação ou especialização são demandas para a promoção de pensamento e ação.²²

As necessidades de aprendizagem das equipes de ESF devem coincidir com seus conhecimentos, habilidades, atitudes e valores. A EP é aprendizagem no trabalho e sua proposta está nos processos de capacitação dos trabalhadores de saúde ao perceberem as necessidades de saúde das pessoas e populações.^{23,24}

De acordo com Mishima et al.²⁵ não é incomum que a maioria dos gestores não tenha interesse na criação de espaços coletivos de reflexão no trabalho e para o trabalho, falta compreensão de que a EPS é um instrumento e dispositivo de mudanças nas práticas de saúde. O fortalecimento da AB está diretamente relacionado à importância que a gestão dá ao tema EPS e dos investimentos a eles aplicados.

Incluir a Oficina de Aconselhamento em Amamentação na agenda de EPS do município de Taubaté, em 2017, foi fundamental, de acordo com as percepções dos enfermeiros da ESF, para capacitá-los tanto no manejo clínico da amamentação, como no acolhimento e escuta das mães. Eles foram instrumentalizados tanto para a realização da VD puerperal, como para o seguimento das duplas de mães – bebês, promovendo a amamentação exclusiva até a introdução da alimentação complementar, conforme preconizado pela Rede Cegonha. Sabe-se que, o período puerperal é crítico para as primeiras intercorrências relacionadas à amamentação, como por exemplo, traumas mamilares, o esvaziamento insuficiente da mama e a dor relacionada à amamentação.²⁶ Intervir de maneira eficaz nesse período tão crítico e definidor para o sucesso do AM, apropriando-se das habilidades do aconselhamento, pode influenciar de maneira significativa, tanto no estabelecimento como em todo o processo da amamentação.

A gestão do território

Ao avançar nas questões relacionadas à capacitação do profissional de saúde, surgiram alguns relatos dos enfermeiros referindo-se a gestão municipal, os quais foram observados tanto durante a Oficina de Aconselhamento em Amamentação como no grupo focal. Os enfermeiros da ESF não estão familiarizados com a participação em capacitações rotineiras nas questões que envolvem a saúde da mulher e da criança. A

maioria dos enfermeiros nunca ouvira falar acerca do termo “Aconselhamento”, como já foi dito anteriormente, e muitos relataram não ter participado de capacitações referentes à amamentação, desde a sua entrada na ESF.

***ENF2:** Um dos desafios também que eu vejo, é mudar a visão dos gestores em relação ao assunto aleitamento materno, porque a gente valoriza muitas outras coisas. A gente acaba sendo pressionado pra colher vários dados, que se a gente pensar na saúde coletiva, não são tão importantes quanto o aleitamento materno né?*

Segundo Arretche²⁷, ainda que os governos locais tenham assumido a gestão da AB, não existe qualquer tipo de garantia de que essa gestão promova a responsabilidade, a eficiência, o acesso universal e a equidade nos serviços de atenção a saúde. Essa qualidade na assistência à saúde depende diretamente de incentivos e supervisão constantes. Cabe ressaltar que a análise das relações entre governos e municípios é considerada extremamente complexa. Para Santos e Giovannella²⁸, a autonomia municipal e a coordenação regional devem assumir as características da gestão pública nas organizações de saúde.

No caso de Taubaté, o fato da necessidade de articulação com a gestão municipal, mediante as exigências do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, a fim do cumprimento dos objetivos desse trabalho, conforme já mencionado anteriormente, promoveu-se uma mobilização de profissionais de diferentes equipamentos de saúde de Taubaté (tanto do nível hospitalar, BLH, como da AB) em torno do tema do AM. Mediante os cursos promovidos e também encontros dos enfermeiros da AB para entrevistas, observação e grupo focal, na fase de coleta de dados, criou-se um espaço de discussão com supervisão, para que os profissionais repensassem juntos suas ações, tanto em nível

individual, relacionado ao atendimento direto do binômio mãe-bebê bem como coletivamente, pensando nos serviços em rede no município, facilitando reflexões sobre os principais obstáculos, além da busca de soluções coletivas para o município.

Isto favoreceu o trabalho em rede nas diferentes complexidades e atuação no município de Taubaté, desencadeando um grande movimento no território na busca de melhoria dos indicadores do AM.

Considerações finais

Para a viabilização dessa pesquisa muitos desafios foram enfrentados, entretanto conquistas importantes foram adquiridas para o município de Taubaté, como frutos diretos do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do IS.

Dentro os desafios, os principais identificados foram a desarticulação do trabalho em rede no território, como estabelecido pela Rede Cegonha, bem como a falta de capacitação dos profissionais e espaço em EPS para o tema de AM. Identificar esse problema, investir na articulação com a gestão municipal e proporcionar capacitação em manejo clínico e Aconselhamento em aleitamento materno para todos os enfermeiros responsáveis pela Estratégia Saúde da Família, por meio da parceria da Coordenação da AB com o Instituto de Saúde de São Paulo, trouxe um grande avanço para o município de Taubaté.

Uma das conquistas diretas dessa mobilização referiu-se ao Projeto de Lei Ordinária nº 159/2017, que institui o “Comitê Municipal de Aleitamento Materno em Taubaté”, o qual está atualmente em tramitação na Câmara dos Vereadores do município.

Além disso, organizou-se um fluxo de atendimento às gestantes do “Centro da Mulher – Casa da Mãe Taubateana”, a qual oferece atendimentos especializados às mulheres, inovando palestras

e um curso inédito para gestantes sobre o tema amamentação, no qual participaram enfermeiros da ESF já capacitados, durante a Semana Mundial de AM. De uma forma geral, percebeu-se também um aumento de divulgação sobre o tema no município de Taubaté, após a realização dessa pesquisa e devolutiva dos dados para o município, além de um maior engajamento com o objetivo de apoiar, promover e incentivar o AM.

Tal fato pode ser observado mediante o início da implantação, desde setembro de 2018, da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil em algumas das equipes de AB do município.

Atualmente criou-se o Núcleo de Educação Permanente (dezembro de 2018), o qual irá garantir um maior espaço para reflexão e discussão dos problemas enfrentados, tanto na Rede Cegonha, como no fluxo e resolução dos problemas relativos à amamentação, o qual com certeza irá contribuir diretamente para aumento das taxas de AM do município.

Referências

1. Santos FS, Santos FCS, Santos LH dos et al. Aleitamento materno e proteção contra diarreia: revisão integrativa da literatura. *Einstein*. 2015;13(3):435-40
2. Santos FS, Santos LH dos, Saldan PC et al. Aleitamento materno e diarreia aguda entre crianças cadastradas na estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm*, 2016; 25(1):e0220015
3. Fonseca AL, Albernaz EP, Kaufmann CC et al. Impact of breastfeeding on the intelligence quotient of eight-year-old children. *J Pediatr*. 2013;89:346-53. Victora CG, Bahl R, Barros AJD et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016; 387: 475–90
4. WHO - World Health Organization. UNICEF. Nurturing the health and wealth of nations: the investment case for breastfeeding. New York: UNICEF; 2017
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília(DF); 2015.(a)

6. Boccolini CS, Venâncio SI, Boccolini PMM, Monteiro FR, Giugliani ERJ. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades Rev Saúde Pública. 2017; 51:108.
7. Giugliani ERJ. Amamentação: como e por que promover. J. Pediatr. 1994; 70 (3) 138-151.
8. Ministério da Saúde(BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Rede de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.459/GM, 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha(b)
10. Bernardi MC, Carraro TE, Sebold LF. Visita domiciliar puerperal como estratégia de cuidado de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. Rev Rene, Fortaleza, 2011, 12(n. esp.): 1074-80
11. Santos EM, Moraes SHG. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: percepção dos enfermeiros. Cogitare Enferm. 2011; 16(3):492-7.
12. Ichisato SMT, Shimo AKK. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. Rev Latino-am Enfermagem 2002; 10(4):578-85.
13. WHO – World Health Organization.UNICEF. Breastfeeding counselling: a training course. Geneva: World Health Organization.UNICEF; 1993.
14. Al-Rabadi HS, Sharif NE. Effectiveness of timed and targeted counselling about feeding and caring practices for infants and young children to mothers in West Bank: a randomised controlled trial. The Lancet. 2017; 390 (S23).
15. Bueno LGS, Teruya KM. Aconselhamento em amamentação e sua prática. J Pediatr. 2004; 80(5 Supl):S126-S130.
16. Shimoda GT, Silva IA. Necessidades de saúde de mulheres em processo de amamentação. Rev Bras Enfermagem. 2010; 63(1): 58-65.
17. Ministério da Saúde(BR), Secretaria de Estado da Saúde. Instituto de Saúde. Oficina de aconselhamento em amamentação – 16 horas. São Paulo; 2015(b)
18. Réa MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(Sup. 1):S37-S45.
19. Haider R, Saha KK. Breastfeeding and infant growth outcomes in the context of intensive peer counselling support in two communities in Bangladesh. International Breastfeeding Journal 2016; 11:18
20. Souza SNDH, Mello DF, Ayres JRCM. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. Cad. Saúde Pública. 2013; 29(6):1186-1194.
21. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.153 de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília.
22. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Educação Permanente. Caderno 3, 2000. (b)
23. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília (DF); 2005.
24. Mishima SM, Aiub AC, Rigato AFG, Fortuna CM, Matumoto S, Ogata MN, et al. Perspectiva dos gestores de uma região do estado de São Paulo sobre educação permanente em saúde. Rev Esc Enferm USP. 2015; 49(4):665-673.
25. Abrão ACFV, Gutierrez MGR, Marin HF. Diagnóstico de enfermagem amamentação ineficaz - estudo de identificação e validação clínica. Acta Paul. Enfermagem. 2005; 18(1):46-55.
26. Arretche M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. Ciência & Saúde Coletiva, 8(2); 331-345,2003.
27. Santos AM, Giovanella L. Regional governance: strategies and disputes in health region management. Rev Saúde Pública. 2014; 48(4):622-631.

O uso de informações para o processo de territorialização no planejamento da Atenção Básica: uma experiência a partir das doenças renais crônicas no município de São Bernardo do Campo

The information usage for the territorialization process in the Primary Care planning: an experience from chronic kidney diseases in Sao Bernardo do Campo city

Ricardo Vitorino Marcoⁱ, Julia Fernanda Câmara Gampietroⁱⁱ, Ligia Schiavon Duarteⁱⁱⁱ, Tereza Etsuko da Costa Rosa^{iv}

Resumo

A doença renal crônica (DRC) tem ganhado destaque e preocupação pelo seu custo, pelo número de mortes e pelo impacto negativo na qualidade de vida das pessoas acometidas pelo agravo. Esse artigo apresenta reflexões com base em duas experiências desenvolvidas em âmbito municipal sobre a viabilidade da efetivação do processo de territorialização na Atenção Básica como enfrentamento dos problemas de saúde da população, em especial, do cuidado das doenças crônicas não transmissíveis. O uso de informações georreferenciadas na rotina de trabalho dos formuladores de políticas públicas, gestores da política e trabalhadores do SUS encontra obstáculos relacionados com o esforço necessário para a padronização das informações de bases de dados e para a capacitação dos trabalhadores para o uso de informações em planilhas eletrônicas. No entanto, cabe o esforço para ultrapassar esses entraves, posto que a utilização do georreferenciamento permite a sobreposição de camadas diversificadas de informações, o que possibilita identificar regiões intramunicipais de sobre risco para agravos como a doença renal crônica e compreender de forma mais geral as condições de vida da população. O fornecimento de um diagnóstico mais preciso sobre a distribuição das doenças no território municipal pode subsidiar discussões com a equipe e elaborar ações mais focalizadas.

Palavras-chave: Territorialização, Georreferenciamento, Doenças crônicas não transmissíveis.

Abstract

Chronic kidney disease (CKD) has gained importance and concern for its cost, the number of deaths and the negative impact on the quality of life of people affected by the disease. This work presents reflections based on two experiences developed at the municipal level on the viability of the territorialization process in Primary Care as coping with the population's health problems, especially the care of chronic non-communicable diseases. The use of georeferenced information in the work routine of public policy makers, policy managers and SUS workers is hampered by the effort required to standardize information on databases and to train workers to use information in spreadsheets. However, the use of georeferencing allows the overlapping of diverse layers of information, which makes it possible to identify intra-municipal regions of over-risk for diseases such as chronic kidney disease and to understand in a more general way the population living conditions. Providing a more accurate diagnosis of the disease distribution in the municipal territory can support discussions with the team and elaborate more focused actions.

Keywords: Territorialization, Georeferencing, Chronic non-communicable diseases.

ⁱ Ricardo Vitorino Marcos (ricardovitorinomarcos@yahoo.com.br) é enfermeiro, Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Gerente de Serviço de Saúde/Estratégia de Saúde da Família.

ⁱⁱ Julia Fernanda Câmara Gampietro (juliagampietro@gmail.com) é psicóloga pelo Instituto de Psicologia da USP, especialista em Saúde Pública, atualmente compondo a equipe NASF pelo programa de residência multiprofissional em Saúde da Família pelo Município de São Bernardo do Campo.

ⁱⁱⁱ Ligia Schiavon Duarte (ligiaduarte@isaude.sp.gov.br) é economista, Doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública/USP, Diretora do Núcleo de Serviços e Sistemas de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{iv} Tereza Etsuko da Costa Rosa (tererosa@isaude.sp.gov.br) é psicóloga pelo Instituto de Psicologia da USP, Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública/USP, Pesquisadora Científica VI e Diretora do Núcleo de Investigação em Práticas de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de óbitos no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza.¹⁴ Cerca de 80,0% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda, onde 29,0% das pessoas têm menos de 60 anos de idade. Nos países de renda alta, apenas 13,0% são mortes precoces.¹³ No Brasil, os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social contribuem para o maior risco da população para o desenvolvimento de doenças crônicas. Nesse contexto, grupos étnicos e raciais menos privilegiados, como a população indígena e a população negra e quilombola, têm tido participação desproporcional nesse aumento verificado na carga de doenças crônicas.¹⁰

No Brasil as DCNT são a causa de aproximadamente 74% das mortes (dados de 2012). Isso configura uma mudança na carga de doenças e se apresenta como um novo desafio para os gestores de saúde. Ainda mais, pelo forte impacto das DCNT na qualidade de vida dos indivíduos afetados, na maior possibilidade de morte prematura e pelos efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral, como comentado acima.⁸

Por sua vez, dentro do grupo das DCNT e como consequência da hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou da *diabetes mellitus* (DM) não tratada, temos a insuficiência renal crônica (IRC), doença caracterizada pela perda progressiva da função renal e que nos últimos anos tem ganhado destaque por conta das suas consequências

para a qualidade de vida, para a saúde pública e pelo aumento da incidência e prevalência.⁸

Fator que preocupa no que se diz respeito à DRC é seu custo de tratamento muito elevado, em especial quando se fala em tratamento de substituição renal, o que torna a sua prevenção a melhor solução.¹ Além dos elevados custos do tratamento, estudos estimam a alta letalidade da doença que chega a 35% em pacientes com DRC por HAS e DM que iniciaram a terapia renal substitutiva (TRS) através de hemodiálise (HD) de emergência.¹¹

No Brasil as principais causas da DRC estão distribuídas proporcionalmente da seguinte forma: HAS 26%, DM 18% e glomerulonefrites 11%. O número estimado de portadores de hipertensão e diabetes é de 23 milhões e cerca de 1,7 milhão têm doença renal.⁸

A Atenção Básica (AB), porta de entrada dos usuários do SUS, exerce um importante papel no enfrentamento desses problemas de saúde. Tanto é assim que o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT propõe forte investimento nas equipes da AB para os cuidados das pessoas com HA e/ou DM, na busca por potencializar sua função de ordenadora do cuidado.⁸

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), na qual o território é base fundamental para a reorganização dos processos de trabalho das equipes multiprofissionais da AB, vem ao encontro dos esforços de enfrentamento da DCNT. Recorrer à noção de território é fundamental para compreender o processo saúde-doença e as vulnerabilidades da população adstrita e para melhor atuar no enfrentamento de problemas com diferentes determinantes, como é o caso da hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou da diabetes mellitus (DM).

No entanto, ainda que a territorialização seja amplamente reconhecida como fundamental para a organização do trabalho das equipes de saúde da AB, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) não traz maior detalhamento de

como essa territorialização se daria no cotidiano do trabalho em saúde no SUS. A PNAB orienta o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e inter-setoriais em base territorial. A equipe de saúde deve participar do processo de territorialização e mapeamento da sua área de atuação, a micro-área. O processo de trabalho das equipes deve ser organizado a partir dessa microárea, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades.^{5,9}

Maior detalhamento sobre questões referentes ao processo de territorialização na AB pode ser encontrado nos documentos do PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PORTARIA Nº 1.654 GM/MS).⁷ O PMAQ é um manual instrutivo criado pelo Ministério da Saúde, com objetivo de garantir um padrão de qualidade que seja comparável nacional, regional e localmente. No documento da PMAQ intitulado “*Dicionário das Variáveis – 1º ciclo*” (2013), o tópico “*Territorialização e população de referência da equipe de Atenção Básica*”⁶ contém algumas perguntas sobre a adscrição da população e a existência de mapas com o desenho do território nas UBS. Com relação aos mapas, o questionário aborda a existência de sinalizações sobre: microáreas; condições socioeconômicas; grupos de agravos; equipamentos sociais; redes sociais; condições étnicas; e também investiga o período do último mapeamento e a cobertura do território.

Assim, é possível afirmar que, embora a importância da territorialização na organização do processo de trabalho da AB para o enfrentamento dos problemas de saúde da população, entre eles as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), seja referida pela política nacional de saúde pública, ainda não existem ações contundentes para subsidiar as equipes de saúde em todo o território nacional. Quais são os conhecimentos

técnicos necessários para o adequado processo de territorialização? Quais os recursos tecnológicos disponíveis e de acesso público? Quais as informações fundamentais para municiar o processo de territorialização?

Essas questões se tornam ainda mais fundamentais quando se tem em perspectiva o cuidado das DCNT que, por suas diferentes dimensões de adoecimento e por serem de longa duração, estão fortemente imbricadas nas condições de vida da população e requerem boas estratégias para a prevenção, estabilização e também para o manejo e monitoramento adequado dos pacientes já acometidos.

Dessa forma, o presente trabalho busca contribuir para a compreensão da viabilidade da efetivação do processo de territorialização na AB como enfrentamento dos problemas de saúde da população, em especial do cuidado das DCNT, a partir de experiência realizada no município de São Bernardo do Campo, no âmbito do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde (SESSP). Essa experiência resultou na dissertação de mestrado “*Doença Renal Crônica em São Bernardo do Campo/SP: Análise Espacial Preliminar*”.⁴ Para o enriquecimento da análise, o presente artigo também recorrerá às reflexões derivadas da experiência de campo da turma do Programa de Aprimoramento em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde (SESSP) de 2017, que se deu no município de Franco da Rocha e resultou na monografia “*Territorialização na Atenção Básica à Saúde: saberes e práticas*”.¹²

O presente artigo está dividido em três partes, além desta introdução. A primeira parte descreve as potencialidades e os limites do uso de informações georreferenciadas para municiar o processo de territorialização da Atenção Básica nos municípios. A segunda parte descreve a experiência no município de São Bernardo do Campo. E a terceira parte conclui.

Potencialidades e limites no uso de informações para o processo de territorialização

O processo de apropriação do território para a formulação e implementação da política de saúde pública, em especial da política de Atenção Básica, requer acesso a diferentes informações que possibilitem compreender a área adstrita e o seu entorno. É necessário não apenas conhecer a população e suas características, como também a existência de equipamentos públicos e privados, voltados à assistência à saúde ou não. É necessário também identificar os percursos que a população realiza no território, os lugares de passagens, os facilitadores ou as barreiras de acesso. Ainda que parte das informações esteja disponível nas bases de dados públicas, tais como o Departamento de Informática do SUS (DATA-SUS), no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre outros, o principal problema para o processo de territorialização é a necessidade de cartografar essas informações, ou seja, prover os dados de recursos cartográficos de modo que eles possam compor mapas.

O uso de dados em planilhas eletrônicas já é bastante recorrente nas rotinas de trabalho dos formuladores de políticas públicas, gestores da política e trabalhadores do SUS, ao contrário do uso de informações georreferenciadas. Dessa forma é possível identificar duas primeiras dificuldades no uso de informações georreferenciadas: i) a necessidade de os dados compreenderem coordenadas de latitude e longitude; e ii) a necessidade do uso de sistemas de informações geográficas (SIG).

Em relação à primeira dificuldade, a necessidade dos dados compreenderem coordenadas de latitude e longitude exige grande esforço de padronização de base de dados. A dificuldade na realização dessa padronização já se evidencia quando se constata que boa parte das UBS não tem suas informações organizadas em planilhas eletrônicas. Assim, além de ser necessário

promover a maior informatização das UBS, é necessário capacitar os trabalhadores para o uso de informações em planilhas eletrônicas.

Vale ressaltar que, superados tais problemas, o uso de um sistema de navegação por satélite a partir de um dispositivo móvel – os Sistemas de Posicionamento Global (GPS) existentes nos celulares – permite que a equipe de saúde construa bases de dados com informações georreferenciadas adequadas ao seu planejamento, elaborado segundo a necessidade de saúde do território adstrito. Ou seja, é possível que a equipe multiprofissional, sobretudo os agentes comunitários, durante as visitas domiciliares, façam registros *in loco*. Apenas como ilustração, por meio do celular é possível criar registros georreferenciados dos domicílios de gestantes de alto risco ou de idosos vulneráveis, de passagens perigosas ou sujeitas a alagamento, da presença de vetores epidemiológicos, entre outros. Assim, os registros realizados *in loco* pela equipe multiprofissional podem compor uma base de dados comum.

Ainda em relação à padronização das informações de modo a responder às necessidades do georreferenciamento, mesmo que as equipes alocadas na UBS realizem ações efetivas de identificação de dados que atendam as necessidades de saúde dos seus territórios adstritos, o envolvimento dos níveis de planejamento central das secretarias de saúde municipais nesse processo tem capacidade de tornar tais ações muito mais efetivas. A mobilização e coordenação de diferentes estruturas da gestão municipal de saúde, incluindo o setor de vigilância, ampliam as possibilidades de padronização da base de dados, bem como promovem a discussão da organização da AB em todo o território municipal.

A existência de bases de dados padronizadas e adequadas ao georreferenciamento possibilita o uso de sistemas de informações geográficas (SIG). Assim, por meio dos SIG é possível integrar

as informações coletadas no próprio território pela equipe de saúde com aquelas disponíveis nos sistemas públicos, tais como os recortes censitários no *site* do IBGE, ou as ruas no *Google Earth*. Todas essas tecnologias e informações disponíveis possibilitam a construção de importantes instrumentos de análise e planejamento territorial.

No entanto, embora esses sistemas estejam disponíveis por meio de *softwares* livres com código-fonte aberto, ou seja, não exigem licenças de uso, a necessidade de capacidade de infraestrutura tecnológica e de recursos humanos especializados para o processamento das informações dificulta sua adoção. Essa dificuldade pode ser minimizada com a organização do processo de territorialização nos níveis mais centrais da gestão municipal. Inicialmente, devido ao ganho em escala proporcionado pela concentração de uma infraestrutura tecnológica e de recursos humanos mais especializados que apoiem a elaboração desses instrumentos de análise e planejamento para as equipes de saúde das UBS. O envolvimento dos níveis centrais de gestão municipal também possibilita a promoção de ações intersetoriais no âmbito da gestão municipal, fazendo do território uma plataforma de integração das políticas públicas municipais.

Análise dos pacientes em terapia renal substitutiva nos territórios de saúde de São Bernardo do Campo

Em 2015, o município de São Bernardo realizou grandes avanços na implementação de suas políticas de saúde. Verificou-se a ampliação do número de equipes de Estratégia de Saúde da Família (133 equipes), aumento do número de unidades básicas de saúde (34 unidades no total), unidades de pronto atendimento (9 UPA e um pronto socorro central). Esses esforços resultaram na reestruturação da rede de saúde do

município e, conseqüentemente, no aumento do acesso da população à assistência à saúde.

Mesmo com todos os avanços realizados e com o aumento no acesso aos serviços de saúde, um estudo que analisou o percurso dos pacientes com HA e DM até a doença renal crônica nesse município mostrou que ainda há deficiências na capacidade clínica e de cuidado das equipes da AB e na articulação desse nível de atenção com os outros pontos da rede de saúde.³ A falta de qualificação dos profissionais envolvidos no cuidado à HA e à DM tem sido apontada como uma das causas do diagnóstico tardio da insuficiência renal, que, por sua vez, tem sido destacado como causa da diminuição da sobrevida dos pacientes, impactando diretamente na qualidade de vida das pessoas e onerando o sistema público.¹¹

Nos últimos anos foi observado um crescimento preocupante no número de paciente em terapia renal substitutiva no município de São Bernardo do Campo e vários fatores podem estar relacionados a esse aumento. A expansão do número de pacientes com hipertensão arterial sistêmica e a *diabetes mellitus*, da obesidade e da população idosa faz com que seja necessário avançar nas estratégias de cuidados de pacientes com DCNT, estratégias que sejam inovadoras e que obtenham principalmente a adesão dos protagonistas do cuidado.

A construção de estratégias inovadoras pressupõe reconhecer as características do município, sua grande extensão territorial, de 406,2 km², sua inserção metropolitana, sua população de cerca de 833 mil habitantes.² Dessa forma, ainda que São Bernardo do Campo apresente um dos maiores Produtos Interno Brutos do Estado de São Paulo, é necessário identificar a heterogeneidade social no seu território e enfrentar sua desigualdade. Vale ressaltar que 16,6% da sua população se encontravam em regiões de vulnerabilidade alta ou muito alta, enquanto 47,7%

em regiões de vulnerabilidade muito baixa, conforme o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social elaborado pela Fundação Seade com os dados do censo de 2010. Assim, avanços no cuidados de pacientes com DCNT implicam reconhecer as diferenças territoriais presentes no município e criar estratégias para a atenção à saúde.

Nesse sentido, é fundamental recorrer à Estratégia de Saúde da Família, que tem o território como instrumento fundamental na construção de estratégias preventivas e de cuidado. A análise territorial permite compreender como determinados pacientes adoecem, quais fatores de risco estão associados a esse adoecimento, como se dá o acesso aos serviços de saúde. Assim, reconhecer pacientes que desenvolveram doença renal crônica terminal no território, suas características – idade, raça/cor, sexo, entre outros – a distância da residência aos serviços de saúde oferece elementos para a construção de propostas de cuidado, monitoramento e intervenção mais efetivos.

Na perspectiva de produzir respostas mais adequadas ao crescente aumento da doença renal crônica no município, foi desenvolvido o estudo “Doença Renal Crônica em São Bernardo do Campo – SP: Análise Espacial Preliminar”⁴. Nesse estudo foi possível mapear os pacientes em terapia renal por meio da autorização de procedimentos de alta complexidade (APAC), pesquisando a doença de base (HAS e DM). Foi possível também quantificar e georreferenciar pacientes hipertensos e diabéticos que estavam em tratamento dialítico tratados em unidades de Atenção Básica do município de São Bernardo do Campo.

As informações dos pacientes foram trabalhadas para permitir o geoprocessamento e depois foram sobrepostas às marcações dos nove territórios de saúde do município e a localização das unidades básicas. Foi fundamental incluir na análise o mapa de vulnerabilidade social do

município, possibilitando melhor qualificar as taxas de prevalência da doença.

Foram utilizadas ferramentas de geoprocessamento para ter uma dimensão real da distribuição espacial desses pacientes, tendo o espaço como referência e empregando um modelo de análise de situações de risco, em substituição ao modelo de risco individual. Utilizando essa ferramenta, foi possível construir “camadas” sobrepostas que serviram para análise dos dados, buscando identificar as regiões de sobre risco do município para o agravo, com vistas a subsidiar o planejamento de ações mais específicas, direcionadas para essas regiões, em um contexto de vigilância da saúde e de territorialização. As camadas utilizadas foram as seguintes:

- Mapa do município de São Bernardo do Campo;
- Territórios de saúde;
- Equipamentos de saúde;
- Mapa de vulnerabilidade social (Seade);
- Pacientes em terapia renal substitutiva.

Em seguida foi possível correlacionar algumas informações importantes sobre o paciente com doença renal crônica terminal^v no município:

- Qual território do município a prevalência da doença renal é maior;
- Qual faixa etária predominante;
- Qual sexo apresenta um número maior da doença;
- Qual Raça/cor predominante;
- Relação com a vulnerabilidade Social;
- Qual doença de base (hipertensão e diabetes) se destaca como maior fator de risco da doença.

Os resultados do estudo permitiram diagnóstico mais preciso da prevalência das doenças renais crônicas no território municipal e subsidiou as discussões com a equipe multiprofissional para o planejamento das ações de saúde com vistas a melhorar as condições de saúde da

população, o acesso aos serviços e a qualidade da assistência ao paciente. Foi possível elaborar ações mais focalizadas e, em decorrência, melhorar o uso dos recursos públicos.

Vale ressaltar que essa experiência sensibilizou as equipes de saúde para o uso de ferramentas de geoprocessamento para a análise das demandas de saúde em um determinado território e para o planejamento das respostas. O método de análise territorial apoiado em ferramentas de geoprocessamento passou a ser utilizado para a solução de outros problemas de saúde, como, por exemplo, da dengue. Mais recentemente esse método tem sido utilizado para monitorar gestantes, gestantes de alto risco e gestantes que adquiriram sífilis.

Conclusão

O uso de ferramentas de geoprocessamento para aprimorar o planejamento territorial das equipes de saúde da Atenção Básica (AB) possibilita não apenas aperfeiçoar as ações de saúde para o enfrentamento de problemas específicos, como o das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), mas, sobretudo, a compreensão mais geral das condições de vida da população. A produção e organização de informações cartográficas pelas equipes da AB permitem a construção de uma base de dados com a história do território, que se preservará ao longo do tempo e, também, o aprofundamento do conhecimento sobre as demandas de saúde da população adstrita à medida que permite relacionar espacialmente diferentes tipos de agravos.

No entanto, ainda que a territorialização seja fundamental para aprimorar as ações das equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), torna-se evidente que esse processo não pode ser realizado exclusivamente no âmbito da AB. O sistema de saúde, principalmente as redes de atenção à saúde específica, bem como os níveis mais centrais

das secretarias municipais de saúde, quando não da própria prefeitura, precisam ser responsáveis por estruturar, organizar e promover esse processo, sempre articulados com as equipes de AB.

Referências

1. Bastos MG, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *J Bras Nefrol* 2011;33(1):93-108. [internet]. [acesso em 17 nov. 2018] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n1/v33n1a13.pdf>
2. IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tabelas dos municípios - estimativas 2018. [internet]. [acesso em 10 fev 2019]. Disponível em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-detalle-de-midia.html?view=mediaibge&catid=2103&id=2279>
3. Haddad S. Desafios na produção do cuidado à saúde: da hipertensão arterial e do diabetes à doença renal crônica. [dissertação]. São Paulo: Instituto de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde; 2016.
4. Marcos RV. Doença renal crônica em São Bernardo do Campo, SP: análise espacial preliminar. [dissertação]. São Paulo: Instituto de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde; 2018.
5. Ministério da Saúde (BR). Decreto n. 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. Brasília, DF, junho 2011.
6. Ministério da Saúde (BR). Dicionário das Variáveis, 1º Ciclo, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013. [internet]. [acesso em 20 jan 2018] . Disponível em : http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/microdados_pmaq/Documentos/DICIONARIO_DAS_VARIAVEIS.pdf
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011 que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do

PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. [internet]. [acesso em 20 jan 2018] Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1654_19_07_2011.pdf

8. Ministério da Saúde(BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília(DF): Ministério da Saúde, 2014. [internet]. [acesso em 15 nov 2018]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf

9. Ministério da Saúde(BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. [internet]. [acesso em 20 jan. 2018]. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

10. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Health in 145 Brazil 4. Chronic

non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*. 2011; 377.

11. Silva LK, Bregman R, Lessi D, Leimann B, Alves MB. Ensaio sobre a cegueira: mortalidade de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise de emergência. *Rev Ciência Saúde Coletiva*. 2011; 17(11):2971-2980. [internet]. [acesso em 20 nov. 2017]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a13>

12. Vitorelo JT, Gampietro JFC; Morales LMP. Territorialização na atenção básica à saúde: saberes e práticas. São Paulo: Instituto de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde; 2018. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso em Saúde Coletiva.

13. World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011.

14. World Health Organization. Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Brasília(DF):Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

O Programa de Tratamento do Tabagismo oferecido pelo Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo

The smoking cessation treatment Program offered by the Unified Health System in the State of São Paulo

Valeria Longanezi¹, Maria Cecília Goi Porto Alves^{II}

Resumo

O artigo apresenta análise do tratamento do tabagismo oferecido pelo SUS no estado de São Paulo, entre 2012 e 2015, e discute algumas das estratégias adotadas pelo Programa de Tratamento do Tabagismo. Foram verificados altos índices de cessação quando considerada a quarta sessão de tratamento (média 44,03%). A cobertura de serviços para promover o tratamento da população fumante mostrou-se baixa (menos de 10% em 2015), frente ao contingente de pessoas que desejam cessar o hábito de fumar. Aumentá-la é um desafio a ser enfrentado pelo Ministério da Saúde, coordenação estadual e municípios, que devem buscar estratégias que aumentem a oferta de atendimento e a divulgação dos serviços já existentes, no sentido de facilitar o acesso ao tratamento e a ação do tabagista em direção à cessação do hábito de fumar. Discussões realizadas com base nos resultados do estudo e sua utilização em cursos de capacitação para o tratamento do fumante têm contribuído para a sensibilização dos profissionais de saúde quanto à importância do cuidado ao tabagista e da redução da prevalência de fumantes.

Palavras-chave: Programa de Tabagismo, Cessação do Hábito de Fumar, Abandono do Tratamento do Tabagismo, Tratamento de Fumantes, Sistema Único de Saúde.

Abstract

The article presents an analysis of the smoking cessation treatment offered by SUS in the state of São Paulo, between 2012 and 2015, and discusses some of the strategies adopted by the Smoking cessation Treatment Program. High cessation rates were observed when considering the fourth treatment session (mean 44.03%). The coverage of services to promote the treatment of the smoking population has been low (less than 10% in 2015), against the contingent of people who wish to stop smoking. Increasing it is a challenge to be faced by the Ministry of Health, state coordination and municipalities, which must seek strategies that increase the supply of care and the dissemination of existing services, in order to facilitate access to treatment and action of smokers toward cessation of smoking. Discussion based on the results of the study and its use in training courses for the treatment of smokers have contributed to the awareness of health professionals about the importance of smoking care and reducing the prevalence of smokers.

Keywords: Smoking Cessation, Smoking Treatment, Single Health System.

¹ Valeria Longanezi (vlonganezi@gmail.com) é farmacêutica, responsável pela farmácia do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde e Especialista em Dependência Química pela Unifesp.

^{II} Maria Cecília Goi Porto Alves (ceciliagoi2@gmail.com) é pesquisadora do Instituto de Saúde (PqC VI), mestre e doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP

Introdução e Objetivos

Esse artigo apresenta um recorte de pesquisa realizada em 2015 que analisou a efetividade do tratamento de fumantes oferecido no Estado de São Paulo pelo Sistema Único de Saúde. O enfoque é dado à abrangência que o programa de tratamento atingiu até o ano de 2015, no que se refere à cobertura do atendimento especializado para o contingente de pessoas que desejam parar de fumar e às mudanças ocorridas após o término do estudo.

O tabagismo é reconhecido atualmente pela Organização Mundial de Saúde como uma das maiores ameaças à saúde pública já enfrentadas mundialmente, sendo considerado uma importante causa de morte, doença e empobrecimento da população¹.

No Brasil, várias pesquisas evidenciam relevante queda na prevalência de tabagistas nas últimas décadas. Essa redução está associada a uma série de ações que foram normatizadas desde 1989, ano da criação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, cujo objetivo é reduzir o consumo do tabaco por meio de estratégias ligadas à proibição de publicidade de cigarros, aumento de impostos sobre o produto, inclusão de advertências mais explícitas sobre os efeitos danosos do tabaco nos maços, legislação para restrição do fumo em ambientes fechados, campanhas para controle do fumo, além do desenvolvimento de programas de abordagem e tratamento².

O tratamento do tabagismo é oferecido pelo Sistema Único de Saúde e as estratégias do tratamento são centradas em intervenções psicossociais baseadas em aconselhamento, materiais de autoajuda, abordagem cognitivo-comportamental, que representa a principal parte do tratamento, e terapia medicamentosa, empregada de forma auxiliar³.

Em 2017, a pesquisa Vigitel apontou o estado de São Paulo como a sede da segunda maior capital brasileira na prevalência de tabagismo e,

portanto, conhecer os resultados atingidos pelos municípios que compõem a rede de tratamento ao tabagista no Sistema Único de Saúde desse Estado pode contribuir na proposição de melhorias no programa⁴.

A identificação de falhas na sistemática do tratamento oferecido e a sugestão de possíveis mudanças na gestão dos serviços e nas práticas de cuidado ao tabagista devem conduzir ao aumento da cessação do hábito de fumar, contribuindo para a redução da prevalência de fumantes no Estado de São Paulo.

Considerando o exposto, esse estudo teve como objetivo geral avaliar o tratamento do tabagismo oferecido pelo Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo.

Metodologia

Foi realizado um estudo ecológico, cuja unidade de análise foram os municípios do estado de São Paulo que possuíam unidades credenciadas no Programa de Tratamento do Tabagismo (PTT); e que realizaram o tratamento do fumante no período compreendido entre os primeiros trimestres de 2012 e de 2015 (inclusive).

Para esse conjunto de municípios, foram analisados os seguintes indicadores de atendimento: 1) abandono de tratamento: percentual de pacientes que participaram da primeira sessão e que não estavam presentes na quarta sessão estruturada; 2) cessação do tabagismo: percentual de pacientes da primeira sessão que estavam sem fumar na quarta sessão; 3) necessidade de apoio medicamentoso: percentual de pacientes da primeira sessão que usaram pelo menos um dos medicamentos ofertados pelo programa e estavam presentes na quarta sessão estruturada.

Os dados utilizados no cálculo desses indicadores foram obtidos por meio de planilhas existentes na Coordenação Estadual do Programa de Tabagismo. Na ocasião do estudo, os dados

dessas planilhas foram gerados trimestralmente pelas unidades credenciadas que realizaram o tratamento do tabagista, e depois transmitidos para as coordenações municipal e regional para serem consolidados no nível estadual e encaminhados ao Ministério da Saúde, compondo a base nacional de dados do programa.

Foram também calculados os seguintes indicadores de cobertura: 1) municípios: percentual de municípios do Estado de São Paulo com unidades credenciadas no Programa de Tabagismo, em relação ao total de municípios existentes; 2) unidades: percentual de unidades de Atenção Básica que realizaram o atendimento do fumante, em relação ao total de unidades de Atenção Básica existentes; 3) pacientes: percentual de pacientes atendidos no PTT em relação à população estimada de fumantes que desejam cessar o hábito de fumar.

A frequência de municípios que realizaram atendimento no período e a frequência de unidades que realizaram o atendimento do fumante foram extraídas das planilhas de dados de 2012 a 2015 já descritas. O total de unidades de Atenção Básica existentes no Estado de São Paulo foi obtido no DataSUS e se refere às unidades cadastradas no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde como Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde⁵. Para estimar a população de fumantes, foram considerados os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 que indicaram que 14,8% da população de 18 anos ou mais eram fumantes atuais de cigarro e 49,8% dessa população tentaram parar de fumar nos últimos 12 meses⁶. Esses percentuais foram aplicados à população de 18 anos ou mais do Censo de 2010 para o Estado de São Paulo⁷.

Optou-se por apresentar os dados dos primeiros trimestres de cada ano.

O presente estudo seguiu as normas da resolução CNS 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (número CAAE 42204015.9.0000.5469) de acordo com o Parecer Consubstanciado.

Resultados

No primeiro trimestre de 2015 o programa de tratamento do tabagismo estava implantado em unidades de saúde de 229 municípios do Estado de São Paulo. A cobertura de municípios que oferecem o tratamento do tabagismo na rede do Sistema Único de Saúde expandiu-se entre os primeiros trimestres de 2012 e 2015, passando de 17,5% para 35,5%.

De um total de 4.319 unidades cadastradas no CNES como sendo de Atenção Básica no primeiro trimestre de 2012, 4,0% estavam habilitadas para o tratamento do fumante. Esse percentual passou para 8,4% no primeiro trimestre de 2015, revelando crescimento de 4,4 pontos percentuais na cobertura de unidades de Atenção Básica participantes do Programa de Controle do Tabagismo.

O número de fumantes atendidos em primeira consulta de avaliação clínica cresceu de 3.765 pacientes no primeiro trimestre de 2012 para 8.346 no mesmo período em 2015, significando que a cobertura de tabagistas submetidos ao tratamento oferecido pelo Sistema Único de Saúde dobrou no período analisado, passando de 0,49% em 2012 para 1,10% em 2015 (Tabela 1).

Os percentuais de pessoas que abandonaram o tratamento até a quarta semana apresentaram pequena variação no período, mantendo-se em torno de 30,7% (Tabela 2). Da mesma forma, os índices de cessação do tabagismo dos pacientes tratados no Estado de São Paulo giraram em torno de 44,0%, média do período, e os percentuais de pacientes que necessitaram de medicamentos do programa durante as quatro sessões estruturadas para auxiliar a cessação do tabagismo estiveram em torno de 77,5%.

Discussão

Os dados desse estudo mostraram um aumento da oferta de tratamento de fumantes no Estado de São Paulo entre os primeiros trimestres

dos anos de 2012 a 2105. Houve crescimento próximo de 100%, tanto nos percentuais de cobertura de municípios com algum serviço credenciado, como nos de unidades de saúde credenciadas no SUS, e crescimento de 120% nos percentuais de tabagistas tratados.

Esse aumento pode ser creditado à estratégia adotada pelo Ministério da Saúde de estimular a habilitação de serviços de Atenção Básica no tratamento do tabagista. Em 2002, haviam sido criados os Centros de Referência para a abordagem e tratamento do fumante. No entanto, a restrição do tratamento a unidades de saúde de alta complexidade ou hospitais especializados dificultava o acesso dos pacientes. O reconhecimento dessa dificuldade levou, em 2004, à inclusão da abordagem e do tratamento do tabagismo na rede de Atenção Básica e de média complexidade do SUS⁸. Em 2013, o Ministério da Saúde definiu que a identificação e o acolhimento ao fumante, embora realizados em todos os pontos de atenção do SUS, deveriam ser efetuados prioritariamente nos serviços de Atenção Básica. Tal medida, ao possibilitar a identificação, a abordagem e o tratamento do fumante no seu território, contribuiu para melhorar a saúde e a qualidade de vida do usuário, bem como para reduzir os custos envolvidos no tratamento para cessação do tabagismo no País⁹.

No entanto, apesar do crescimento observado, a cobertura de municípios pode ser considerada ainda baixa. O número pequeno de unidades credenciadas representa uma barreira de acesso à população que necessita de tratamento, pois tende a forçar o seu deslocamento para outros municípios que contam com serviço de atendimento ao fumante devidamente habilitado.

Uma provável justificativa para esse cenário pode estar associada às exigências que unidades de saúde integrantes do SUS ainda enfrentam para que sejam credenciadas no Programa do Tabagismo. Além de estarem incluídas no Cadastro

Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), essas unidades devem cumprir vários requisitos documentais, bem como promover capacitação dos profissionais e obedecer a critérios institucionais normatizados pelo Ministério da Saúde³.

Assim como observado para o número de municípios, o número de fumantes atendidos pelo Programa de Tabagismo no Estado de São Paulo mais que dobrou no ano de 2015 em relação a 2012, mas ainda representa um percentual de cobertura muito baixo. Frente à enorme demanda por atendimento no Estado, esse estudo mostrou que o percentual da população tratada no SUS é pequeno, correspondendo a cerca de 1% daquela parcela que apresenta intenção de parar de fumar.

Atualmente, o tratamento do fumante no SUS ainda segue o Guia de Diretrizes do Consenso elaborado em 2001, que foi validado em 2016 pela Portaria 761 do Ministério da Saúde, e inclui avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo e, se necessário, terapia medicamentosa. O programa terapêutico indica quatro encontros semanais, dois quinzenais com os mesmos participantes e uma reunião mensal com a participação de todos os grupos, visando à prevenção da recaída, até completar um ano de tratamento¹⁰.

Nesse estudo, o percentual de abandono do tratamento de 30,7%, observado como média no Estado de São Paulo, é apenas um indicador da ausência do participante na quarta sessão semanal e não representa necessariamente a desistência efetiva do programa, uma vez que o protocolo clínico prevê seu retorno para acompanhamento quinzenal e mensal até completar um ano de terapia¹⁰. O abandono do tratamento impacta negativamente sobre o cálculo da taxa de cessação, pois todos os pacientes desistentes da terapia são incluídos no grupo de pacientes sem sucesso na cessação do hábito de fumar.

É indispensável analisar as razões que levam à desistência do usuário que se inscreve em um

programa para deixar de fumar. A criação de horários alternativos em período noturno ou finais de semana para os tabagistas que não podem comparecer às sessões de tratamento semanais é uma estratégia sugerida pelas autoras deste estudo para aumentar a adesão dos usuários ao programa e reduzir os percentuais de abandono verificados.

Em relação à terapia medicamentosa, o percentual médio de 77,5% de pacientes que necessitaram de apoio medicamentoso para auxiliar a cessação do tabagismo no Estado de São Paulo, apesar de estar muito próximo do percentual de 80% citado pelo Ministério da Saúde como estimativa de pacientes que precisam de tratamento farmacológico, pode não representar a real frequência de pacientes que necessitaram de medicamentos. Esse índice depende de uma avaliação clínica adequada dos protocolos do programa para que a indicação farmacológica seja empregada somente nos casos necessários, assim como decorre de disponibilidade contínua de estoque nas unidades credenciadas, que podem enfrentar dificuldades transitórias no cronograma de abastecimento dos insumos financiados pelo Ministério da Saúde.

O presente estudo também mostrou que, entre os primeiros trimestres de 2012 e 2015, 44,0% dos fumantes que ingressaram no Programa de Tabagismo no Estado de São Paulo conseguiram parar de fumar, em média, até a quarta semana estruturada. Porém, embora o Ministério da Saúde utilize como padrão de referência o período de quatro sessões semanais para a coleta e cálculo dos indicadores do tratamento realizado, suas diretrizes terapêuticas indicam que um programa de cessação de fumar é considerado efetivo quando se alcança a taxa de cessação igual ou superior a 30% após 12 meses¹⁰. Considera-se, dessa forma, que a quarta semana estruturada é um momento precoce para avaliação da cessação e, conseqüentemente, dos resultados de um programa de tratamento.

Estudos de revisão sistemática mostram que as recaídas ainda são frequentes nos primeiros seis meses de abstinência e que aproximadamente dois terços de todos os lapsos iniciais ocorrerem nos três primeiros meses após a cessação¹¹. Trabalhos com emprego de metanálise assinalam como indicador de sucesso terapêutico a abstinência por período mínimo de seis meses, provavelmente devido à frequente incidência de recaídas nessa fase inicial do tratamento¹². Um estudo de seguimento de dois anos mostrou que uma elevada porcentagem dos indivíduos que volta a fumar, o faz no período de seis meses após a cessação e uma revisão sistemática de estudos envolvendo fumantes que tentaram parar de fumar por conta própria indicou que apenas 3 a 5% alcançam a abstinência prolongada por 6 a 12 meses após a tentativa^{13,14}. Tais evidências conduzem à sugestão de calcular os indicadores de cessação do tabagismo considerando períodos maiores de tratamento (após seis meses ou até um ano do início do tratamento) para avaliação do sucesso do tratamento oferecido por unidades credenciadas.

Os indicadores de tratamento registrados entre 2012 e 2015, no primeiro mês de atendimento do tabagista (44,0% de cessação, 30,7% de abandono e 77,5% de uso de medicamentos pelos pacientes submetidos ao tratamento), significaram melhora em relação a resultados anteriores, observados em 2007 (34,9%, 32,5% e 80,2%, respectivamente). A comparação revela que o Estado de São Paulo melhorou seus indicadores de tratamento com o passar dos anos, promovendo maiores percentuais de cessação, menores índices de abandono da terapia e menor necessidade de apoio medicamentoso até a quarta sessão de atendimento do tabagista.

Embora, na atualidade, o Brasil seja reconhecido internacionalmente pelos bons resultados obtidos na redução da prevalência de fumantes ao longo dos anos de atuação do Programa Nacional

de Controle do Tabagismo, esse estudo mostrou que o aumento da cobertura de serviços para promover o tratamento da população fumante ainda é muito tímido frente ao contingente de pessoas que desejam cessar o hábito de fumar. Desse modo, o aumento da cobertura é um desafio a ser enfrentado pelo Ministério da Saúde, coordenação estadual e municípios, que devem buscar estratégias que aumentem a oferta de tratamento, o acesso a ele e a divulgação dos serviços já existentes.

Considerações finais

A pesquisa realizada gerou informações relevantes quanto ao desempenho do Programa de Tratamento do Tabagismo entre os primeiros trimestres dos anos de 2012 e 2015 no Estado de São Paulo. Essas informações foram transmitidas para a coordenadoria estadual responsável pela gestão do programa por ocasião da defesa da dissertação relativa a esse trabalho e posteriormente, sob a forma de discussões, foram apresentadas para a equipe multidisciplinar do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas, que continua até a data de publicação deste texto como sede da coordenação do programa.

Além da Coordenação Estadual do Programa do Tabagismo, constituíram o público-alvo da pesquisa os gestores e farmacêuticos responsáveis pelos programas municipais. Dessa forma, durante os cursos de capacitação dos profissionais (farmacêuticos e gestores municipais) a serem habilitados para tratar a população fumante de seus respectivos municípios, os resultados do estudo foram apresentados entre os anos de 2016 e 2017. Buscou-se sensibilizar as equipes quanto à importância do cuidado ao tabagista e da redução da prevalência de fumantes, reduzindo os custos e a sobrecarga dos serviços de saúde voltados para o tratamento das doenças associadas ao tabaco.

Após o término do trabalho, informações mais recentes da Coordenação Estadual do Programa de Tabagismo mostraram que a habilitação de novas unidades para o tratamento especializado do fumante, continua em fase de expansão. No primeiro trimestre de 2016, o Estado de São Paulo atingiu o número de 970 unidades credenciadas em 278 municípios, e no primeiro trimestre de 2017, houve novo aumento da oferta de tratamento, totalizando 1.304 unidades em 302 municípios.

Essa expansão levou ao aumento do percentual de cobertura de unidades habilitadas, que subiu de 8,4% em 2015 para 21,1% em 2016, e 27,9% em 2017, considerando o primeiro trimestre desses anos para a composição dos índices. Associado a esse crescimento, houve também o aumento do percentual de cobertura de municípios que oferecem o tratamento do tabagismo, que subiu de 35,5%, registrado no primeiro trimestre de 2015, para 43,1% em 2016 e 46,8% em 2017, considerando de modo semelhante o primeiro trimestre desses anos para a análise realizada.

Em relação à estrutura das sessões de terapia, não ocorreram mudanças e a análise dos indicadores do atendimento (abandono do tratamento, cessação do hábito de fumar e uso de medicamentos quando necessário) ainda continua sendo realizada no final da quarta semana, obedecendo aos mesmos critérios estabelecidos em 2001, pelo Consenso do Ministério da Saúde³.

No final de 2017, o Ministério da Saúde estabeleceu novas diretrizes que foram incorporadas pelo nível estadual na gestão das ações de programação, distribuição e dispensação de medicamentos. Os critérios de distribuição, antes realizados por meio de dados registrados pelos municípios no FormSUS, passaram para o sistema FarmaNet do Programa de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 2018. Nesse sentido, foi definido que a programação do elenco farmacológico do

Programa de Controle do Tabagismo deve ser realizada pelo município de acordo com: o número de tabagistas a serem tratados; quantidade de medicamentos de acordo com a posologia; padrão de consumo; estoque existente na farmácia municipal; e número de meses de cobertura da programação, conforme cronogramas divulgados periodicamente pela Diretoria de Medicamentos Estratégicos (DMEST).

Ainda de acordo com as novas diretrizes, a programação dos municípios que estiverem ingressando no programa pela primeira vez deve considerar o número de pessoas de 18 anos ou mais de idade, fumantes, que procuraram tratamento com profissional de saúde para tentar parar de fumar nos últimos 12 meses, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 e o padrão de consumo nacional.

Concluindo, constatou-se que o Estado de São Paulo tem continuamente aumentado sua contribuição na redução da prevalência de fumantes no país, de acordo com as diretrizes e recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Há de se reconhecer, no entanto, que nem todas as recomendações propostas pela pesquisa realizada em 2015 sobre a efetividade do programa de tabagismo foram acatadas.

Ainda assim, almeja-se que os resultados apresentados cumpram o objetivo permanente de sensibilizar os gestores para o desenvolvimento de novas estratégias que aumentem a oferta de atendimento e a divulgação dos serviços já existentes, no sentido de facilitar o acesso ao tratamento e a ação do tabagista em direção à cessação do hábito de fumar.

Referências

1. OPAS BRASIL – Organização Pan Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Folha Informativa - Tabaco. [internet] [acesso em 20 dez 2018]. Disponível em: <https://>

www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5641:folha-informativa-tabaco&Itemid=0

2. Ministério da Saúde(BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília(DF); 2015. 154 p. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40)

3. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer. Abordagem e tratamento do fumante. Rio de Janeiro; 2001. 38p.

4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. Brasília (DF); 2018. 130.: Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_risco.pdf

5. Ministério da Saúde (BR). Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.[internet]. [acesso em 13 dez 2018]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atencsp.def>

6. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro; 2014. [acesso em: 20 dez. 2015]. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>

7. IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. [internet]. [acesso em 20 dez. 2015]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>

8. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS 1035/04, de 31 de maio de 2004. Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e média complexidade do SUS. Diário Oficial União. 1 jun. 2005; Seção 1:24.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. [acesso em 30 nov. 014]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html

10. Ministério da Saúde (BR). Portaria 761, de 21 de junho de 2016. Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina. [internet]. [acesso em 20 dez. 2018]. Disponível em: <http://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2016/07/portaria761.pdf>

11. Stead LF, Lancaster T. Group Behavior Therapy Programmes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005; 2.

12. Stead LF, Perera R, Bullem C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Systematic Reviews. 2008; (1).

13. Brandon TH, Tiffany ST, Obremski KM, Baker TB. Post-cessation cigarette use: the process of relapse. Rev Addict Behav. 1990; 15:105-14.

14. Hughes JR, Kelly J, Naud S. [Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers]. Addiction [internet]. 2004 [acesso em 11 dez. 2015]; 99:29-38. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14678060>

Tabela 1. Frequência e cobertura de municípios e unidades de saúde credenciadas e de pacientes no Programa de Tratamento do Tabagismo (PPT), nos primeiros trimestres de 2012 a 2015. Estado de São Paulo.

Nível Indicador	Dados	1º trim/2012	1º trim/2013	1º trim/2014	1º trim/2015
Municípios	Existentes	645	645	645	645
	Com PTT	113	141	174	229
	Cobertura	17,5%	21,9%	27,0%	35,5%
Unidades	Existentes	4.319	4.460	4.519	4.620
	Com PTT	175	218	331	388
	Cobertura	4,0%	4,9%	7,3%	8,4%
Pacientes	Potenciais*	760.297	760.297	760.297	760.297
	No PTT	3.765	4.394	4.771	8.346
	Cobertura	0,49	0,58	0,63	1,10

* número estimado de tabagistas que tentaram parar de fumar por trimestre (PNS 2013)

Fonte: Coordenação Estadual do Programa de Tabagismo – CRATOD SES/SP

Tabela 2. Percentual de abandono, cessação e uso de medicamentos no Programa de Tabagismo, nos primeiros trimestres de 2012 a 2015. Estado de São Paulo.

Indicador	Dados	2012	2013	2014	2015
Abandono do tratamento	Participantes 1ª sessão	3.242	3.756	4.478	7.369
	Participantes 4ª sessão	2.253	2.619	3.134	5.055
	Percentual	30,5%	30,3%	30,0%	31,4%
Cessação do hábito de fumar	Participantes 1ª sessão	3.242	3.756	4.478	7.369
	Sem fumar 4ª sessão	1.510	1.603	1.887	3.297
	Percentual	46,6%	42,7%	42,1%	44,7%
Uso medicamentos	Participantes 1ª sessão	3.242	3.756	4.478	7.369
	Usaram medicamento	2.473	2.784	3.670	5.672
	Percentual	76,3%	74,1%	82,0%	77,0%

Fonte: Coordenação Estadual do Programa de Tabagismo – CRATOD SES/SP

Instrumento de Avaliação das ILPI do Município de São Paulo: para além da fiscalização da vigilância sanitária

Instrument of Evaluation of the ILPI of the city of São Paulo: to beyond the supervision of health surveillance

Patricia Maria Bucheroni^I, Tereza Etsuko da Costa Rosa^{II}

Resumo

O presente texto tece algumas considerações sobre o viver nas instituições de longa permanência para idosos do Município de São Paulo e sobre o papel e as ações desenvolvidas pela vigilância sanitária – VISA nesses locais de segregação. Nesse sentido, descreve e discute a elaboração de um instrumento de avaliação dessas instituições, ajustado à sua realidade e às necessidades de seus moradores. Há fortes indícios de que esses locais representam cada vez mais o complexo cenário do envelhecer na contemporaneidade, problematizado nesse trabalho, no campo da saúde da pessoa idosa.

Palavras-chave: Instituição de Longa Permanência para Idoso; Envelhecimento; Serviços de Saúde para Idosos.

Abstract

The present text makes some considerations about living in Long term care facilities for the elderly in the city of São Paulo and on the role and actions developed by health surveillance - VISA in these places of segregation. In this sense, it describes and discusses the elaboration of an instrument to evaluate these institutions, adjusted to their reality and the needs of their residents. There is strong evidence that these sites represent more and more the complex scenario of the aging in the contemporary, problematized in this paper, in the health field of the elderly person.

Keywords: Long Term Care Facilities for the Elderly; Ageing; Elderly Health Care; Health Surveillance.

Introdução

Esse trabalho é parte importante da trajetória da principal pesquisadora do estudo e esse preâmbulo tem o objetivo de retratar brevemente a face pessoal e subjetiva de um profissional técnico que atua na Vigilância Sanitária de uma grande metrópole como o Município de São Paulo.

Para essa pesquisadora, primeira autora do artigo, a busca pela compreensão do processo de envelhecimento e suas implicações sempre

constituíram fatores de grande mobilização acadêmica e profissional.

Após anos trilhando o caminho das ciências da saúde, a pesquisadora dirigiu seu interesse às demandas dos idosos e por meio de intensa atuação no SUS pode acumular razoável experiência nesse campo.

Mais recentemente, em 2006, a pesquisadora passou a atuar como analista em saúde na Covisa – Coordenação de Vigilância em Saúde da

^I Patricia Maria Bucheroni (patriciabucheroni@yahoo.com.br) é fisioterapeuta pela Universidade Federal de São Carlos e Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde. Analista em saúde na Coordenação de Vigilância em Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, é responsável pelas ações de vigilância sanitária nos Serviços de Saúde e de Interesse à Saúde, entre eles, as ILPI – Instituições de Longa Permanência para Idosos.

^{II} Tereza Etsuko da Costa Rosa (tererosa@isaude.sp.gov.br) é psicóloga pelo Instituto de Psicologia da USP, Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública/USP Pesquisadora Científica VI e Diretora do Núcleo de Investigação em Práticas de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Prefeitura Municipal de São Paulo. A Coordenação é responsável, dentre muitas outras atividades, pelas ações de vigilância sanitária nos Serviços de Saúde e de Interesse à Saúde, dos quais fazem parte as instituições chamadas, atualmente, de ILPI – Instituições de Longa Permanência para Idosos.

O interesse pelos ambientes isolacionistas a que são relegados os velhos, sobretudo os residentes nas ILPI, levou a pesquisadora a desenvolver por ocasião de uma Especialização em Saúde Coletiva, pesquisa cuja temática foi focada nessas instituições e nos indicadores que avaliam o desempenho e o padrão de funcionamento das mesmas.

A falta de informações claras sobre o papel desenvolvido pelas ILPI e a busca de sistematização do trabalho de mais de uma década desenvolvido pelo grupo técnico da vigilância sanitária da Covisa nessas instituições constituíram a motivação para a pesquisadora debruçar-se sobre a questão no âmbito de um Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, tendo as ações da Visa como material de estudo.

Portanto, esse trabalho faz uma imersão tanto sobre as práticas realizadas por um órgão que faz parte do Sistema Único de Saúde – SUS, quanto sobre as próprias ILPI do município.

As ILPI do Município e as Ações de VISA

Falando um pouco da velhice em São Paulo, a população estimada pelo IBGE para 2014 era de 11.895.893 habitantes, sendo que os residentes de 60 anos e mais já representavam 13,18% da população. No entanto esta cidade apresenta diferenças de composição populacional, havendo distritos com maior número de idosos, a exemplo do Alto de Pinheiros que em 2014 contabilizou 24,93% de pessoas desse segmento entre seus habitantes.⁴

Em 2014, época na qual o trabalho foi desenvolvido, o município possuía 381 estabelecimentos cadastrados na Covisa, alguns por

solicitação de CMVS – Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária – documento exigido por lei para que o serviço comece a exercer suas atividades, e muitos outros por busca ativa das equipes de saúde de vigilância nas regiões ou por denúncias feitas ao órgão de vigilância.

Naquele ano, já fazia parte do planejamento e das metas da vigilância sanitária de São Paulo que os estabelecimentos que abrigassem idosos fossem fiscalizados ao menos uma vez ao ano com o intuito de avaliar e monitorar o risco à saúde aos residentes nesses locais. Vale ressaltar que essa prática se manteve após a conclusão do referido trabalho de mestrado.

Tal monitoramento é realizado pelas equipes descentralizadas que atuam nas diferentes regiões do município, onde estão localizadas as 31 Unidades de Vigilância em Saúde – Suvis divididas entre as seis Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS do município: Centro, Oeste, Leste, Norte, Sudeste e Sul. Essas equipes são compostas por analistas em saúde – autoridades sanitárias, com diversas formações em saúde. No caso das ações nas ILPI, a atividade desses profissionais está baseada em legislação que estrutura e regula um conjunto de ações regulatórias do SUS, o Código Sanitário Municipal de São Paulo³, combinado com um arcabouço legal específico que assegure os direitos da pessoa idosa que vive em instituições. O suporte teórico e técnico para essas ações é parte das atribuições e da rotina dos técnicos da Covisa, grupo do qual a pesquisadora deste trabalho faz parte até o momento atual.

Toda ação de fiscalização realizada nas ILPI tem como intuito caracterizar a qualidade do cuidado e da assistência oferecida, bem como identificar o eventual risco à saúde dos residentes tendo em vista a vulnerabilidade dessa população. As informações provenientes das ações realizadas pelas equipes regionais de vigilância são registradas em relatórios de inspeção elaborados

segundo critérios estabelecidos em roteiros, desenvolvidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e pela Covisa. Vale dizer que esses roteiros têm como principal referencial o Estatuto do Idoso² e a RDC 283 da Anvisa¹.

Dados e Método

O conteúdo dos relatórios de inspeção é o resultado de observações padronizadas e sistematizadas, baseadas em instrumentos legais, como também de uma análise subjetiva, crítica e sensível, da experiência dos analistas de saúde proveniente de inúmeras inspeções nos serviços que acolhem e assistem a pessoa idosa no município. Além disso, a Covisa promove diversos encontros com as equipes de Suvis no intuito de discutir as instituições, de capacitar os agentes fiscalizadores e de realizar um “alinhamento do olhar” dos técnicos com relação aos serviços que acolhem e assistem aos idosos.

Todos os relatórios de inspeção são encaminhados, diariamente, à Covisa do Município de São Paulo, que centraliza os dados referentes aos mesmos. A leitura do conteúdo das fichas é realizada, normalmente, por um profissional destacado, nesse caso, pela pesquisadora deste trabalho, que ocupava essa função no período compreendido pelo estudo. Portanto, o material que deu origem ao presente trabalho se refere aos relatórios de todas as ILPI cadastradas no ano de 2014.

Baseado nesse material, após minucioso exame do conteúdo dos roteiros de inspeção e da legislação vigente, foram identificadas algumas dimensões e seus indicadores capazes de expressar o caráter híbrido das ILPI (dimensão residencial e ações e procedimentos característicos da assistência à saúde, prestada nessas instituições). Assim, foram selecionadas as seguintes dimensões e subdimensões:

- 1) perfil dos idosos;
- 2) condições estruturais;
 2. 1 Tipo de estabelecimento
 2. 2 Natureza jurídica
 2. 3 Capacidade da instituição/ acesso
 2. 4 Estrutura física das instituições
 - 2.5 Arranjos de assistência à saúde
- 3) recursos humanos em saúde;

Descrevemos detalhadamente cada uma das dimensões e os respectivos indicadores identificados:

1) Perfil dos idosos – Caracterização dos residentes

Indicadores

Sexo:

Feminino

Masculino

Faixa etária:

menos de 60 anos

60 – 79 anos

+ 80 anos

Grau de dependência do idoso: conforme a RDC 283/2005, que é o instrumento legal utilizado pelos técnicos da vigilância sanitária e pelo setor regulado para a mensuração do grau de dependência dos idosos que moram nas ILPI. A avaliação do grau de dependência dos residentes norteia a estrutura e as práticas de cuidado e de assistência desenvolvidas pela instituição.

Grau I: idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto ajuda.

Grau II: idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária, tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada.

Grau III: idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida e ou com comprometimento cognitivo.

Patologias e comorbidades apresentadas

pelos idosos:

- Outras doenças crônicas
- Diabetes
- Hipertensão
- Feridas crônicas
- Dependente de oxigenioterapia
- Ventilação mecânica
- Sonda vesical ou coletor de urina
- Uso de dieta enteral
- Diálise
- Incontinência urinária e fecal
- Demência
- Quedas
- Faz uso de serviços de *home care*
- Outras

2. Caracterização do estabelecimento

2.1. Denominação - tipo de estabelecimento

Tipo 1: estabelecimentos asilares, com enfoque social a idosos em regime de internato;

Tipo 2: estabelecimento cujo foco principal é o atendimento à saúde, portanto, assim denominado.

2.2. Natureza jurídica

Filantrópica

Privada

Pública municipal (única pública encontrada no município de SP)

2.3. Capacidade da instituição/ acesso:

Número de leitos total disponível no estabelecimento, ou seja, número total de idosos que o serviço consegue atender no estabelecimento, de acordo com a área física, profissionais disponíveis e práticas desenvolvidas no local.

Número de leitos ocupados, ou seja, número de idosos instalados no momento da inspeção.

2.4 Condições estruturais

Diz respeito às condições a que os idosos estão expostos, com enfoque em: habitabilidade, segurança, acessibilidade e privacidade. Sobretudo, a capacidade da instituição de promover a manutenção da independência e da autonomia do idoso.

Indicadores de Higiene e organização

Limpeza e desinfecção de ambientes;

Presença de pisos internos e externos de fácil higienização;

Presença de colchões impermeáveis que possibilitem a adequada higienização dos mesmos;

Mobiliário em bom estado de conservação;

Ausência de materiais inservíveis;

Controle e manejo adequado de resíduos – inclusive os de saúde;

Adequação do fluxo e da periodicidade da lavagem de roupas e da troca de lençóis e toalhas.

Indicadores de condições de habitabilidade – Esse estudo descreveu e analisou apenas os aspectos considerados pela RDC 283 como observáveis pelos técnicos da saúde, ou seja,

apenas os aspectos passíveis de serem avaliados sem a necessidade da presença de profissional com registro no Conselho Regional de Engenharia e Arquitetura. São eles:

Conforto térmico e visual (janelas/iluminação e ventilação);

Presença de umidade/infiltração ou outras inadequações na manutenção da estrutura física;

Presença de fiação exposta.

Indicadores de Segurança e Acessibilidade

– Demonstrem a capacidade do estabelecimento em promover a integridade física dos idosos – sobretudo com relação ao risco de quedas e os que demonstrem as adaptações realizadas na estrutura para que o idoso possa continuar sendo independente e autônomo. São eles:

Rampas e acessos que favorecem a acessibilidade;

Circulação interna com largura mínima;

Presença de itens de segurança (luz de vigília, campainha nos leitos);

Presença de barras de apoio nos corredores e sanitários;

Pisos uniformes e com mecanismo antiderrapante.

Indicadores de Privacidade – Indicadores de estrutura e de rotinas que demonstram a capacidade do estabelecimento em promover ambientes que assegurem a privacidade do idoso e a regulação do espaço pessoal:

Dormitórios separados por sexo, no máximo, quatro pessoas por cômodo;

Espaçamento adequado entre os leitos;

Banheiros separados por sexo;

Mobiliário que permita a individualização dos pertences;

Roupas e itens de cuidados diários individualizados, tais quais itens de higiene, óculos, dentre outros;

Presença de câmeras de observação e controle nos dormitórios e banheiros (item que fere a Constituição Federal em seu Artigo 5º).

2.5 Arranjos de assistência à saúde

Buscou-se encontrar e analisar indicadores que evidenciem a forma com a qual o estabelecimento se articula para responder as necessidades de saúde dos idosos que moram nesses locais. Sendo assim, foram destacadas características estruturais, bem como, algumas rotinas e processos desenvolvidos nas ILPI.

Indicadores de assistência à saúde do idoso

Existência de Responsável técnico habilitado e da área da saúde – tipo de Formação;

Existência de local instituído para o posto de enfermagem;

Pia com água corrente para a lavagem das mãos.

Existência de registro que descreve as condições e necessidades de saúde dos idosos (prontuário atualizado);

Existência de normas e procedimentos escritos e implantados, referentes aos cuidados com os idosos;

Manual de rotinas e procedimentos para a gestão de saúde dos idosos, descritos em POP (Plano Operacional Padrão) e SAE (sistematização da assistência de enfermagem);

Presença de serviço de remoção para o transporte de idosos em caso de intercorrências;

Manutenção de registro diário de intercorrências;

Presença de cardápio elaborado por nutricionista, conforme as necessidades de saúde do idoso;

Presença de carteira de vacinação atualizada dos idosos e profissionais do local;

Realização de avaliação continuada do desempenho e padrão de funcionamento da instituição (se a instituição coleta e informa a Visa local, os indicadores de saúde exigidos no item 7.2 da RDC 283/2005).

Indicadores de assistência farmacêutica/ medicamentos

Medicamentos com registro e prazo de validade adequados;

Presença de prescrição médica para os medicamentos encontrados na instituição;

Armazenamento adequado de medicamentos (sobretudo psicotrópicos e termolábeis);

Apresentação de forma sistematizada de checagem da administração de medicamentos e controle das terapias prescritas.

3) Recursos humanos em saúde (quanto à presença e a quantidade dos profissionais)

Uma vez que a enorme maioria das ILPI encontradas no Município de São Paulo possui profissionais de saúde compondo seu quadro de funcionários, foram privilegiados os recursos humanos em saúde, ou seja, aqueles profissionais que lidam diretamente nos cuidados com os idosos, principalmente os cuidados relativos às AVD e aos cuidados de saúde:

- Cuidadores
- Médico
- Enfermeiro
- Auxiliares/técnicos de enfermagem
- Nutricionista
- Fisioterapeuta
- Psicólogo
- Terapeuta ocupacional
- Educador físico
- Outros

Instrumento de coleta de dados

As dimensões, subdimensões e respectivos indicadores apresentados nesse trabalho foram baseados nos relatórios de fiscalização sanitária das ILPI conhecidas pela Visa municipal e padronizados em fichas de inspeção, segundo modelo Sivisa^{III}, que contém o registro das informações do estabelecimento inspecionado.

Para que fosse possível a passagem da descrição textual do que é observado nas fichas para a quantificação, foi necessário o desenvolvimento de um modelo, cuja especificidade possibilitou a proposta de investigação dessa pesquisa descritiva quantitativa.

^{III} Modelo do Sistema de Informação de Vigilância Sanitária que permite o gerenciamento das ações de Vigilância Sanitária nas diversas esferas do SUS.

O modelo criado, um instrumento de coleta de dados, foi utilizado como matriz de registro, compilação, análise e discussão do material encontrado. Tal instrumento, descrito no quadro I, desse trabalho (Anexo I) pôde transformar dados observados na realidade do cotidiano das ILPI em observações com significado. No entanto, ressalta-se que foi a prática quem delineou a pesquisa.

Comentários Críticos sobre o instrumento

Todo estudo carrega limitações, desde o olhar de quem o conduz, resultado de uma construção pessoal, social e cultural, até os limites impostos pelo próprio objeto de pesquisa, comecemos por elas.

Com relação ao número de ILPI cadastradas, em que pese o fato de essas instituições fazerem parte do setor regulado e serem obrigadas por lei a se cadastrarem para funcionar, podemos inferir que esse número esteja subestimado. Isso porque o órgão recebe diariamente denúncias de casas clandestinas e de maus tratos a idosos, encaminhadas por usuários e provenientes de vários outros órgãos que fazem parte do controle social para as políticas públicas em geral, tais como Ministério Público e Grande Conselho do Idoso. No entanto, acreditamos que as informações colhidas pelo órgão municipal fiscalizador sejam bastante confiáveis no tocante à abrangência e representatividade do universo das ILPI do Município de São Paulo.

Ainda falando em limitações, esse trabalho utilizou alguns indicadores estruturais e de processos que puderam auxiliar na descrição dos arranjos da assistência a saúde prestada pelas instituições. No entanto, uma vez que esses arranjos ainda são pouquíssimo descritos em outros trabalhos e não estão contemplados pela legislação atual, conseqüentemente, o material utilizado para essa descrição e análise possui limitações, já que as inspeções sanitárias nesses

locais são provenientes de roteiros elaborados tendo como base a legislação vigente, que parece desatualizada frente ao papel das ILPI híbridas, ou seja, as que são moradia e serviços de assistência à saúde, enorme maioria das ILPI encontradas no Município de São Paulo.

No que diz respeito à conformação das equipes de vigilância sanitária no município, há um viés com relação à sua composição, uma vez que elas são formadas, aleatoriamente, principalmente, por profissionais enfermeiros e nutricionistas. Outros profissionais são muito raros, tais como o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional, o psicólogo, o fonoaudiólogo, entre outros profissionais. A ausência destes últimos profissionais citados, parece tirar a ênfase da avaliação das questões relativas à capacidade funcional dos idosos e o ambiente com relação a elas. No entanto, a alta frequência, fato casual e aleatório, de profissionais da alimentação parece ser determinante no relato “hipertrofiado” das questões relativas à alimentação dos idosos, tema não abordado por este trabalho, em decorrência da especificidade da regulamentação existente. Em outras palavras, tal viés pode fazer com que alguns aspectos do relatório sejam salientados e influenciados pela graduação do agente fiscalizador. A análise minuciosa de todos os relatórios, somada à experiência da pesquisadora com o objeto de estudo pretenderam atenuar tais vieses e explorar algumas das principais questões relativas ao diálogo estabelecido entre as normas, os técnicos da Visa e as práticas de cuidado realizadas nas ILPI.

Algumas questões importantes não foram encontradas nos relatos do material utilizado nesse trabalho, a exemplo de referências da presença ou da ausência de documentos que indicassem a prática de atividades de educação permanente na área da gerontologia, dos profissionais atuantes nas instituições, bem como qualquer outro indicativo da especialização das

equipes, com o objetivo de melhor qualificar os que lidam no cuidado dos idosos. Tal fato não permitiu que o estudo pudesse analisar a qualificação dos profissionais atuantes nas instituições e, nem ao menos, evidenciar a falta de especialização das equipes que prestam assistência aos moradores das ILPI.

Sobre as repercussões do trabalho

A experiência do mestrado possibilitou olhar o trabalho realizado na vigilância, de fora e em conjunto com outros olhares qualificados, e mais, possibilitou a reflexão e a avaliação do percurso até aqui, a fim de ajustar as práticas das equipes técnicas da Covisa e das Suvis, frente à realidade da institucionalização de idosos. Pois especialmente nesse período, fora do ambiente de trabalho e de suas demandas rotineiras, o conteúdo de informações decorrentes das ações de Visa nas ILPI e os dados relativos a essas instituições, que existiam até então, puderam ser sistematizados e discutidos.

O conhecimento gerado por esse trabalho, a exemplo do instrumento de avaliação das ILPI (Anexo 1), puderam fornecer desde subsídios para a melhora da avaliação das instituições de São Paulo, por intermédio de instrumento mais ajustado com a realidade encontrada, passando pela adequação dos roteiros de inspeção utilizados pelas equipes de vigilância, até como conteúdo qualificado para realização de cursos e capacitações direcionados aos técnicos responsáveis pelas ações de Visa nos serviços de idosos. Ademais, esse trabalho gerou terreno fértil de debate na vigilância sanitária, na Secretaria Municipal de Saúde, em outras secretarias do município e demais órgãos e em segmentos da sociedade que acompanham e atuam no enfrentamento das necessidades e demandas da população idosa institucionalizada, bem como na realidade das instituições que, ao que parece, faz parte do

envelhecer na contemporaneidade e apresenta complexo cenário, problematizado nesse trabalho, no campo da saúde da pessoa idosa.

Sendo assim, esse trabalho além de ter investigado diretamente o panorama das ILPI no município, de certa forma, também explorou a atuação das equipes de Visa nas instituições geriátricas. Portanto, espera-se que possa servir para que as ações deste órgão possam ser repensadas, instrumentalizando mudanças que vão, desde a composição das equipes – perfil, até o olhar desses profissionais, desenvolvido ao longo do tempo, pela prática das inspeções, uma vez que a reflexão feita em cima desse material pode redirecionar ações que possibilitem melhoras na satisfação dos usuários com relação a essas instituições e suas rotinas.

Finalmente, é importante enfatizar que embora os relatórios das equipes da Visa descrevam diversos aspectos e nuances das ILPI abordados pelo Estatuto do Idoso, seguramente, se faz necessária uma maior aproximação e conhecimento dessas instituições com a finalidade de entendê-las melhor e implementar ações no sentido de torná-las um lugar melhor para se viver.

Nesse sentido, vale notar que um dos principais parâmetros, raramente abordado pela Visa ou mesmo pela literatura, e, conseqüentemente, não citado nesse trabalho diz respeito aos anseios dos moradores das instituições, os velhos que são os que experienciam o viver nesses locais que ainda são de segregação.

Anexo I

Quadro I – Roteiro detalhado das dimensões, subdimensões e respectivos indicadores

DIMENSÕES/INDICADORES	CATEGORIAS (Nº DE IDOSOS/PRESENÇA OU AUSÊNCIA/Nº DE PROFISSIONAIS)
Caracterização dos residentes	
Sexo	Feminino () Masculino ()
Faixa etária	menos de 60 anos () 60 – 79 anos () + 80 anos ()
Grau de dependência do idoso: conforme a RDC 283/2005	Grau I: () Grau II () Grau III ()
Patologias e comorbidades apresentadas pelos idosos	Diabetes () Hipertensão () Feridas crônicas () Dependente de oxigenioterapia () Ventilação mecânica () Sonda vesical ou coletor de urina () Uso de dieta enteral () Diálise () Incontinência urinária e fecal () Demência () Quedas () Faz uso de serviços de home care () Outras ()

DIMENSÕES/INDICADORES	CATEGORIAS (Nº DE IDOSOS/PRESENÇA OU AUSÊNCIA/Nº DE PROFISSIONAIS)
Caracterização do estabelecimento	Tipo 1: estabelecimentos asilares, com enfoque social a idosos em regime de internato () Tipo 2: estabelecimento cujo foco principal é o atendimento à saúde, portanto, assim denominado. ()
Natureza jurídica	Filantrópica () Privada () Pública municipal ()
Capacidade da instituição/ acesso	Número de leitos total disponível no estabelecimento, ou seja, número total de idosos que o serviço consegue atender no estabelecimento, de acordo com a estrutura física e os recursos humanos. () Número de leitos ocupados, ou seja, número de idosos instalados/albergados no momento da inspeção ()
Condições estruturais	
Indicadores de Higiene e organização	Limpeza e desinfecção de ambientes S () N () Presença de pisos internos e externos de fácil higienização S () N () Presença de colchões impermeáveis que possibilitem a adequada higienização dos mesmos S () N () ; Mobiliário em bom estado de conservação S () N () ; Ausência de materiais inservíveis S () N () ; Controle e manejo adequado de resíduos – inclusive os de saúde S () N () ; Adequação do fluxo e da periodicidade da lavagem de roupas e da troca de lençóis e toalhas S () N () .
Indicadores de condições de habitabilidade	Conforto térmico e visual (janelas/ iluminação e ventilação) S () N () ; Presença de umidade/infiltração ou outras inadequações na manutenção da estrutura física S () N () ; Presença de fiação exposta. S () N ()
Indicadores de Segurança e Acessibilidade	Rampas e acessos que favorecem a acessibilidade S () N () Circulação interna com largura mínima S () N () Presença de itens de segurança (luz de vigília, campainha nos leitos) S () N () Presença de barras de apoio nos corredores e sanitários S () N () Pisos uniformes e com mecanismo antiderrapante S () N ()
Privacidade	Dormitórios separados por sexo, no máximo, quatro pessoas por cômodo S () N () Espaçamento adequado entre os leitos S () N () Banheiros separados por sexo S () N () Mobiliário que permita a individualização dos pertences S () N () Roupas e itens de cuidados diários individualizados, tais quais itens de higiene, óculos, dentre outros S () N () Presença de câmeras de observação e controle nos dormitórios e banheiros S () N ()
Arranjos de assistência à saúde	Existência de Responsável técnico habilitado e da área da saúde – tipo de Formação S () N () Existência de local instituído para o posto de enfermagem; Pia com água corrente para a lavagem das mãos S () N () Existência de registro que descreve as condições e necessidades de saúde dos idosos (prontuário atualizado) S () N ()

DIMENSÕES/INDICADORES	CATEGORIAS (Nº DE IDOSOS/PRESENÇA OU AUSÊNCIA/Nº DE PROFISSIONAIS)
<p>Arranjos de assistência à saúde</p>	<p>Existência de normas e procedimentos escritos e implantados, referentes aos cuidados com os idosos S () N ()</p> <p>Manual de rotinas e procedimentos para a gestão de saúde dos idosos, descritos em POP (Plano Operacional Padrão) e SAE (sistematização da assistência de enfermagem) S () N ()</p> <p>Presença de serviço de remoção para o transporte de idosos em caso de intercorrências S () N ()</p> <p>Possui registro diário de intercorrências S () N ()</p> <p>Presença de cardápio elaborado por nutricionista, conforme as necessidades de saúde do idoso S () N ()</p> <p>Presença de carteira de vacinação atualizada dos idosos e profissionais do local S () N ()</p> <p>Realização de avaliação continuada do desempenho e padrão de funcionamento da instituição (se a instituição coleta e informa à Visa local, os indicadores de saúde exigidos no item 7.2 da RDC 283/2005) S () N ()</p>
<p>Assistência farmacêutica/medicamentos</p>	<p>Com registro e prazo de validade adequados;</p> <p>Prescrição médica adequada S () N ()</p> <p>Armazenamento adequado (sobretudo psicotrópicos e termolábeis) S () N ()</p> <p>Apresentação de forma sistematizada de checagem da administração de medicamentos e controle das terapias prescritas S () N ()</p>
<p>Recursos humanos em saúde (quanto à presença e a quantidade dos profissionais)</p>	<p>Cuidadores ()</p> <p>Médico ()</p> <p>Enfermeiro ()</p> <p>Auxiliares/técnicos de enfermagem ()</p> <p>Nutricionista ()</p> <p>Fisioterapeuta ()</p> <p>Psicólogo ()</p> <p>Terapeuta ocupacional ()</p> <p>Educador físico ()</p> <p>Outros ()</p>

Referências

1. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento de instituições de longa permanência para idosos. Brasília (DF); 2005.
2. Ministério da Saúde (BR). Estatuto do Idoso: Lei 10.741, de 3-10-2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Brasília(DF): Senado; 2003.
3. Prefeitura Municipal de São Paulo (SP). Lei Municipal 13.725, 9-1-2004. Institui o Código Sanitário do Município de São Paulo.
4. SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Relatório técnico. São Paulo, 2014.

Saúde da População Síria: percepções dos profissionais da Atenção Primária a Saúde da Supervisão Técnica de Saúde da Mooca no Município de São Paulo

Syrian Population's Health: perceptions of the professionals of the Primary Health Care of the Technical Supervision of Health of the Mooca in the city of São Paulo

Sandra Cristina Correia Loureiro Tonini¹, Suzana Kalckman^{II}

Resumo

O estudo objetivou conhecer percepções, atitudes e práticas dos profissionais de Unidades Básicas de Saúde sobre a população síria. *Metodologia:* Estudo qualitativo exploratório, utilizando grupos focais para coleta de dados junto aos profissionais de saúde e entrevista com representante de entidade de acolhida a refugiados. *Resultados:* Foram estabelecidas as seguintes categorias de análise: 1. Perfil da população Síria que procura por atendimento na UBS; 2. Motivos pelos quais o serviço de saúde é procurado; 3. Dificuldades percebidas durante o atendimento à população síria; 4. Recursos utilizados para lidar com as dificuldades no atendimento; 5. Aspectos culturais de interferência na saúde da população síria. A procura por atendimento médico ocorre predominantemente nos Hospitais e Pronto Atendimento. Os serviços mais utilizados foram: pré-natal, tratamento de doenças crônicas, atendimento psicológico e vacinação. As dificuldades percebidas apontadas foram: a linguagem, hábitos e costumes, estigmas sobre a cultura e religião, discriminação, preconceito e falta de documentos. Os recursos utilizados referem-se principalmente a comunicação. Fatores de interferência identificados: costumes, hábitos, crenças, linguagem, doenças pré-existentes, religião, violência doméstica e social e a adesão ao tratamento. *Necessidades identificadas para o SUS:* treinamento aos profissionais de saúde sobre multiculturalidade e a aproximação dos serviços de saúde às Organizações Não Governamentais que trabalham com essa população.

Palavras-chave: Atenção Básica, Pessoal de Saúde, Acesso, Imigrante e Refugiado Sírio.

Abstract

The study aimed to know the perceptions, attitudes and practices of the professionals of Basic Health Units on the Syrian population. *Methodology:* A qualitative exploratory study using focal groups to collect data from health professionals and interview with a refugee reception organization representative. *Results:* The following categories of analysis were established: 1. Profile of the Syrian population that seeks care in the UBS; 2. Reasons why the health service is sought; 3. Difficulties perceived during service to the Syrian population; 4. Resources used to deal with difficulties in care; 5. Cultural aspects of interference in the health of the Syrian population. The demand for medical care occurs predominantly in Hospitals and Emergency Care. The most used services were: prenatal care, treatment of chronic diseases, psychological care and vaccination. The difficulties perceived were: language, habits and customs, stigmas about culture and religion, discrimination, prejudice and lack of documents. The resources used refer mainly to communication. Identified interference factors: customs, habits, beliefs, language, preexisting diseases, religion, domestic and social violence and adherence to treatment. *Need identified for SUS:* training health professionals on multiculturalism and the approximation of health services to non-governmental organizations working with this population.

Keywords: Primary Health Care, Health Personnel, Access, Immigrant and Syrian Refugee.

¹ Sandra Cristina Correia Loureiro Tonini (sandrinhla_loureiro@yahoo.com.br) é Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{II} Suzana Kalckmann (suzanak@isaude.sp.gov.br) é Bióloga, Mestre em Epidemiologia e Doutora em Ciências, área de concentração Infectologia em Saúde Pública. Pesquisadora Científica VI e docente credenciado do Programa de Mestrado Profissional do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Nos últimos anos, a entrada de estrangeiros no Brasil tem crescido de forma robusta, tanto pela imigração legal quanto a ilegal e pelo acolhimento aos refugiados. Segundo dados dos censos demográficos de 2000 e 2010¹, esse número quase dobrou, passando de 143.644 para 268.468 respectivamente, considerando-se os que vivem no País há mais de 5 anos.

Para Lacerda, Silva e Nunes² a maior parte dos problemas relacionados à questão da ilegalidade deve-se ao fato de o Brasil ter recebido uma grande leva de pessoas que solicitaram refúgio nos últimos anos e a regularização da documentação ter de passar por várias etapas que acabam por atrasar o processo, e como consequência, muitos destes refugiados vivem em território brasileiro ilegalmente. De acordo com os mesmos autores o número total de pedidos aumentou entre os anos de 2010 e 2014, passando de 566 para 8.302, respectivamente, o que representou um crescimento de 930%. Relatórios da Organização das Nações Unidas (ONU) de 2014 demonstram que a maioria dos solicitantes de refúgio vem da Ásia, África e América do Sul, sendo liderada pelos sírios².

A presença de imigrantes e refugiados em nosso país traz desafios específicos aos serviços de saúde porque eles carregam padrões de morbidade e comportamentos próprios relacionados aos cuidados com a sua saúde. Em especial, no que se refere à população síria, cuja chegada ao Brasil nem sempre ocorre com o devido preparo em relação às diferenças culturais, crenças e o domínio do idioma e sim por questões iminentes de sobrevivência. Esse estudo objetiva contribuir para uma reflexão sobre a prática dos profissionais que interagem em cada atendimento prestado à saúde da população síria na atenção básica.

Objetivos

Trazer elementos para promover reflexão acerca das percepções dos trabalhadores da

saúde na assistência prestada à população síria na atenção primária.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, tendo como cenário duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas na Supervisão Técnica de Saúde (STS) da Mooca do Município de São Paulo e um Centro de Acolhida ao Imigrante Refugiado localizado na região do Pari. O estudo foi desenvolvido com 9 profissionais da atenção básica que prestam assistência de saúde à população síria e 1 membro do Centro de Acolhida ao Imigrante Refugiado do Município de São Paulo.

Foram realizados dois grupos focais, um em cada unidade de saúde, um no dia 26 de junho e outro em 30 de junho de 2017 das quais participaram um total de 9 funcionários, para o primeiro foram convidados 36 funcionários e para o segundo 63, considerando que haviam 4 e 7 Equipes de Saúde da Família respectivamente (cada equipe de saúde é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde), além dos funcionários do Núcleo de Assistência à Saúde da Família. Os grupos foram conduzidos e moderados pela pesquisadora e teve como observador um psicólogo que gravou os grupos focais para posterior transcrição e análise. Foi realizada uma entrevista com um representante de uma ONG de acolhida para refugiados em 30-6-2017, que foi realizada pela pesquisadora e gravada pela mesma para posterior transcrição e análise.

Os grupos focais e a entrevista foram analisados tendo como referência a Análise de Conteúdo de Bardin³.

O estudo foi submetido e aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde e referendado pelo Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Saúde de São Paulo.

Resultados e Discussão

Após várias leituras sistemáticas das transcrições dos grupos focais e da entrevista foi possível reunir as falas nas seguintes categorias:

Categoria 1 – Perfil da população Síria que procura por atendimento nas UBS

Categoria 2 – Motivos para a procura de serviço de saúde

Categoria 3 – Dificuldades percebidas durante o atendimento à população síria

Categoria 4 – Recursos utilizados para lidar com as dificuldades no atendimento

Categoria 5 – Aspectos culturais de interferência na saúde da população síria

A população síria que demanda por atendimento nas UBS são pessoas de ambos os sexos. Percebe-se maior prevalência de pessoas do sexo feminino, mantendo o mesmo padrão de procura observado para brasileiros e estrangeiros de outras nacionalidades. As maiores demandas são de crianças, mulheres e idosos, à semelhança dos resultados da pesquisa de Martes e Faleiros⁴ que trata do acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo, onde os serviços mais utilizados foram: saúde da criança para vacinação e puericultura e saúde da mulher para atendimento pré-natal.

A maioria dos sírios é de classe econômica média/baixa. Moreira⁵, em sua pesquisa sobre o processo de integração dos refugiados no Brasil, aponta que em geral predominam pessoas pertencentes à classe econômica C e que 2,8% recebem apoio do governo por meio de programas específicos. Em nosso estudo não foi identificada nenhuma família usuária de benefícios do governo.

A principal ocupação é o subemprego no comércio e o auto empreendimento como forma de sobreviver, principalmente no ramo alimentício, preparando alimentos típicos da

culinária síria. Para Pamplona⁶ em momentos da economia em recessão – como a brasileira na atualidade – é comum o aparecimento de pequenos empreendimentos, principalmente os “autoempreendimentos”.

Quanto à moradia, em sua maioria os imigrantes árabes, incluindo os sírios, recebem apoio da própria comunidade árabe (parentes ou não), sendo muito rara a procura por centros de imigração e ou acolhida. Em consonância com nosso estudo, Viana⁷ discorre sobre a problemática da moradia do refugiado na cidade de São Paulo, mostrando que existem redes de mobilização interna e de solidariedade entre os refugiados sírios e não sírios, ou seja, um conhece outro que já está instalado há mais tempo e que, portanto, pode recebê-lo e oferecer moradia provisória até que encontre um trabalho e algum lugar para morar.

A procura por atendimento médico ocorre predominantemente nos Hospitais e Pronto Atendimento e o tipo de atendimento mais procurado são para casos agudos. Segundo Moreira⁵, que estudou sobre o processo de integração local dos refugiados no Brasil, 51,3% dos refugiados em geral procuram por atendimento em hospitais. Padilla⁸ relata que a utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes em geral é caracterizada pela subutilização da prevenção e promoção, com maior utilização dos serviços de urgência, situação essa que pode estar relacionada a fatores como a falta de conhecimento sobre os recursos de saúde disponíveis e a concepção de saúde dessa população.

Quanto aos motivos para a procura de serviço de saúde, é comum a procura pelos serviços de pré-natal, tratamento de doenças crônicas, atendimento psicológico, realização de exames, atendimento a casos agudos de problemas crônicos de saúde, vacinação e a busca por especialista.

É frequente a presença de um(a) acompanhante da família durante as consultas de pré-natal e saúde da mulher. Tal procedimento nos leva a refletir sobre as limitações impostas na atenção integral desta mulher, uma vez que a mesma pode se sentir constrangida em expressar suas necessidades na presença de outrem durante a consulta. Considerando que há diferenças culturais e de estilo de vida da população migrante e principalmente refugiada, esse estudo aponta sobre a necessidade de aprimorar o acesso ao atendimento psicológico a essa população e principalmente em relação às mulheres.

Ainda em relação à procura por atendimento na UBS, ocorrem situações de problemas de saúde agudos, que demandam atenção médica imediata. Padilla⁸ refere que o acesso aos serviços de saúde de prevenção e promoção pelos migrantes e seus descendentes é limitada e acontece principalmente por meio da vacinação quanto a profilaxia de infecções de transmissão sexual e alimentação saudável depende do acesso que se tem a esse tipo de informação, que por vezes é negligenciado. Essa limitação pode levar a uma procura maior pelo atendimento por problemas de saúde agudos.

Em relação à vacinação, a população síria busca por regularizar a situação vacinal ao chegar na UBS, pois na Síria há dificuldades no acesso às vacinas. Pereira⁹, em seu estudo sobre o futuro e a saúde de milhões de crianças sírias, refere que a guerra atual da Síria travou os programas de imunização, enquanto antes da guerra a cobertura vacinal das crianças era próxima a 90%, atualmente o que se vê é um aumento dos casos de sarampo, meningite e até poliomielite, dada como erradicada no país em 1995. Em 2014, havia 25 casos confirmados de poliomielite na Síria, mas segundo relatório da Organização Mundial da Saúde apontada no

estudo de Pereira⁹ admite-se a existência de 80 mil casos de infecção.

A relação de confiança estabelecida entre o usuário sírio e o profissional de saúde foi relatada nas falas dos participantes, no que diz respeito a procura por atendimento nas UBS principalmente em relação à vacinação.

F 1.3: aí ela voltou pra lá para resgatar alguém (para a Síria) e não confiou, não confia lá, e voltou para a gente vacinar... ela não confia lá porque ela veio lá de fora do país dela em guerra, para vacinar aqui

Topa, Neves e Nogueira¹⁰ referem que o comportamento de profissionais de saúde tem sido igualmente apontado como um dos fatores determinantes no uso ou não dos serviços de saúde pelas comunidades migrantes.

Quanto às dificuldades percebidas durante o atendimento à população síria, Padilha et al.¹¹ em seu estudo sobre o processo participativo para a definição das ações de saúde para migrantes e refugiados no Município de São Paulo, refere que a luta por uma vida digna no Município de São Paulo é permeada por barreiras linguísticas e culturais, xenofobia, falta de documentação, emprego e habitação que interferem no acesso aos serviços de promoção em saúde. Em nosso estudo foram apontadas as seguintes dificuldades enfrentadas pelos migrantes sírios: comunicação verbal e escrita, hábitos e costumes, estigmas sobre cultura e religião e preconceito.

Percebe-se que a comunicação é a principal dificuldade e que uma vez ultrapassada essa barreira começa-se a perceber as demais dificuldades. Topa, Neves e Nogueira¹⁰ referem que a falta do domínio da língua do país anfitrião é sinalizado como um dos maiores entraves de acesso aos cuidados de saúde, e que a existência de um serviço de assistência linguística e treino de

competências multiculturais facilitem o acesso a esses serviços. A presença de um intérprete ou familiar interfere no tratamento em saúde dos imigrantes tendo um efeito negativo pois algumas questões podem girar em torno de suas relações conjugais e familiares. Torna-se evidente, portanto, a inadequação de um familiar como tradutor-intérprete nos atendimentos, pois cria-se uma barreira para um lugar de acolhimento em que o indivíduo possa ser escutado.

Um costume identificado como negativo para o sucesso do tratamento de saúde da população síria foi a dificuldade em realizar o exame físico por um profissional do sexo oposto uma vez que o corpo da mulher não pode ser tocado por um homem bem como o contrário é verdadeiro. Outro costume que interfere de maneira negativa é a falta de confiança da população síria em relação ao profissional de saúde que se dispõe a dar a atenção necessária, confiança esta que se estabelece aos poucos conforme a continuidade do tratamento.

Em relação às questões culturais e religiosas, percebe-se que haviam estigmas por parte dos profissionais, sobre a população síria, que foram desconstruídos gradativamente no decorrer do grupo focal:

Os profissionais percebem a importância que especialmente mulheres explicitam de serem aceitas e respeitadas apesar da religião diferente.

E ela explica muito da religião dela, ela fala muito: minha religião é muito linda, muito puro... ela fala, homem quando casa tem que cuidar da mulher, homem tem que dar saúde, homem tem que dar lazer, homem tem que cuidar da esposa, esposa muito bem tratada, isso é o que ela fala, né aquela questão, toda aquela, e eu já achava completamente o contrário, que todas elas eram tristes, infelizes... (F 1.2)

Guedes, Dias e Sousa¹² referem em seu estudo sobre a questão da generalização e preconceito da mídia ocidental contra a população árabe, que no Alcorão (livro sagrado do Islamismo) há um versículo que aconselha as mulheres a se vestirem e a se comportarem com recato, sendo por conta dessa passagem que as mulheres islâmicas usam véus na cabeça (Niqab) e mantos pelo corpo. Contudo, a interpretação ocidental mais radical acredita que essas vestes simbolizam a plena submissão das mulheres aos seus parceiros.

Em uma das falas do grupo focal foi percebida a conexão que existe, no pensamento da população, entre atos terroristas e população árabe. Guedes, Dias e Sousa¹² referem que os acontecimentos recentes nos países árabes colocaram mais uma vez as nações islâmicas em destaque nos principais veículos de comunicação do mundo, entretanto as intenções com as quais as informações são repassadas têm gerado preconceito por parte da população ocidental contra essa cultura, deturpando a imagem real dos acontecimentos naquela região.

Em relação os documentos pessoais, nota-se que muitos dos refugiados sírios que chegam ao Brasil não possuem nenhum tipo de documento e que por esse motivo têm receio de procurar os serviços públicos. Martes e Faleiros¹³ referem que os imigrantes indocumentados têm medo de utilizar os serviços públicos pois acreditam que sofrerão represálias, independentemente do seu nível de escolaridade, lugar de origem ou duração de residência. Dessa forma, têm menor probabilidade de utilizar os serviços de saúde formais, a não ser em casos de emergência.

Quanto aos recursos utilizados para lidar com as dificuldades no atendimento, foram identificadas várias ações dos profissionais da saúde para lidar com a questão da comunicação. Alguns são relacionados à criatividade do próprio profissional de saúde, outros com o emprego de

recursos da comunidade ou pelo esforço do próprio imigrante/refugiado sírio, tais como uso de aplicativos, intérpretes da comunidade, comunicação mediante gestos e em inglês.

Em relação a regularização da documentação, percebe-se que há a preocupação quanto a vacinação. Quanto aos demais documentos não foi evidenciado o empenho da equipe de saúde, fato este que nos permite entender que o atendimento é focado nas questões de saúde não perpassando pelas sociais. Apenas um dos funcionários entrevistados comentou que conhece instituições que regularizam documentações de estrangeiros, entretanto o funcionário não disse se encaminhava os sírios para esse tipo de serviço.

Em relação aos aspectos de interferência na saúde da população síria, Padilla⁸ refere que o estilo de vida bem como suas mudanças, fruto da imigração e da adaptação cultural, são fatores que também têm influência sobre o estado de saúde dos imigrantes. Refere que os padrões de consumo de álcool, tabaco e outras drogas, ou as mudanças do padrão alimentar, dietas e exercícios podem conduzir a problemas de saúde como obesidade ou subnutrição, aumentando o risco para câncer e diabetes. Em nosso estudo, houve relato sobre um alto consumo de alimentos ricos em carboidratos e gorduras, bem como o hábito do tabagismo, fator este que tem influenciado na prevalência de doenças relacionadas aos hábitos e estilo de vida como o diabetes, a hipertensão arterial e problemas respiratórios.

Outro aspecto de interferência diz respeito à religião, à vestimenta e ao véu, vistos como um tabu. Há percepção dos profissionais de que a vestimenta pode mostrar limitação, ou seja, os sírios que se vestem como os brasileiros teriam a mente mais aberta e, portanto, estariam mais preparados para receber orientações em

saúde. Topa, Neves e Nogueira¹⁰ referem que a aculturação tem sido apontada como um resultado esperado do processo migratório, fortemente relacionado com a saúde. Dessa maneira, é esperado que as mulheres se integrem nas culturas receptoras, adaptando-se às suas normas e valores, assim como às suas práticas de saúde. Acredita-se que a capacidade de adaptação dos imigrantes às culturas receptoras está relacionada a menores dificuldades do ponto de vista da acessibilidade aos cuidados de saúde. Essa adaptação não supõe, contudo, o abandono dos valores e das normas das culturas de origem. Os profissionais relataram a prática do Ramadã (ritual de jejum) como um fator de interferência, haja visto que nesse período o consumo de alimentos ocorre em quantidades e frações inadequadas, levando ao ganho excessivo de peso.

Outro aspecto citado foi a violência que aparece sob três perspectivas: intradomiciliar, social e psicológica. Entretanto, em ambas as UBS participantes do estudo sobre a questão da violência não foi aprofundada, talvez por falta de conhecimento e de contato direto com esse tipo de situação, bem como pelo fato de esse tema ser um tabu em nossa cultura.

Incorporação ao SUS, algumas considerações finais

Apesar de se supor que haja um número expressivo de pessoas sírias na região, isso ainda não se reflete nas preocupações de profissionais dos serviços de saúde, tendo em vista que poucos atenderam ao convite para participar do grupo. Acredita-se que isso se deve tanto pela percepção dos profissionais da existência de outras questões prioritárias, quanto pela necessidade de cumprimento de protocolos que tomam o tempo do profissional.

O presente estudo propõe que haja incentivo às equipes que prestam assistência à saúde da população síria, um treinamento sobre a questão da multiculturalidade para melhor acolhimento às demandas dessa população, e que o produto desse estudo subsidie discussões e rodas de conversa nas UBS para sensibilizar os funcionários acerca dessas demandas. Propõe também que seja disponibilizado nas UBS material informativo em vários idiomas sobre Organizações Não Governamentais (ONG) existentes, com os endereços e contatos.

E, por último, pretende-se divulgar os resultados dessa pesquisa em reunião da Supervisão Técnica de Saúde da Mooca Aricanduva, dando uma devolutiva para os trabalhadores participantes.

Entre os fatores que dificultam a incorporação ao SUS das propostas acima descritas destacam-se a primeiro a alta rotatividade de funcionários e segundo a mudança da gestão impactando no processo de trabalho tornando-o fragmentado e raramente complementar respectivamente. Considerando que a cada mudança de governo a equipe da alta gestão responsável pela pasta da Saúde também é reestruturada, os programas de promoção em saúde sofrem impacto conforme as prioridades definidas pelo novo governo.

Os fatores facilitadores vão desde o interesse de aprimoramento profissional por parte da equipe de saúde que presta serviços a essa população para adequação a novas demandas, ao interesse da gestão em garantir esse espaço de discussão, tão importantes na busca por novas tecnologias que facilitem o processo de trabalho e o aprimoramento da atenção integral à saúde.

A aproximação dos serviços de saúde às ONGs que trabalham com essa população é outro ponto importante a ser explorado na tentativa

de formação de uma rede de apoio mais complexa que atenda a um maior número de demandas da população imigrante.

Referências

1. Globo. Número de imigrantes cresceu 86,7% em dez anos no Brasil, diz IBGE. [internet]. São Paulo: 2006. [atualizada em 27/04/2016]. [acesso em 24 ago 2016]. Disponível em: <<http://g1.globo.com/brasil/noticia/2012/04/numero-de-imigrantes-cresceu-867-em-dez-anos-no-brasil-diz-ibge.html>>.
2. Lacerda JMAF, Silva AS, Nunes RVGN. O caso dos refugiados sírios no Brasil e a política internacional contemporânea. *Rev de Estudos Internacionais*. 2015; 6(2):100-16.
3. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ed. Edições 70; 1977.
4. Martes ACB, Faleiros SM. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. *Rev Saúde Sociedade*. 2013; 22 (2): 351-364.
5. Moreira JB. Refugiados no Brasil: Reflexões acerca do processo de integração local. *Rev Interdisciplinar Mobilidade Humana*. 2014; 1 (43): 85-98.
6. Pamplona JB. Erguendo-se pelos próprios cabelos: autoemprego e reestruturação produtiva no Brasil. São Paulo: 2001. In: Pucci FMS. A integração dos Refugiados Sírios em São Paulo. 18. Congresso Brasileiro de Sociologia, Brasília, 26 a 29 de Julho de 2017.
7. Viana LR. O direito de morar no refúgio – a problemática da moradia do refugiado na cidade de São Paulo: saídas individuais ou coletivas? [dissertação]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2016.
8. Padilla B. Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal. *Rev Mobilidade Humana*. 2013; 1(40): 49-68.
9. Pereira GF. O português como língua de acolhimento e interação: a busca pela autonomia por pessoas em situação de refúgio no Brasil. *Rev Caderno de Letras*. 2017; 17 (1):118-134.
10. Topa JB, Neves AS, Nogueira CA. Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. *Rev. Saúde e Sociedade* [internet]. 2013 [acesso em 2 out. 2017]; 22 (2). Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/76434/0>>.

11. Padilha ARS, Silva CCD, Caçador TGV, Lira MMT, Aguiar BS de, Bertão MI, Gaeta RM. Política de saúde para imigrantes e refugiados no município de São Paulo: Relato do processo participativo para a definição das ações de saúde. In: XXX Congresso de Secretários Municipais de São Paulo do Estado de São Paulo. São Paulo, 13 a 15 de abril, 2016.
12. Guedes JV, Dias L, Sousa R. A Mídia Ocidental e os povos Árabes – uma relação de preconceito e generalizações [dissertação]. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. In: XIII Congresso de Ciências da Comunicação na Região Centro-Oeste – Cuiabá – Mato Grosso, 8 a 10 de junho de 2011. [internet].
13. Disponível em: <<http://intercom.org.br/papers/regionais/centrooeste2011/resumos/R27-0044-1.pdf>> Acesso em 13-12-2017
14. Martes ACB, Faleiros SM. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. São Paulo, Rev Saúde e Sociedade. 2013; 22 (2): 351-364.

Arte-cultura como possibilidade terapêutica na qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde mental: avaliação das experiências do município de Carapicuíba – SP

Art-culture as a therapeutic possibility in the quality of life of users of mental health services: evaluation of the experiences of the municipality of Carapicuíba / SP

Vera F. Gonçalves^I, Claudiney Augusto Yamaguti^{II}, Suzana Kalckmann^{III}

Resumo

Este artigo apresenta uma discussão sobre a adoção da Arte-cultura na reabilitação psicossocial de pessoas em sofrimento mental e possibilidade de inclusão da estratégia no SUS a partir de um estudo realizado em Carapicuíba – SP. São apresentados os resultados da avaliação da qualidade de vida de usuários de serviços de saúde mental que frequentam elementos de Arte-cultura por meio da escala reduzida de “Qualidade de Vida WHOQOL-bref”. O estudo se mostrou um dispositivo importante para suscitar e ampliar as discussões, mostrando como a incorporação de outros elementos terapêuticos e não apenas o medicamentoso pode contribuir para a autonomia, independência e qualidade de vida das pessoas em sofrimento mental em toda a rede de atenção a saúde, promovendo mudanças com novas práticas no cuidado e nas políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Arte-cultura, Saúde mental, Terapia pela arte.

Abstract

This article presents a discussion about the adoption of Arte-cultura in the psychosocial rehabilitation of people in mental suffering and possibility of inclusion of the strategy in SUS from a study carried out in Carapicuíba, SP. The results of the evaluation of the quality of life of users of mental health services that attend elements of Art-culture through the reduced scale of “Quality of Life WHOQOL-bref”. The study proved to be an important mechanism to stimulate and broaden the discussions, showing how the incorporation of other therapeutic elements and not only the drug can contribute to the autonomy, independence and quality of life of people in mental suffering throughout the health care network, promoting changes with new practices in health care and public policies.

Keywords: Art-culture, Mental health, Therapy for art

^I Vera Freire Gonçalves (freireverah@ig.com.br) é Médica pediatra, mestre em Saúde Coletiva, pediatra da Prefeitura Municipal de Carapicuíba e de Barueri.

^{II} Claudiney Augusto Yamaguti (claudineyaugusto@yahoo.com.br) é Psicólogo, mestre em Saúde Coletiva, especialista em Psicologia Clínica da Prefeitura Municipal de Itapevi.

^{III} Suzana Kalckmann (suzanak@isaude.sp.gov.br) é Bióloga, mestre em Epidemiologia, doutora em Ciências, pesquisadora científica VI e docente credenciada do Programa de Mestrado Profissional do Instituto de Saúde da SES/SP

Introdução

Críticas de vários setores da sociedade aos atendimentos à saúde mental no Brasil, centralizadas em internações obrigatórias, em um modelo baseado no isolamento, medicalização excessiva, intervenções altamente invasivas, exigiram mudanças estruturais em sua lógica. As mudanças nas práticas em saúde mental foram amplamente incentivadas e defendidas pelos movimentos da reforma sanitária, da luta antimanicomial e pela reforma da psiquiatria². A Reforma Psiquiátrica brasileira, implementada como política pública a partir da promulgação da Lei nº 10.216/2001, possibilitou a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil e criou novos dispositivos de atenção à saúde mental, os chamados serviços substitutivos, cuja perspectiva integralizadora envolve o exercício da cidadania e a integração do usuário na comunidade. Dessa forma, a rede territorial de serviços proposta incluía Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), centros de convivência (CV) e cultura assistida, cooperativa de trabalho protegido (economia solidária), oficinas de geração de renda e residências terapêuticas, descentralizando e territorializando o atendimento em saúde, conforme previsto na lei federal que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Não se pretendia uma reforma de serviços, mas uma reforma do modelo assistencial, sendo fundamental a transformação do lugar social da loucura, da pessoa em sofrimento mental^{2,7,13}.

A reabilitação psicossocial, prática dentro da reforma psiquiátrica, aumenta as possibilidades de recuperação das pessoas em sofrimento mental, com ações envolvendo os indivíduos, seus familiares e a comunidade onde estão inseridos. É um processo de reconstrução, um exercício de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários:

trabalho agregado a um valor social, ambiente físico, rede social e familiar. Além disso, inclui a necessidade de mudanças dos modelos terapêuticos e assistenciais, com a incorporação de novas estratégias para a compreensão da “loucura”, da autonomia e da independência do indivíduo¹.

Neste contexto, a Arte-cultura (AC) no campo da saúde mental tem sido utilizada como instrumento terapêutico para os transtornos mentais, ao ampliar as habilidades, aumentando a autonomia, despertando a singularidade do poder criativo do indivíduo em sofrimento psíquico, sem repressão, mas estimulando a ruptura do isolamento e a inserção social, reinventando seu cotidiano e a própria vida, valorizando o potencial de cada ser humano. Propiciam a eles reflexões e pensamentos críticos essenciais para autonomia, cidadania, inclusão social e qualidade de vida. Várias são as linguagens utilizadas com potencial terapêutico: plástica, sonora, dramática, corporal e literária, envolvendo as técnicas de desenho, pintura, modelagem, construções, sonorização, música, expressão corporal, poesia, entre outros, respeitando os aspectos afetivo, cognitivo, motor, cultural e social das pessoas em sofrimento mental^{6,9,12}.

Esse artigo objetiva discutir e refletir sobre a importância de atividades de arte-cultura inseridas no SUS e sua factibilidade atual, a partir do estudo “Arte-Cultura na qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde mental no município de Carapicuíba – SP⁹”.

Arte-Cultura na Qualidade de Vida dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental no município de Carapicuíba – SP

Este estudo⁹ foi realizado no município de Carapicuíba no período de 20-5-2017 a 30-6-2018 e teve como objetivo central a avaliação

da qualidade de vida segundo a percepção dos participantes – usuários de serviços de saúde mental.

Na fase inicial do estudo houve identificação, mapeamento e descrição das ações, instituições e locais que utilizavam elementos de AC como proposta terapêutica para os indivíduos em sofrimento mental, atendidos pelo SUS, oferecidos pelo município ou em parceria com o setor privado. A partir desse reconhecimento foram selecionados os locais para coleta de dados com os usuários.

O CAPS adulto e o Centro Público de Economia Solidária (CP) foram selecionados devido aos critérios de regularidade da oferta de elementos de AC e maior número de participantes acima de 18 anos que utilizavam a terapêutica.

Os critérios de inclusão dos participantes no estudo foram: ser usuário de serviço de saúde mental SUS, ter 18 ou mais anos de idade, frequentar qualquer atividade de arte-cultura há pelo menos seis meses e aceitar participar.

A avaliação da qualidade de vida foi realizada por meio de entrevista individual, utilizando-se o instrumento de investigação da Qualidade de Vida WHOQOL-bref, (escala do grupo de Qualidade de Vida da OMS), adaptada por Fleck e colaboradores para o Brasil⁶, e um questionário com perguntas que possibilitaram uma caracterização sociodemográfica dos participantes.

Foram realizadas 70 entrevistas, com prévias explanações quanto aos objetivos da pesquisa e formalização da participação por meio

da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no período de 22-5-2017 a 30-8-2017, com duração média de 13 minutos. Dos 70 entrevistados, 92% faziam acompanhamento clínico psiquiátrico e geral, se necessário, no CAPS Adulto, 52,8% realizavam atividades de AC tanto no CAPS quanto no CP. Apenas 21% referiram fazer atividades apenas no CP.

Entre os participantes houve predomínio do sexo feminino (65,7%), de religião evangélica (44,9%), da faixa etária de 30 a 49 anos (54,3%) e, quanto à cor, 45,7% daqueles que se autodeclararam de cor parda. Praticamente todos (98,6%) se consideravam alfabetizados, e destes, a maioria (47,1%) com ensino médio completo. Com relação ao estado civil, 40,6 % referiram estar casados, e do total, 89,8% viviam com familiares e 26,1% disseram não ter filhos.

A maioria (55,9%) recebeu o diagnóstico e tratamento para o sofrimento mental há oito anos ou mais, no total há maior proporção de depressão e esquizofrenia. Todos referiram usar psicotrópicos, muito embora a maioria não soubesse explicitar exatamente o que toma. Por fim, 75,7% referiram participação em quatro ou mais modalidades de AC e 24,3% em até três modalidades. O artesanato (confecção de bolsas de forma manual e de cachecóis, crochê, macramê, panos de prato) é o elemento referido mais utilizado (39%), seguido pela pintura em tecido e tela (21,3%), dança e expressão corporal (14,1%), teatro (11,5%), tear manual (6,1%), música (5,4%) e 2,6% futebol (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos usuários de Saúde Mental e atividades de Arte-cultura segundo variáveis sócio demográficas selecionadas, Carapicuíba, 2018.

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	46	65,7
Masculino	24	34,3
Idade (anos)		
18-29	04	05,7
30-49	38	54,3
50-64	28	40
Cor auto referida		
Branca	26	37,1
Preta	12	17,1
Parda	32	45,7
Sabe ler		
Sim	68	98,6
Não	01	01,4
Escolaridade		
Fundamental incompleto	18	25,7
Fundamental completo	04	05,7
Médio incompleto	07	10
Médio completo	33	47,1
Superior	08	11,4
Religião que frequenta		
Sem religião	11	15,9
Católica	18	26,1
Evangélica	31	44,9
Espírita	04	05,8
Mais de uma religião	05	07,3
Estado civil		
Solteiro	20	29,0
Casado	28	40,6
Amigado	08	11,6
Viúvo	08	11,6
Separado	05	07,2
Vive com família		
Sim	62	89,8
Não	07	10,2

Variável	N	%
Número de filhos		
Não tem filhos	18	26,1
01	15	21,7
02	11	15,9
03	16	23,2
04	04	05,8
05	05	07,2
Arranjo familiar - moradia		
Parceiro, filhos e/ou netos	32	46,4
Mãe e irmão	18	26,1
Mãe e filho	04	05,8
Pais, filhos e netos	03	04,3
Irmãs e sobrinhos	04	05,8
Amigos	06	08,7
Sozinho	02	02,9

Avaliação de Qualidade de Vida

Na segunda parte da entrevista foi aplicada a escala reduzida de avaliação de Qualidade de Vida (QV) – WHOQOL-bref.³ Os resultados foram obtidos pela média das duas questões gerais de QV e das médias das 24 facetas dos quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5), em que quanto maior a pontuação melhor a QV. Os entrevistados avaliaram a própria qualidade de vida global (escore 4,0), um ponto percentual mais alto quando comparada à percepção geral da saúde (escore 3,0). Quando a avaliação foi realizada por domínios, houve empate dos domínios psicológico e meio ambiente (escore 3,6), ligeiramente abaixo dos domínios físico e de relações sociais (escore 4,0).

Avaliação Espontânea dos Participantes (Relatos Pessoais) sobre as Atividades de AC

Alguns participantes, de modo espontâneo¹¹, expressaram a importância da AC em suas vidas, fornecendo elementos de como essa

proposta contribuiu na socialização, aumento de autoestima, fonte de recursos financeiros e diminuição de medicamentos.

“Estou muito feliz em vir aqui, estou usando menos medicação, consigo fazer minhas coisas mais sozinha, vou embora pra casa sozinha. Consigo ficar feliz pelo nascimento de minha neta.” (RMPC);

“O Centro Público me deixa feliz, com liberdade, realizada, sei que posso fazer!” (MAFD);

“Este lugar é o ponto de apoio para conversar, me sentir bem, ajudar outras pessoas, trabalhar e me sentir útil.” (RFL);

“Gosto muito de vir para a terapia, para o artesanato, fico feliz, alegre, motivação pra viver.” (MJRC);

“Depois que meu esposo faleceu, o CAPS me faz bem, gosto do artesanato, das coisinhas que a gente faz aqui. Gosto de conversar com as professoras e os outros pacientes. Até tô falando no teatro (risos).” (DJS);

“Estou muito feliz, com isso até arrumei um marido (risos).” (NAR);

“As atividades que não usam remédios, no CAPS, foram fundamentais para resgatarem a minha vida.” (PRA);

“Querida mais atividades até fora do CAPS, tinha um lugar ótimo, não sei o que aconteceu, me sinto muito bem em fazer as bolsas, pintar, me distrair, fico feliz. Assim sei que posso.” (MRA);

“Sinto falta quando não venho.” (FAP).

Como e por que expandir as atividades de AC-SUS para outros municípios?

A avaliação da qualidade de vida, com utilização de instrumentos que traduzem a percepção e a subjetividade dos indivíduos levando em consideração os aspectos psicológicos e físicos com suas interrelações sociais e a influência do meio ambiente, é um instrumento eficaz para o conhecimento da realidade dos integrantes de um grupo ou comunidade. No estudo realizado⁵, o instrumento de avaliação de Qualidade de Vida WHOQOL-bref traduziu as percepções dos indivíduos em sofrimento mental e que utilizavam elementos de AC nos serviços de Saúde Mental no município de Carapicuíba. Somado a estudos realizados por outros autores¹³, há evidências de que a manutenção e a preservação da capacidade funcional em desempenhar as atividades diárias prolongam a independência dos indivíduos. Trata-se de um importante fator de impacto positivo na avaliação da Qualidade de Vida, associado a uma rede de apoio social fortalecida, composta por amigos e familiares, que juntos, repercutem positivamente na percepção da qualidade de vida, ao mesmo tempo em que déficits acentuados nas relações sociais impactam negativamente tanto

no tratamento quanto na percepção⁴. Sabe-se, porém, que os instrumentos para avaliação da Qualidade de Vida são sensíveis às mudanças de saúde durante o tratamento nos indivíduos com doenças mentais, principalmente nos pacientes deprimidos ou com transtornos de humor, fornecendo informações sobre a melhora ou piora do funcionamento psicossocial na medida da oscilação da percepção da qualidade de vida⁴. Nos indivíduos com esquizofrenia, a percepção da qualidade de vida é menos satisfatória do que a população em geral, mais pronunciada nos domínios psicológico, meio ambiente e físico relacionadas as questões ocupacionais, perdas funcionais, perdas das habilidades laborais e afetivas.

De modo geral, a expectativa no trabalho de AC com pessoas em sofrimento mental é a possibilidade de ampliar os recursos e melhorias dos processos de reabilitação psicossocial, mensuráveis quantitativa e qualitativamente pela percepção da qualidade de vida, aumentos de autonomia e independência, bem como socialização de modo satisfatório.

Sabe-se, contudo, que as relações contratuais entre os setores público e privado geralmente são frágeis e sujeitas à influência de inúmeros fatores, como questões orçamentárias e políticas, muitas vezes de difícil compreensão e até aceitação, principalmente em se tratando de saúde mental, que envolve estigmas e preconceitos¹³. A partir dos resultados do estudo municipal⁵, concluiu-se que a AC não foi implantada e incorporada como política pública de saúde. Requer, além do relato de iniciativa política¹, validação da técnica como recurso terapêutico, incorporação da prática pelos trabalhadores, (re)validação e pactuação política de modo não partidário e estabelecimento de parcerias público-privadas mais fortalecidas, bem como difusão da práxis dentre os usuários dos serviços de Saúde Mental. Sugere-se, ainda, que sejam divulgadas as experiências, exitosas ou

não, do uso da AC na terapêutica em saúde mental e sua correlação com qualidade de vida a fim de ampliar a implantação nas Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) municipais com características e necessidades de saúde semelhantes.

Apesar das dificuldades e desafios de um município com a menor renda per capita da Região de Saúde – Rota dos Bandeirantes, com grande densidade demográfica, com áreas de grande vulnerabilidade social, ainda em transição de cidade dormitório, o recurso terapêutico de AC é utilizado há muitos anos associado à clínica tradicional, nos vários pontos da Rede de Atenção à Saúde, desde a Atenção Básica até a atenção especializada, em parceria também com setores privados, indo ao encontro do que é preconizado pela RAPS^{7,10}.

Considera-se a importância de que outros estudos sejam incorporados à experiência relatada, como a percepção dos técnicos em saúde quanto à reabilitação psicossocial, percepção dos familiares e dos gestores, compreendendo tanto o instrumento em si, a motivação dos envolvidos quanto os entraves institucionais na implantação/implementação.

Referências

1. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. *Cad. Saúde Pública*. 2008 abr; 24(4):941-3.
2. Berlinck MT. A reforma psiquiátrica brasileira. *Rev Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2008; 11(1):21-7.
3. Brito F. A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: CEDEPLAR-UFMG; 2007.
4. Calman KC. Quality of life in cancer patients. *J Med Ethics*. 1984;10(3):124-7.
5. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHO-QOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(6):793-9.
6. Castellanos PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: Barata RB, organizador. *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1997.
7. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-bref). *Rev de Saúde pública*. 2000; 34(2):178-83.
8. Fundação Seade. Portal de estatísticas do estado de São Paulo, perfil municipal [internet]. [S.l.]; 2015. [acesso em 04 jun de 2019]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/>.
9. Galvanese ATC, D'Oliveira AFPL, Lima EMFA, Pereira LMF, Nascimento AP, Nascimento AF. Arte, saúde mental e atenção pública: traços de uma cultura de cuidado na história da cidade de São Paulo. *História, ciências e saúde*. 2016; 23(2):431-52.
10. Gonçalves VF. Arte-Cultura na qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde mental no município de Carapicuíba – SP.[dissertação]. São Paulo: Instituto de Saúde de São Paulo; 2018.
11. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Dados São Paulo – Carapicuíba. [S.l.]; [s.d.] [acesso em 3 jun 2018]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=352250&search=sao-paulo%257Citapevi%257Cinfograficos:-informacoes-completas>.
12. Minayo MCS, Hart ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Rev Ciência saúde coletiva*. 2000; 5(1):7-18.
13. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e política. *Rev Ciência Saúde Coletiva*. 2011; 16(12):4579-89.
14. Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.

Da história da loucura à reforma psiquiátrica no SUS: avanços e retrocessos nos modelos assistenciais em saúde mental em Guarulhos

From the madness history to SUS's Psychiatric Reform: advances and setbacks on the care models of Guarulhos's Mental Health

Helena Saroni^I, Tereza Etsuko da Costa Rosa^{II}

Resumo

A pesquisa apresenta de forma crítica a história da Saúde Mental no município de Guarulhos entre os anos de 1918 e 2016. Utilizamos uma abordagem metodológica qualitativa tendo como estratégias de coleta de dados entrevistas abertas e análise documental. Realizamos 27 entrevistas com 36 atores-chave, totalizando 39 horas de áudio. Encontramos importantes documentos sobre a história da Saúde e da Saúde Mental em Guarulhos em Arquivos Históricos do Estado de SP e do município, em arquivos de funcionários da saúde e na própria Secretaria Municipal de Saúde. Revelamos quatro modelos assistenciais que permearam as Políticas Públicas em Saúde Mental no período e concluímos que Guarulhos, assim como muitos municípios brasileiros avançou, retrocedeu e reconstruiu práticas de atendimento permeadas pelo estigma do louco perigoso e desumano retratado por Foucault. Porém, mesmo sem nunca ter superado a problemática das práticas de exclusão, implantou importantes serviços e equipamentos baseados em uma Política Pública de Saúde Mental humanizada e libertadora iniciada nos anos 1970 e 1980 no Brasil. Por ser uma das primeiras análises sistematizadas sobre o tema, mostraremos, a seguir, a importância da pesquisa e seus desdobramentos.

Palavras-chave: Saúde Mental, Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica, Sistema Único de Saúde (SUS), História de Guarulhos.

Abstract

The research presents in a critical way the history of Mental Health in Guarulhos's county between years of 1918 and 2016. We've used a qualitative methodology approach with open interviews and documental analysis as the strategy for collecting data. We've conducted 27 interviews with 36 key-actors, summing up to 39 hours of audio. We've founded important documents about the history of Health and Mental Health in Guarulhos on the historical archives of Sao Paulo State and County, on the health employee's archives and on the Municipal Health Secretary. We've revealed four care models that permeated public policies of mental health in the period, and concluded that Guarulhos, as like many other Brazilian's counties advanced, setback and rebuilt care practices permeated by the dangerous and inhuman madman portrayed by Foucault. But, even without having overcome the problematic of exclusion practices, has implemented important services and equipment based in a humanized and liberating Mental health public policy initialized in the years of 1970 and 1980 in Brazil. For being one of the first systematized analyzes of the theme, we will show, next, the importance of research and its unfolding.

Keywords: Mental health, Sanitary reform, psychiatric reform, Health Unic System (SUS), Guarulho's history.

^I Helena Saroni (hsaroni@gmail.com) é psicóloga formada pela PUC/SP em 2001, foi bolsista Fapesp no Aprimoramento Multiprofissional em Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SESSP) entre 2002 e 2004 e Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde (SES/SP) em 2018. Atua no SUS do município de Guarulhos desde 2007.

^{II} Tereza Etsuko da Costa Rosa. (tererosa@isaude.sp.gov.br) é psicóloga pelo Instituto de Psicologia da USP Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública/USP Pesquisadora Científica VI e Diretora do Núcleo de Investigação em Práticas de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Introdução

Gostaríamos, primeiramente, de apresentar ao leitor a trajetória profissional da principal autora desse trabalho não apenas para mostrar o caminho percorrido até chegar ao objeto de pesquisa, mas também para registrar um percurso de aprendizagem e dificuldades pelo qual muitos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) passa e que nem sempre é compartilhado por meio do registro escrito. Entendemos ser uma oportunidade de mostrar a outros profissionais da área e ao público em geral, a complexidade que é adentrar nesse âmbito e os diversos debates que podemos levantar sobre a implantação de Políticas Públicas na área da Saúde.

Um profissional engajado num serviço público de saúde se obriga, impulsionado pela preocupação em responder com qualidade aos casos que chegam um após o outro, a aprender sobre todo o contexto envolvido (sobre o SUS, sobre a rede de saúde do município e sobre a assistência em saúde mental na atenção básica). Muitas vezes, esse conhecimento é desenvolvido com os colegas mais próximos, pois estar na ponta pode significar estar apartado do contato com a gestão responsável pelo território de saúde em que se trabalha. Isso significa que, se por um lado, há grandes aprendizagens, por outro, também há solidão e sofrimento ao se deparar com um número enorme de casos que não cabe na agenda de atendimentos. Pessoas com diferentes graus de sofrimento psíquico procuram a Atenção Básica. O cuidado em saúde exige do profissional, engajado com os princípios do SUS, um olhar ampliado e integral sobre o processo saúde-doença para além da psicoterapia ensinada nas academias e, conseqüentemente, exige uma articulação de redes de cuidado (redes sobre as quais só se aprende na prática).

Após quatro anos de sua admissão no SUS, trabalhando em um serviço de DST/HIV, na Atenção Básica e ter assumido um cargo de gestão em

saúde mental, em abril de 2011, assume a gerência de uma UBS com quatro Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo como referência um NAAB^{III}. As condições de trabalho se mantem relativamente semelhante aos anos anteriores, com ausência de capacitação institucional em temas importantes à sua prática e, agora, sobre gerência de UBS, sobre os sistemas de informação que deveria dominar, bem como sobre ESF ou Política Nacional da Atenção Básica. Os conhecimentos da profissional de saúde sobre ESF, em grande parte, se resumem aos adquiridos na graduação (no caso desta profissional, entre os anos de 1997 e 2001) nos estágios. Eram muitas perguntas à equipe técnica de apoio da gestão local, porém, só conseguimos ter dúvidas daquilo que conseguimos captar no mundo. Se desconhecemos a existência de algo, não temos a escolha da dúvida para o processo de aprendizagem daquilo. A falta de conhecimentos básicos da profissional como gerente de UBS, sobre os temas acima pontuados dificultou o planejamento e a execução de algumas ações de cuidado em saúde pela equipe da UBS.

Um ano e meio como gerente que pode ser contado como mais uma graduação. Quanta aprendizagem! Quantos sustos! Quantos sistemas de informação! Quantos embates, brigas, ações de cuidado em saúde, mas, também, prêmios e projetos executados pela equipe de quase cinquenta funcionários!

Em janeiro de 2013, nova conjuntura e a profissional assume a Coordenação de Saúde Mental municipal, na sede da Secretaria de Saúde. Mais uma faculdade: a gestão municipal.

Em outubro de 2015, em face do Dia Mundial da Saúde Mental, durante os preparativos

^{III} Em dezembro de 2009, a Secretaria Municipal de Saúde inicia a contratação das equipes NASF por meio de concurso público. Guarulhos implanta, na mesma época, os NAAB – Núcleos de Apoio da Atenção Básica para as Unidades Básicas de Saúde que funcionam no modelo tradicional de assistência ou UBS com ESF que estavam incompletas. Ambas as equipes de NASF e NAAB seguiam os mesmos princípios do NASF.

para a realização de um evento para contar a história da saúde mental na cidade, os profissionais depararam-se com um grande obstáculo: não encontravam documentos oficiais, revistas ou livros que, de alguma forma, viessem a contribuir na construção do evento.

Na época, a Secretaria de Comunicação, em parceria com a Secretaria da Saúde, elaborou um vídeo (um curta) de aproximadamente 16 minutos, chamado “Saúde Mental em Guarulhos”^{IV}, baseado em entrevistas com profissionais dos serviços de saúde mental do município.

Apesar do entusiasmo do grupo responsável pela organização do evento por estar, pela primeira vez, produzindo um material institucional sobre a história da saúde mental em Guarulhos, permaneceu o sentimento de que era apenas o início da história e que não poderia deixar passar muito mais tempo para contá-la, pois a memória do que havia acontecido no município estava viva com os profissionais que haviam feito parte dela, e não nos arquivos.

Esse foi o contexto e a trajetória da pesquisadora principal, que a levou como coordenadora da Rede de Atenção Psicossocial de Guarulhos, cargo que ocupou até maio de 2017, a sistematizar essa história, para que todos os interessados em estudar, analisar e avançar nas Políticas Públicas na área da Saúde Mental do município pudessem utilizar essas informações.

Guarulhos é a segunda maior cidade do estado de São Paulo com 1.337.087 habitantes em 2016 (projeção do IBGE com base no Censo 2010) e o 13º PIB do Brasil^V. Apesar desse grande desenvolvimento populacional e econômico,

muito de sua história ainda não foi sistematizada. Maiara Albuquerque¹ (2014), ao escrever sobre o **Patrimônio Cultural de Guarulhos**, também aponta a dificuldade em encontrar fontes, dados e informação sobre a história da cidade.

Assim, o objetivo geral da pesquisa foi sistematizar de forma crítica a história da Saúde Mental no município de Guarulhos entre os anos de 1918 e 2016. O ano de 1918, por ser a data do primeiro registro encontrado de uma instituição voltada ao tratamento de pessoas com transtornos mentais no município. Já o ano de 2016 foi escolhido por se tratar do último ano da pesquisadora no cargo de coordenação na Rede de Atenção Psicossocial na Secretaria Municipal de Saúde, além do fato de em 2017, a direção dos resultados das eleições municipais e o *Impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff, anunciarem o início de um novo contexto político.

Ainda, essa pesquisa, ao fomentar uma análise crítica sobre as Políticas Públicas de Saúde Mental pretende contribuir para que novas propostas surjam, e para o avanço das mesmas, além de estimular o debate sobre o SUS e a Saúde Coletiva no Brasil, no Estado de São Paulo e no município de Guarulhos.

Assim, ao refazer a trajetória da assistência em saúde mental do município, a pesquisa desvela que, assim como em muitas localidades brasileiras, Guarulhos reproduziu, avançou e retrocedeu em relação aos modelos de assistência em saúde mental, justamente por suas conexões com a História da Loucura² e, principalmente, com a história do SUS no Brasil e no Estado de São Paulo.

^{IV} O vídeo está disponível no link: <https://www.youtube.com/watch?v=-g2n12Btxuw&t=14s>

^V De acordo com os dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o Produto Interno Bruto (PIB) de Guarulhos em 2013 alcançou a marca de R\$ 49,4 bilhões, situando-se na 13ª posição do ranking nacional, e em 4º entre municípios paulistas, sendo o 3º em Valor Adicionado Industrial e o 5º em Serviços (dados do site da Prefeitura de Guarulhos – acesso em 17-11-2017).

A estrutura da pesquisa

O fato de não termos muitos registros sobre a história dos serviços de saúde mental no município e o fato de essa pesquisa ser o

primeiro documento sistematizado sobre o tema fez com que tomássemos a decisão de estudar em extensão e não em profundidade a história das Políticas Públicas de Saúde Mental, ou seja, ampliar o tempo de história a ser analisado em detrimento de estudar em detalhe uma época restrita. Acreditamos que estudar um grande período de tempo em diferentes contextos políticos tenha sido um dos primeiros problemas metodológicos enfrentados.

Em termos de quadro referencial, o objeto de pesquisa demandou conceitos e concepções sobre a loucura ao longo do tempo e no contexto nacional, sobre a Reforma Psiquiátrica dos anos 1970 e 1980, sobre a Reforma Sanitária e sobre a constituição do SUS, com ênfase no Estado de São Paulo e no município de Guarulhos.

Para a realização dessa pesquisa percorremos um longo caminho. As balizas dessa trajetória foram: cronologia de abertura e fechamento dos diversos equipamentos e serviços de saúde mental ao longo de quase cem anos no município.

Diante da escassez documental sobre a história da saúde mental em Guarulhos, recorreremos à memória dos funcionários que a vivenciaram, portanto, trata-se, de uma pesquisa de abordagem metodológica qualitativa utilizando, como estratégias de coleta de dados, entrevistas abertas e análise documental.

Para a seleção dos entrevistados utilizamos, inicialmente, 4 profissionais que haviam participado do vídeo institucional em 2015. A partir deles, identificamos um total de 36 atores-chave, dos quais, 29, continuavam trabalhando em diferentes cargos de gestão, equipamentos e serviços de saúde mental de assistência direta à população. Dessa forma, conseguimos cobrir um período de 40 anos, entre 1976 e 2016. Foram coletadas, aproximadamente, 39 horas de áudio e perto de 200 páginas de transcrição, cujos trechos mais significativos foram publicados no corpo da

dissertação de mestrado^{vi} para ilustrar e facilitar a compreensão da análise realizada.

As entrevistas não foram analisadas em relação ao discurso e linguagem utilizada, pois nesse momento não nos interessava saber sobre o seu conteúdo latente. Optamos pela análise de conteúdo que se utiliza da análise por categorias temáticas (Caregnato e Mutti, 2006)³. Levantamos 34 categorias temáticas.

A pesquisa documental foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), no Arquivo Histórico do Estado de São Paulo, no Arquivo Histórico do Município de Guarulhos, nos arquivos do Instituto de Psiquiatria de Guarulhos e arquivos pessoais de funcionários da SMS. Foi interessante encontrar no Arquivo Histórico Municipal um documento sobre o ambulatório de saúde mental e alguma história sobre a saúde pública municipal em revistas e livros.

Foi muito envolvente perceber que muitos profissionais estavam dispostos a serem entrevistados e colaborarem com a pesquisa, fornecendo-nos documentos e fotos pessoais do período que eles ou familiares atuaram como profissionais da rede. Foi por meio dessa contribuição que pudemos sintetizar a cronologia de abertura e fechamento dos serviços e equipamentos de saúde geral e de saúde mental. Os documentos pessoais disponibilizados possuem um grande valor histórico e os relatos de experiências riquíssimos para o detalhamento da rede, seu funcionamento e a articulação entre os equipamentos. Os relatos foram emocionantes, não apenas pelo conteúdo, mas também pela vivacidade daquilo que estava em suas memórias há tantos anos.

^{vi} Saroni H. Políticas públicas de saúde mental em Guarulhos: uma perspectiva histórica. [dissertação]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/IS/SES-SP São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2016. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/resumos-e-dissertacoes-turma-2016/saroni_dissertacao.pdf

Se por um lado encontramos estes facilitadores, por outro nos deparamos com algumas barreiras como a exiguidade de informações e documentos históricos publicados sobre os serviços de saúde mental e serviços de saúde em Guarulhos. Apesar de encontrarmos materiais e documentos importantes, os mesmos, em sua maioria, não estão acessíveis ao público em geral, pois permanecem guardados em arquivos pessoais ou institucionais como na SMS. Além disso, quando acessíveis, como no Arquivo Histórico Municipal, carecem de análises e sistematizações. Os dados encontrados estão brutos e, por isso, demandam mais tempo de análise.

Dessa forma, destacamos como outra barreira, o tempo disponível para a pesquisa e análise. Não sabíamos quais as informações e documentos que encontraríamos, assim como não havia um número limite de pessoas a serem entrevistadas e como, em poucos meses, levantamos muito material, o tempo ficou curto para sistematizações e aprofundamento em alguns pontos da pesquisa.

Resultados e discussão

Ao final da pesquisa pudemos visibilizar quase 100 anos de história de saúde mental de Guarulhos, as instituições que fizeram parte ou que permanecem como expressão das Políticas Públicas de Saúde Mental da sua época. Por sua vez, essas Políticas Públicas simbolizam as concepções sobre a loucura, vigentes em cada momento histórico e influenciadas, mais ou menos, direta ou indiretamente, pelo estigma do “louco” perigoso e sem reconhecimento enquanto sujeito. Percebemos que esse estigma esteve presente durante todos esses anos no município, em parte, disfarçado sob as práticas e discursos de preocupação e cuidado com o paciente, apoiados por parte de profissionais de saúde e da população.

Apresentamos a seguir os quatro grandes momentos de Políticas Públicas em Saúde Mental identificados no município de Guarulhos.

No Modelo Manicomial, entre 1918 até o final da década de 1970, tivemos em Guarulhos apenas dois equipamentos, sendo um deles, o Sanatório São Pedro e São Paulo que iniciou suas atividades em 1918 e encerrou suas atividades pouco antes de 1930. O outro foi o Instituto de Psiquiatria de Guarulhos (IPG) que iniciou suas atividades em 1967 e permaneceu no município até 1994. A primeira instituição representou o que chamamos de “os primórdios das terapêuticas”, quando a maioria das instituições que prestavam atendimento em saúde mental no Brasil era de cunho religioso. No caso de Guarulhos, o Sanatório São Pedro e São Paulo era de doutrina espírita. É nessa época também que se inicia um debate no Brasil sobre concepção de loucura. Tendo a psiquiatria, enquanto área médica e científica, reivindicado esse saber para si, a loucura passa a ser explicada como uma doença mental. Nessa época inicia-se a criação de hospitais psiquiátricos, que, no caso de Guarulhos, foi representado pelo IPG. O histórico desinvestimento financeiro brasileiro na área da saúde, somado aos interesses de grupos de empresários, donos de hospitais especializados, dificultaram a fiscalização dessas instituições por parte do poder público. Esse contexto favoreceu um grande número de internações psiquiátricas sem critérios clínicos, além de maus tratamentos aos pacientes internados.

A esse momento histórico brasileiro foi dado o nome de Indústria da Loucura e em contraposição a essa Política Pública que produzia violências contra os pacientes, grupos de pesquisadores, trabalhadores da saúde e sociedade civil se uniam para denunciar os hospitais, debater novas formas de assistência e reivindicar dignidade humana para pacientes internados em hospícios.

Foi o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial cujo ideário foi inscrito pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica.

Nesse cenário chega a Guarulhos, na década de 1980, por meio de Políticas de Saúde do Governo do Estado de São Paulo, os primeiros serviços extra-hospitalares: o ambulatório de saúde mental e as primeiras equipes mínimas de saúde mental para atuarem na Atenção Básica. Consoante com a política estadual, Guarulhos, na década de 1990, recebe novas equipes mínimas de saúde mental para a Atenção Básica, implanta o primeiro Pronto Socorro Psiquiátrico Municipal, o Hospital Dia e o Núcleo de Atenção e Prevenção ao Abuso de Drogas (NAPAD). Além disso, estabelece o fechamento do Instituto de Psiquiatria de Guarulhos em 1994. Essas ações caracterizam o segundo modelo de assistência em saúde mental em Guarulhos.

Apesar do importante avanço, os novos equipamentos implantados nas décadas de 1980 e 1990, ao longo dos anos de funcionamento, foram cristalizando algumas práticas contrárias às concepções que os alicerçavam, no âmbito de uma nova Política Pública de Saúde Mental. Em última instância, algumas práticas assistenciais não consideravam os pacientes enquanto sujeitos de direitos ou sujeitos autônomos.

O terceiro modelo se inicia nos anos 2000, a partir da Lei 10.216 que institui o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivo essencial do modelo assistencial em saúde mental a ser adotado nacionalmente. Assim, em Guarulhos, sob forte indução do Ministério da Saúde para a expansão de tais serviços, o Hospital Dia e o NAPAD são transformados em CAPS. Porém, até 2016, apenas outros quatro CAPS são implantados.

Importante ressaltar que grande parte dos avanços das Políticas Públicas de Saúde Mental em Guarulhos nas décadas de 1980 a 2000 se deu por envolvimento de profissionais do ambulatório

de saúde mental de Guarulhos (de gestão estadual), os quais eram engajados com o Movimento da Reforma Psiquiátrica. Esse grupo de profissionais assumiu cargos de gestão em nível estadual, na década de 1990, ficando como responsáveis pelo território sanitário que incluía o município de Guarulhos. A partir dos anos 2000, o mesmo grupo assume a gestão da Secretaria Municipal de Saúde e pode iniciar a implantação dos CAPS e do TEAR (composição das palavras TErapia e ARte).

O quarto e último modelo assistencial que destacamos, inicia-se entre o final de 2009 e começo de 2010 com a implantação das equipes NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família – que traz uma nova lógica para a assistência na Atenção Básica de Saúde, calcada em uma visão de ser humano e de saúde mais ampliada. A partir desse momento, percebemos que há uma Política Pública de Assistência em Saúde que considera, pelo menos em retórica, o acolhimento, acompanhamento e atendimento dos casos de saúde mental pela equipe da Atenção Básica, seguindo os critérios de avaliação de risco, sinais e sintomas de cada caso. Essa fase evidenciou, de forma mais categórica, a dificuldade e os preconceitos que atravessam o universo de trabalhadores da saúde, quando tratamos do atendimento de pacientes com transtornos mentais. A dificuldade dos profissionais da saúde atuantes na Atenção Básica já era observada desde a chegada das primeiras equipes mínimas de saúde mental, na década de 1980, e a abertura dos CAPS em 2000. No entanto, com a implantação dos NASF e a consequente mudança nos processos de trabalho das equipes da Atenção Básica, essa dificuldade e resistência ao atendimento de casos de saúde mental emergiram ao mesmo tempo em todo território da saúde municipal.

Para além dos períodos históricos e de reestruturação dos serviços, observamos que o estigma do louco perigoso e improdutivo aparece em

todos os modelos. E assim, com o medo e/ou recusa a prestar assistência a essas pessoas, os profissionais de saúde reproduzem o estigma e não consideram essa parcela humana enquanto sujeitos de direitos ou de desejos. Não porque os dispositivos posteriores ao hospício não tivessem sido delineados como lugares de acolhimento, de cuidados e de trocas sociais, mas porque outros atravessamentos dificultaram a superação efetiva do modelo biomédico asilar em direção a um sistema de serviços de saúde e de atenção psicossocial.

A esse propósito, outro aspecto relevante a ser considerado é que o desenvolvimento econômico da cidade não assegurou qualidade de vida à maior parte da sua população. Ao final da década de 1950, Guarulhos já estava entre os dez maiores PIB do Brasil, mostrava significativa expansão urbana e uma população estimada de 100 mil habitantes. No entanto, a assistência à saúde não foi acompanhada à altura do desenvolvimento econômico. Nessa época era comum a expressão “doentes do mato”, referência a pessoas que não tinham mais a quem recorrer a não ser a acolhida da Igreja e da Polícia, após tentarem tratamentos com chás e benzedoiras, que eram os únicos meios disponíveis⁴. Construção de estradas e do aeroporto com dinheiro público para facilitar o escoamento da produção de empresas locais e da capital foi priorizada em detrimento do investimento na assistência à saúde. Atualmente, Guarulhos se mantém na lista dos dez municípios mais ricos do País, entretanto a qualidade de vida da maior parte de sua população ainda é precária, os serviços públicos de saúde e de saúde mental, que tratamos nessa pesquisa, continuam insuficientes.

Os desdobramentos da pesquisa

Desde o início entendíamos a importância do objeto dessa pesquisa, visto que não havíamos encontrado muita informação sobre o tema.

Porém, para nossa surpresa, encontramos material suficiente para ser analisado e contribuir para preencher uma lacuna na história da saúde e da saúde mental em Guarulhos.

Realizamos três apresentações da pesquisa no município durante o ano de 2018. A primeira apresentação foi realizada em uma reunião de trabalhadores do SUS de uma das quatro Regiões de Saúde de Guarulhos, onde alguns trouxeram outras histórias sobre a abertura e fechamento dos equipamentos e serviços, além de lembranças sobre o contexto político e social do município em determinado período do tempo. Somaram novos elementos que complementavam as histórias analisadas na pesquisa e o momento propiciou a troca de experiências, a ressignificação do vivido e o reconhecimento dos atores que fizeram a história. A segunda exposição ocorreu no mês de maio de 2018 dentro da programação municipal do 18 de Maio – Dia Nacional da Luta Antimanicomial. A apresentação aconteceu simbolicamente dentro do Hospital Municipal de Urgências (HMU), onde, atualmente, está alocada uma das principais enfermarias psiquiátricas de Guarulhos, em atividade desde a década de 1990, alocada em diferentes locais do município. A maioria dos profissionais presentes era recém-contratados no HMU e muitos não conheciam a rede de saúde mental da cidade. Além deles, estavam presentes alguns familiares de pacientes internados naquela enfermaria. Após a exposição e durante a abertura para dúvidas, impressões e contribuições, os novos funcionários avaliaram nossa pesquisa de maneira positiva, pois estavam conhecendo uma história de extrema relevância ao trabalho deles. Já para os familiares, gerou uma conscientização sobre o papel deles, enquanto sociedade civil, para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e do SUS. Outra situação propiciada pela apresentação da pesquisa se deu por meio da participação

de uma funcionária entrevistada durante a pesquisa, que se sentiu à vontade para detalhar sua experiência de dor e sofrimento e recontar sua experiência naquela enfermaria. Nesse momento, percebemos que a apresentação não contribuiu apenas para a complementação de alguns fatos, mas, proporcionou, principalmente, um acolhimento de suas angústias e um reconhecimento da importância daquela profissional dentro da história da saúde mental do município e, mais ainda, na história daquele local de trabalho que era tão novo para a maioria dos que estavam presentes. E a terceira apresentação foi uma aula dentro do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde com foco na Saúde Mental do município e que, segundo a avaliação dos residentes, deve ser ampliada, não apenas em carga horária, mas também para outros programas de residência da Secretaria de Saúde.

Dessa forma, entendemos que estamos atingindo nosso objetivo ao divulgar as informações que sistematizamos, proporcionando de-

bates sobre o SUS e a Saúde Mental. Porém, também ficamos agradecidos de poder resignificar vidas e mostrar como o SUS pode proporcionar saúde de diversas formas, por meio da apresentação de uma pesquisa realizada, em diferentes contextos e com públicos heterogêneos. Estamos mostrando a potência do SUS.

Referências

- 1- Albuquerque MS. O patrimônio cultural de Guarulhos criado pelo Decreto 21.143/2000. São Paulo: Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, 2014. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso em História.
- 2- Foucault M. História da loucura: na idade clássica. São Paulo: Perspectiva; 2014.
- 3- Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. Rev Texto Contexto Enferm [internet]. 2006 out.-dez. [acesso em 14 dez. 2017]; 15(4):679-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>.
- 4- Ranali J. Repaginando a História. São Paulo: Soge; 2002.

Grupos de reflexão em Saúde Mental: possibilidade de interlocução entre a Saúde Mental e a Atenção Básica no município de Itapevi – SP

Mental health reflection groups: possibilities for interlocution between mental health and primary health care in Itapevi municipality - SP

Claudiney Augusto Yamaguti^I, Maria de Lima Salum e Morais^{II}

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo relatar a pesquisa-intervenção conduzida com uma equipe de Saúde da Família no que se refere às ações de Saúde Mental na Atenção Básica. A pesquisa foi desenvolvida no Município de Itapevi – SP. Para tal, foram realizados cinco grupos de reflexão com a equipe. Verificou-se nas discussões: pouca capacidade de identificação das demandas e riscos em saúde mental; tendência à medicalização do sofrimento mental; sentimento de impotência dos trabalhadores; inexpressiva participação dos usuários nos próprios tratamentos; discussões centradas nos casos graves; fragmentação do cuidado; práticas de promoção de saúde pouco consolidadas; diretrizes genéricas e falta de detalhamento dos fluxos de atenção e do tipo de abordagem terapêutica a ser utilizada em cada situação. Apesar dos problemas relatados, o trabalho possibilitou avanços na discussão da temática proposta, mudanças de percepção dos trabalhadores em relação à pessoa com sofrimento mental e a mobilização dos recursos internos dos trabalhadores para lidar com situações relacionadas com a saúde mental dos usuários. O trabalho foi apresentado para gestores do município, denotando sua potencialidade como elemento de introdução para o matriciamento em Saúde Mental, cuja implantação está em discussão no município.

Palavras chave: Atenção Básica, Integralidade em Saúde, Saúde Mental.

Abstract

The objective of this study was to describe the intervention carried out with a Family Health team regarding mental health actions in Primary Health Care. The study was developed in the Municipality of Itapevi – SP. Five reflection groups were conducted with the team. As a result it was verified: there are a lack of capacity of the team to identify mental health risks and demands; tendency towards medicalization of mental suffering; feeling of powerless in workers; the users has little participation in their own treatments; the team discussions focused on serious cases; health promotion practices are poorly consolidated; generic guidelines and lack of detail of the attention flows and the type of therapeutic approach to be used in each situation. In spite of the problems reported, the study allowed advances in the discussion of the topic, changes in workers perceptions about mental suffering as well as their capability to deal with this. The work was presented to managers of the municipality, denoting its potential as an introductory element to work fully with Mental Health, whose implantation is under discussion in the municipality.

Keywords: Primary Health Care, Integrality in Health, Mental Health.

^I Claudiney Augusto Yamaguti (claudineyaugusto@yahoo.com.br) é Psicólogo, mestre em Saúde Coletiva, especialista em Psicologia Clínica da Prefeitura Municipal de Itapevi.

^{II} Maria de Lima Salum e Morais (salum@isaude.sp.gov.br) é Psicóloga, doutora em Psicologia, pesquisadora científica VI do Instituto de Saúde da SES/SP

Introdução

Ao longo de sete anos como psicólogo em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Itapevi, ficaram evidenciados para o pesquisador, primeiro autor desse artigo, diversos encaminhamentos em Saúde Mental (SM) que não correspondiam às demandas dos usuários, bem como foram assinaladas dificuldades dos trabalhadores da saúde em relação ao manejo do sofrimento psíquico. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) estimam que cerca de 80% dos usuários são encaminhados desnecessariamente aos serviços de atenção secundária em SM, sem uma demanda de cuidado especializado⁵.

Estima-se que de 31% a 50% da população brasileira já tenham apresentado ou poderão vir a apresentar pelo menos um episódio de transtorno mental durante a vida e, dessas pessoas, de 20% a 40% necessitarão de auxílio profissional²⁶. Em contrapartida, dados de 2002 divulgados pela OPAS/MS apontam que apenas 56% das equipes de Saúde da Família (SF) mencionaram alguma ação na qual estivesse envolvida problemática relativa à saúde mental¹⁷.

Diante desses apontamentos, é preciso qualificar a Atenção Básica (AB) para o manejo adequado de tais problemáticas, sendo as principais estratégias a ampliação do acesso ao cuidado em saúde mental e a priorização das ações de saúde mental na AB por meio da escuta qualificada. Algumas dificuldades podem ser destacadas com relação aos modos como os trabalhadores da AB sem formação específica na área lidam com o sofrimento psíquico dos usuários¹⁷, tais como medo, desqualificação da escuta e da atenção como fundamentais ao cuidado em SM, excessivo envolvimento com situações de crise e com problemas sociais^{14,20}. A OMS indica que a capacitação das equipes quanto ao manejo do sofrimento psíquico

é fundamental para possibilitar a um maior número de pessoas o acesso mais facilitado e rápido ao cuidado em SM, proporcionando uma atenção de melhor qualidade e reduzindo tratamentos inadequados ou desnecessários¹⁷.

Muito embora tenha ocorrido a ampliação dos serviços em SM no município de Itapevi, observavam-se entraves nos cuidados oferecidos aos usuários devido à complexidade das demandas, às deficiências na formação em saúde coletiva, bem como a práticas isoladas e desarticuladas da rede como um todo, pautadas em sua maioria em modelos tradicionais e pouco eficazes. Dessa forma, compreendeu-se que a promoção de grupos de reflexão em saúde mental na AB, mais especificamente com equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), poderia contribuir para a promoção da saúde mental e prevenção da doença mental no município, constituindo esse o objetivo central dessa pesquisa-intervenção²⁷.

Desenvolvimento da Pesquisa

Situação do Município: Itapevi, situado na região metropolitana da grande São Paulo, segundo censo demográfico do IBGE de 2010, contava com população estimada de 229.502 habitantes no ano de 2017¹¹. O processo de descentralização da SM municipal iniciou em 2006, com a substituição de uma única unidade de tratamento em saúde mental por atendimentos ambulatoriais (Psiquiatria e Psicologia) disponibilizados em quatro UBS e pela implantação de um CAPS II de adultos. Em 2017, além dos serviços mencionados, o município contava com nove Unidades de Saúde da Família (USF), seis UBS, três Pronto Socorros, um Centro de Reabilitação, um Serviço de Atendimento Especializado e com outros dois CAPS – o Álcool e Outras Drogas e o Infante Juvenil²⁷.

Campo e Sujeitos de Pesquisa: A pesquisa-intervenção se deu na USF Parque Suburbano,

cujo território pertence à área de abrangência da UBS de atuação do pesquisador e única USF do município com equipes completas de ESF. Participaram da intervenção membros de uma das equipes, composta por técnico de enfermagem, enfermeiro e agentes comunitários de saúde (ACS) e, ainda, um cirurgião dentista e alguns ACS das demais equipes de ESF interessados. Para participar dos grupos, bastava que os trabalhadores integrassem equipes de ESF, sendo recomendado que não faltassem uma vez iniciada a participação.

Fase Preparatória: Nessa fase, como preparação para o trabalho de campo e para conhecer experiências bem sucedidas de outros municípios, foram realizadas entrevistas com a coordenação de SM do município de Embu das Artes, referência na região dos mananciais em boas práticas de SM, haja vista as práticas com a rede de saúde setorizada – chamada popularmente de “redinhas”. Nessa rede, são realizadas discussões de casos emblemáticos, majoritariamente em SM¹⁹. Foram realizadas, também, entrevistas com as coordenações e trabalhadores de serviços de SM de Embu das Artes, que compartilharam as possibilidades e dificuldades nas reuniões de reflexão sobre ações de SM nas UBS. Em sequência, foi permitida a participação em uma das reuniões do projeto “redinhas”, de cunho intersectorial, cujos objetivos fundamentais são o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a instrumentalização dos trabalhadores quanto ao manejo dos casos elegidos para discussão em reunião.

No município de Itapevi, o trabalho desenvolvido não entrou em pauta de planejamento das coordenações de SF, de SM e da AB, embora tenha havido aprovação de todas essas. Depois de aprovado, o projeto foi apresentado ao coordenador de Saúde da Família, o qual – por ser pouco conhecedor da Política de SM e das ações de

SM na AB – demandou ao pesquisador que oferecesse grupos de psicoterapia para os trabalhadores nas USF do município. Esse coordenador partia do pressuposto de que as dificuldades enfrentadas pelas ESF seriam de ordem psicológica e, portanto, de cunho pessoal, sem relacioná-las com os moldes de produção de saúde vigentes, com a constituição das redes de saúde do município, como os vínculos se dão com os usuários ou com necessidades técnico-pedagógicas das equipes. A consequência de tal compreensão é um entrave significativo aos avanços necessários para a implementação da Política de SM na AB, que precisa ser fortalecida, premissa básica dos grupos de reflexão promovidos.

Contratualização: Foram realizados dois contatos prévios com a USF em que se pretendia fazer a intervenção. O primeiro contato com a USF foi realizado com a chefia administrativa da USF e com a enfermeira responsável técnica quatro meses antes do início da pesquisa. A ideia inicial era apresentar o esboço da proposta de intervenção de modo informal. No segundo contato, três meses após o primeiro, reuniu-se o maior número possível de trabalhadores da USF com o intuito de explicar a natureza da pesquisa e acordos de convivência iniciais. Pactuou-se, portanto, dia e horário no qual não estavam previstas visitas domiciliares, visando à ampliação das possibilidades de participação e envolvimento da equipe, incluindo os médicos. No entanto, a Unidade não se organizou de modo que não fossem ocupadas as agendas dos médicos recém-chegados na USF no horário dos encontros, o que contribuiu para a não participação deles em reunião alguma do grupo. Também, poucas foram as participações dos enfermeiros nos grupos promovidos, pois um deles fraturou-se e se afastou do trabalho e o outro já estava afastado do trabalho havia algum tempo.

Grupos de Reflexão em Saúde Mental: Pensou-se inicialmente em realizar a pesquisa-intervenção

nos moldes do que o MS estabelece como matriciamento em SM¹³. No entanto, no decorrer das atividades realizadas e dadas as características de como a SM está estruturada no município, readequou-se a pesquisa na medida em que o processo ocorrido não pôde ser considerado como matriciamento tal como delineado pela Política de SM vigente³. No matriciamento, os processos de trabalho são regulados pela relação terapêutica, de modo que as equipes de referência são as responsáveis pelo acompanhamento longitudinal de cada caso, seja individual ou coletivo¹⁰. Ademais, no matriciamento estão envolvidas atividades de elaboração, efetivação e acompanhamento dos projetos terapêuticos singulares (PTS), compreendidos como propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou para um coletivo, que resultam da discussão de uma equipe interdisciplinar¹⁷.

Optou-se, portanto, no desenvolvimento do trabalho por meio de grupos de reflexão, cuja proposta era criar condições grupais que propiciassem melhores condições de manejo na área de SM e qualidade de vida para trabalhadores da área da Saúde, visando à ampliação dos recursos pessoais e promovendo a formação de agentes que multiplicassem e incentivassem mudanças de comportamento. Constituíram, portanto, objetivos dessa técnica a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos aos usuários e familiares, a criação de espaços de reflexão das equipes a respeito dos casos e a identificação das dificuldades envolvidas no cotidiano profissional²⁸.

Foram realizados cinco grupos de reflexão em SM de aproximadamente uma hora e quarenta minutos a duas horas de duração, com intervalo médio quinzenal entre os encontros, sendo o próprio pesquisador o coordenador e observador dos grupos. A literatura sugere a duração de uma a duas horas de reunião em grupo para que o cansaço dos participantes e as condições

desconfortáveis não interfiram nos objetivos propostos^{6,12,24}. Ao final dos encontros dos grupos de reflexão, foi realizado uma sessão de avaliação do processo^{22,24,25}.

Discussão

Apesar de não constituir um processo de matriciamento propriamente dito nem de ser objeto de Educação Permanente em Saúde (EPS), observaram-se algumas semelhanças dos ideais de matriciamento e da EPS com o processo de trabalho realizado, tendo em vista que os grupos de reflexão foram incentivados a realizar ações semelhantes àquelas realizadas em uma estratégia de matriciamento¹³. O processo foi conduzido de tal forma a acolher e discutir as demandas e necessidades espontâneas do grupo^{7,28}.

No cotidiano do trabalho do SUS do município, as ações de SM não têm espaço definido na AB, visto que os casos são invariavelmente encaminhadas aos CAPS, responsáveis pelos casos mais graves. Os casos leves, como por exemplo os relacionados às perdas de familiares (luto) ou conflitos no relacionamento familiar e/ou no trabalho são encaminhados para outros serviços públicos ou privados¹⁸. Sabe-se, também, que as equipes de trabalho não têm tempo nem espaço destinados a pensar seu fazer. Os trabalhadores são expostos a condições desfavoráveis de trabalho, à urgência do preenchimento das estatísticas, sendo-lhes negada a participação na gestão, ainda que sejam a todo o momento convocados a escolher e a decidir os rumos do trabalho. Encontros regulares com finalidades educacionais, sejam isolados ou combinados com outras intervenções, podem melhorar a prática profissional e os cuidados oferecidos aos usuários dos serviços de saúde. A durabilidade do efeito, todavia, é mais provável de ser maior caso o procedimento seja realizado de modo contínuo⁸.

Em situações nas quais a AB se vale da implementação da Política de SM incorporando seu modo de compreender e fazer saúde, observam-se menores custos ao sistema público, exercício do cuidado integral à saúde, melhores resultados no cuidado à saúde dos usuários, seja em sua singularidade ou em coletivos, além de estimular a prática de processos de trabalho mais eficazes, vindo ao encontro da saúde psíquica tanto dos usuários quanto dos trabalhadores^{1,10,15}.

Apesar dos investimentos na implementação da Política de atenção à SM e da RAPS, várias pesquisas nacionais apontam alguns problemas enfrentados na adoção desse novo modelo de cuidado, também observados nos grupos de reflexão, como: pouca capacidade de identificação das demandas e riscos em saúde mental; tendência à medicalização do sofrimento mental; sentimento de impotência dos trabalhadores diante da vulnerabilidade social; inexpressiva participação dos usuários nos próprios tratamentos; discussões centradas nos casos graves; cuidados físicos, psíquicos e sociais realizados por equipes distintas; valorização excessiva das tecnologias duras; práticas de promoção de saúde frágeis ou pouco consolidadas; diretrizes genéricas e falta de detalhamento dos fluxos de atenção e do tipo de abordagem terapêutica a ser utilizada em cada situação^{1,2,4,5,10,21,23}. Nesse aspecto, é indiscutível a importância da Política Nacional de Educação Popular em Saúde – PNEPS¹⁶, que trouxe à tona as discussões sobre a educação e o despertar ético-político dos sujeitos para a consolidação do SUS. No entanto, os fundamentos da PNEPS enfrentam em seu cerne diversos limites ao dar grande peso ao trabalhador como elemento de mudança, desconsiderando as condições estruturais que têm grande impacto na qualidade do SUS.

Resguardadas as devidas proporções e responsabilidades atribuídas ao trabalhador de

saúde com relação à reorganização do SUS, os grupos de reflexão realizados devem somar-se a outros procedimentos⁹. Há necessidade de outros estudos com grupos de discussão e reflexão, pois, dada a grande eficácia como estratégia de intervenção psicossocial na interface saúde e educação, o trabalho grupal diversifica e aprofunda a formação profissional, com desdobramentos nas formas de pensar e de agir e, conseqüentemente, nos espaços sociais de seus participantes.

Devolutiva dos Trabalho e Possibilidade de Implantação

Terminada a etapa de realização dos grupos de reflexão, avaliação e discussão dos resultados, os dados foram analisados, agrupados e registrados na forma de dissertação de Mestrado²⁷. Sete meses após a defesa, um resumo da mesma foi apresentado, junto a duas outras dissertações realizadas em mesmo período e instituição, a membros da Secretaria da Saúde do município, a saber: a própria Secretária de Saúde, coordenadores de área, trabalhadores envolvidos na pesquisa e docentes dos alunos pesquisadores. Sugeriu-se, após apresentação dos dados, que a estratégia venha a ser incorporada ao processo de trabalho na SM, aventando-se a possibilidade de a gestão incorporá-la no ano seguinte.

O trabalho com os grupos de reflexão em SM possibilitou, também, apesar do caráter exploratório e de ser uma experiência localizada em uma única Unidade de Saúde, discussões em torno do objeto de estudo, reflexões e novas percepções quanto ao cuidado em saúde mental, bem como suscitou elementos que extrapolaram a vivência dentro dos grupos. Exemplo dessa afirmação foram discussões na Secretaria sobre a implantação de novas estratégias de cuidado e de avaliação em saúde.

Considerações Finais

Conclui-se que os grupos de reflexão podem vir a ser incorporados, difundidos e fortalecidos nas demais Unidades de Saúde do município, assim como empregados em outras estruturas como NASF e em atividades de matriciamento em SM. Além disso pode ser uma estratégia para que a EPS no município seja revitalizada e ações intersetoriais sejam incrementadas, fortalecendo assim a RAPS municipal.

Referências

1. Amaral MA. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. *Rev Saude Publica*. 1997;31(3):288-95.
2. Araújo AK, Tanaka OY. Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro-oeste do Município de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS em análise. *Interface – Comunic Saude Educ*. 2012; 16(43):917-28.
3. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. 9 abr. 2001;Seção 1:2.
4. Campos RO, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL, et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciênc Saude Colet*. 2011; 16(12):4643-52.
5. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(6):1501-6.
6. Debus M. Manual para excelência em la investigacion mediante grupos focales. Washington (DC): Academy for Educational Development; 1997.
7. Fernandes WJ. Grupos de reflexão e grupos de discussão. In: Fernandes WJ, Svartam B, Fernandes BS, organizador. Grupos e configurações vinculares. Porto Alegre: Artmed; 2003.
8. Forsetlund L, Bjorndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes [internet]. [S.l.]: Cochrane Database of Systematic Reviews; 2009. Disponível em: <http://cochranelibrarywiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003030.pub2/pdf/>
9. Franco EM, Volpe AJ. Sentidos para a formação em um grupo de reflexão. *Rev Psicologia: Ensino e Formação*. 2011; 2(1):33-42.
10. Gama CAP, Onocko CR. Saúde mental na Atenção Básica – uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). *Cad Bras Saude Mental*. 2009; 1(2):112-31.
11. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Estimativa de população – Itapevi/São Paulo [Internet]. [S.l.]; [s.d.] [acesso em 12 dez. 2017]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=352250&search=saopaulo|itapevi|infograficos:-informacoes-completas>
12. Iervolino AS, Pelicione MC. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2001; 35(2):115-21.
13. Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Rev Ciênc Saude Colet*. 2016; 21(3):913-22.
14. Lopes DMQ, Beck CLC, Prestes FC, Weiller TH, Colomé JS, Silva GM. Agentes comunitários de saúde e as vivências de prazer – sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(3):633-40.
15. Mielke FB, Olchowsky A. Saúde mental na estratégia saúde da família: avaliação de apoio matricial. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(6):900-7.
16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF); 2009. (Série B, Textos Básicos de Saúde).
17. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília (DF); 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica; 27).
18. Moura RFS, Silva CRC. Saúde Mental na Atenção Básica: sentidos atribuídos pelos agentes comunitários de saúde. *Psicologia: Ciênc e Profissão*. 2015; 35(1):199-210.
19. Paiva K. Saúde mental na Atenção Básica – experiência do município de Embu. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. NASF – núcleo de apoio à saúde de família. São Paulo; 2009. v.7, p. 30-3. (Cadernos Temáticos CRP/SP).
20. Ribeiro MOP, Caccia-Bava MCGG, Guanaes-Lorenzi C. Atenção À Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: recursos não reconhecidos. *Psicologia USP*. 2013; 24(3):369-90.
21. Silveira DP, Vieira ALS. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Rev Ciênc Saude Colet*. 2009; 14(1):139-48.

22. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: Rev de Saúde Coletiva*. 2009; 19(3):777-96.
23. Wenceslau LD, Ortega F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface – Comunic Saúde Educ*. 2015; 19(55):1121-32.
24. Westphal MF, Bogus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol Oficina Saint Panam*. 1996; 120(6):472-81.
25. World Health Organization, The focus group manual. *Methods for Social Research in Tropical Disease*. Geneva; 1992. (Methods for Social Research in Tropical Disease; 1).
26. Ximenes Neto FR, Félix RMS, Oliveira EM, Jorge MSB. Concepções, conhecimentos e práticas dos enfermeiros ao cuidar de sujeitos com diagnóstico de depressão: um olhar para o território da atenção primária a saúde. *Enfermeria Global [Internet]*. 2009 jun [acesso em 29 dez 2017]; (16). Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/pt_clinica5.pdf
27. Yamaguti CA. Grupos de reflexão sobre a produção do cuidado: uma estratégia de aproximação entre Saúde Mental e Atenção Básica no município de Itapevi – SP [dissertação]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2018.
28. Zimerman DE. Minha prática com grupos de reflexão. In: Franklin JOJ. Grupos de reflexão no Brasil: grupos e educação. Taubaté (SP): Cabral; 2002.

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: Na Capes, o BIS está nas áreas de Medicina I, II e III, Ciências Ambientais, Enfermagem, Ensino, Farmácia, Interdisciplinar, Odontologia e Psicologia.

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

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

Resumo: os resumos dos artigos submetidos para publicação deverão ser enviados para o e-mail boletim@isaude.sp.gov.br, antes da submissão dos artigos. Deverão ter até 200 palavras (em *Word Times New Roman*, corpo 12, com espaçamento simples), em português, com três 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 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 a fim de evitar incompatibilidade de comunicação entre diferentes sistemas operacionais. **Figuras e gráficos devem ser enviados em arquivos separados (JPG), em alta resolução.**

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 numeradas seguindo a ordem de citação, 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 466/2012 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 a 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

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

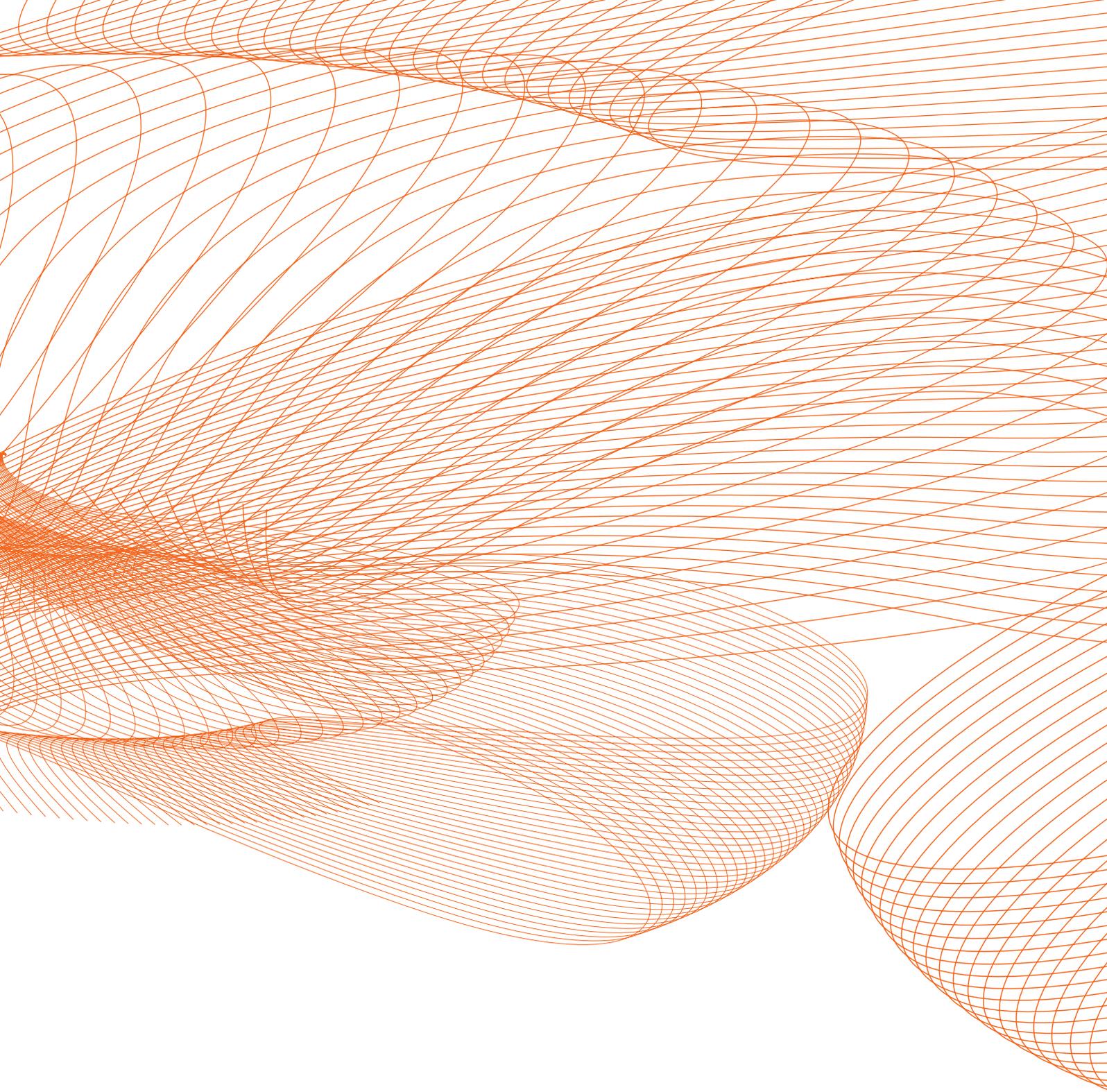
- Deve ter até 2.000 palavras (excluindo resumo, tabela, figura e referências), no máximo uma tabela ou figura e até 10 referências. Sugere-se a seguinte distribuição das partes do texto: Introdução (até 600 palavras); Método (até 300 palavras); Resultados e Discussão (até 1.000 palavras); Recomendação (até 100 palavras)..
- O resumo não precisa ser estruturado e deve ter até 150 palavras, e ser apresentado em português e inglês.

Estrutura do texto

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

obedecer a seguinte estrutura: Introdução que 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 inclua 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.



**SECRETARIA
DA SAÚDE**



**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**

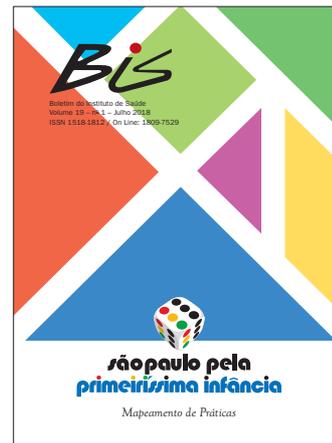
BIS – números já editados



(v. 19 - suplemento) / 2018
32º Congresso de Secretários
Municipais de Saúde do
Estado de São Paulo



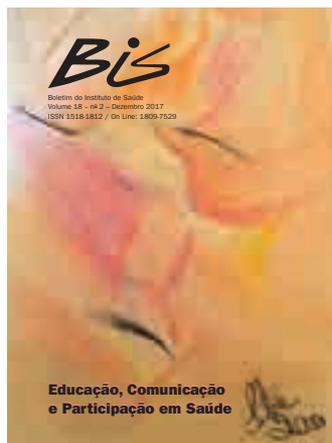
(v. 19 - nº 2) / 2018
Diversidade Sexual
e de Gênero



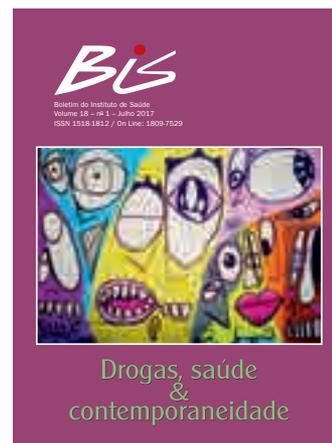
(v. 19 - nº 1) / 2018
São Paulo pela
Primeiríssima Infância –
Mapeamento de Práticas



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



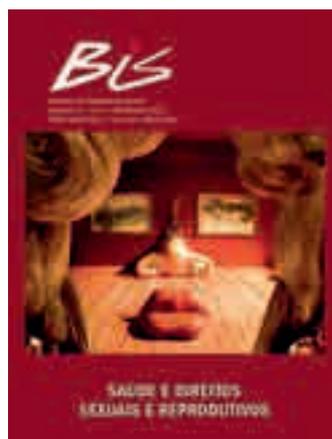
(v. 18 - nº 02) / 2017
Educação, Comunicação e
Participação em Saúde



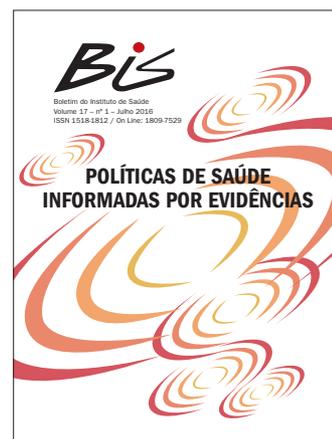
(v. 18 - nº 01) / 2017
Drogas, saúde &
contemporaneidade



(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