



# SUS QUE DÁ CERTO

Experiências Premiadas na  
Mostra Brasil Aqui Tem SUS 2017

# SUS QUE DÁ CERTO

Experiências Premiadas na  
Mostra Brasil Aqui Tem SUS 2017



## **DIRETORIA EXECUTIVA**

**Presidente** – Mauro Guimarães Junqueira

**Vice-Presidente** – Wilames Freire Bezerra

**Vice-Presidente** – Charles Cezar Tocantins de Souza

**Diretor Administrativo** – Cristiane Martins Pantaleão

**Diretor Administrativo - Adjunto** - Silvia Regina Cremones Sirena

**Diretor Financeiro** – Hisham Mohamad Hamida

**Diretor Financeiro - Adjunto** – Iolete Soares de Arruda

**Diretor de Comunicação Social** – Diego Espindola de Ávila

**Diretor de Comunicação Social-Adjunto** – Maria Célia Valladares Vasconcelos

**Diretor de Descentralização e Regionalização** – Stela dos Santos Souza

**Diretor de Descentralização e Regionalização - Adjunto** – Soraya Galdino De Araújo Lucena

**Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares** – Carmino Antônio de Souza

**Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares - Adjunto**- Erno Harzheim

**Diretoria Extraordinária de Pequeno Porte** - Murilo Porto de Andrade

**Diretoria Extraordinária de Pequeno Porte - Adjunto** – Debora Costa dos Santos

**Diretoria Extraordinária das Populações Ribeirinhas** – Vânio Rodrigues de Souza

**Diretoria Extraordinária das Populações Ribeirinhas - Adjunto** – Afonso Emerick Dutra

**1º Vice-Presidente Regional - Região Centro Oeste** – Sergio Perius

**2º Vice-Presidente Regional - Região Centro Oeste** – André Luiz Dias Mattos

**1º Vice-Presidente Regional - Região Nordeste** – Normanda da Silva Santiago

**2º Vice-Presidente Regional - Região Nordeste** – Orlando Jorge Pereira de Andrade Lima

**1º Vice-Presidente Regional - Região Norte** – Januário Carneiro Neto

**1º Vice-Presidente Regional - Região Sudeste** – Luiz Carlos Reblin

**2º Vice-Presidente Regional - Região Sudeste** – Geovani Ferreira Guimaraes

**2º Vice-Presidente Regional-Região Sul** - Rubens Griep

**Conselho Fiscal 1º Membro – Região Norte** – Oteniel Almeida dos Santos

**Conselho fiscal 2º Membro - Região Norte** – CARGO VAGO

**Conselho Fiscal 1º Membro – Região Nordeste** – Leopoldina Cipriano Feitosa

**Conselho Fiscal 2º Membro – Região Nordeste** - Angela Maria Lira de Jesus Garrote

**Conselho Fiscal 1º Membro - Região Centro-Oeste** –Aparecida Clestiane de Costa Souza

**Conselho Fiscal 2º Membro - Região Centro-Oeste**–Maria Angélica Benetasso

**Conselho Fiscal 1º Membro - Região Sudeste** - José Carlos Canciglieri

**Conselho Fiscal 2º Membro – Região Sudeste** - Tereza Cristina Abrahão Fernandes

**Conselho Fiscal 1º Membro - Região Sul** - João Carlos Strassacapa

**Conselho Fiscal 2º Membro – Região Sul**- Sidnei Bellé

**Representante no Conselho Nacional de Saúde – 1º Suplente** – Arilson da Silva Cardoso

**Representante no Conselho Nacional de Saúde – 2º Suplente** – José Eri Borges de Medeiros

## RELAÇÃO NACIONAL DE COSEMS

**COSEMS - AC** - Tel: (68) 3212-4123

Edir Clemente Silva Nascimento

**COSEMS - AL** - Tel: (82) 3326-5859

Izabelle Monteiro Alcântara Pereira

**COSEMS - AM** - Tel: (92) 3643-6338 / 6300

Januário Carneiro da Cunha Neto

**COSEMS - AP** - Tel: (96) 3271-1390

Maria de Jesus Sousa Caldas

**COSEMS - BA** - Tel: (71) 3115-5915 / 3115-5946

Stela Santos Souza

**COSEMS - CE** - Tel: (85) 3101-5444 / 3219-9099

Josete Malheiros Tavares

**COSEMS - ES** - Tel: (27) 3026-2287

Andréia Passamani Barbosa Corteletti

**COSEMS - GO** - Tel: (62) 3201-3412

Gercilene Ferreira

**COSEMS - MA** - Tel: (98) 3256-1543 / 3236-6985

Domingos Vinicius de Araújo Santos

**COSEMS - MG** - Tels: (31) 3287-3220 / 5815

Eduardo Luiz da Silva

**COSEMS - MS** - Tel: (67) 3312-1110 / 1108

Sergio Perius

**COSEMS - MT** - Tel: (65) 3644-2406

Silvia Regina Cremonez Sirena

**COSEMS - PA** - Tel: (091) 3223-0271 / 3224-2333

Charles César Tocantins de Souza

**COSEMS - PB** - Tel: (83) 3218-7366

Soraya Galdino de Araújo Lucena

**COSEMS - PE** - Tel: (81) 3221-5162 / 3181-6256

Orlando Jorge Pereira de Andrade Lima

**COSEMS - PI** - Tel: (86) 3211-0511

Leopoldina Cipriano Feitosa

**COSEMS - PR** - Tel: (44) 3330-4417

Cristiane Martins Pantaleão

**COSEMS - RJ** - Tel: (21) 2240-3763

Maria da Conceição de Souza Rocha

**COSEMS - RN** - Tel: (84) 3222-8996

Débora Costa dos Santos

**COSEMS - RO** - Tel: (69) 3216-5371

Afonso Emerick Dutra

**COSEMS - RR** - Tel: (95) 3623-0817

Querginaldo Tomáz de Araújo Filho

**COSEMS - RS** - Tel: (51) 3231-3833

Diego Espíndola de Ávila

**COSEMS - SC** - Tel: (48) 3221-2385 / 3221-2242

Sidnei Belle

**COSEMS - SE** - Tel: (79) 3214-6277 / 3346-1960

Enock Luiz Ribeiro

**COSEMS - SP** - Tel: (11) 3066-8259 / 8146

Carmino Antonio de Souza

**COSEMS - TO** - Tel: (63) 3218-1782

Vânio Rodrigues de Souza

Edição Geral  
**Giovana de Paula**

Organização  
**Giovana de Paula e Marema Patrício**

Textos  
**Daniilo Patrício, Raíssa Veloso,  
Tarciano Ricarto e Valéria Feitoza**

Layout e diagramação  
**grandecircular.com**

# SUMÁRIO

|                                  |     |
|----------------------------------|-----|
| APRESENTAÇÃO                     | 4   |
| PREMIAÇÃO POR REGIÃO DO PAÍS     | 7   |
| PREMIAÇÃO POR CATEGORIA TEMÁTICA | 19  |
| PREMIAÇÃO UNFPA                  | 93  |
| PREMIAÇÃO POR VOTO POPULAR       | 101 |

# APRESENTAÇÃO

O CONASEMS é a instituição representativa dos 5570 municípios brasileiros na área da saúde. A realização anual dos Congressos Nacionais de Secretarias Municipais de Saúde tem buscado avançar na perspectiva do suporte à gestão e sobretudo no fortalecimento dos Cosems. O espaço da Mostra Brasil aqui tem SUS apresenta-se como campo de compartilhamento das experiências de sucesso que acontecem em todo o país.

De fato, a 14ª Mostra ousou abrir espaço para as potências e desafios do Sistema Único de Saúde no território brasileiro, na perspectiva da socialização de experiências de seus trabalhadores e gestores, além de valorizar a arte do trabalho em saúde, sua criatividade e sucesso, com toda a diversidade do território nacional.

A Mostra se destaca pela grande contribuição ao conceito estrutural de integração de ações, atividades e qualificação dos processos de trabalho dos gestores da Saúde e trabalhadores do SUS em todas as regiões, pois traz a evidência do SUS QUE DÁ CERTO.

A 14ª Edição da Mostra Brasil aqui tem SUS consolidou o lugar de compartilhamento das ações desenvolvidas pelos municípios na área da Saúde, empoderando o Sistema Único de Saúde no território, onde se evidenciam as necessidades de saúde da população. Portanto, essa Mostra fortaleceu o princípio de solidariedade entre os municípios e contribuiu com a crença de que é possível produzir ações de saúde locais apesar das dificuldades estruturais e orçamentárias do SUS.

A presente publicação é significativa para publicizar e articular essa produção de potencial evidente para o contexto do Sistema Único de Saúde e do Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

Vale ressaltar que o processo de seleção das experiências é de responsabilidade dos COSEMS, conforme estabelecido em Edital da 14ª Mostra, sendo os grandes mobilizadores dos municípios de seu território, orientando sobre a seleção de trabalhos com destaque para as temáticas, além da responsabilidade sobre a formalização da inscrição das experiências selecionadas.

Assim, por todo esse esforço coletivo para o sucesso de mais uma Mostra Brasil aqui tem SUS, o Conasems tem o orgulho de apresentar a segunda edição do livro SUS que Dá Certo, com as experiências premiadas na 14ª Mostra, dentro do XXXIII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

A publicação dá destaque para os trabalhos que se diferenciaram pela inovação e sobretudo pelo impacto nas ações e serviços de saúde. Iniciativas que merecem todo o louvor. No total, 54 experiências foram premiadas em diferentes categorias. Receberam reconhecimento as melhores em cada região do país; as que se destacaram na abordagem de diferentes temas como Atenção Básica; as escolhidas pelo júri popular pela melhor apresentação durante o Congresso do CONASEMS; e, finalmente, as selecionadas pela UNFPA (Fundo de População das Nações Unidas).

Vale destacar que uma experiência por Estado do país também foi premiada com a realização de webdocs. Esses trabalhos contribuem significativamente para que o SUS seja a maior política de estado brasileira.

**MAURO GUIMARÃES JUNQUEIRA**

PRESIDENTE DO CONASEMS

**MAREMA PATRÍCIO**

COORDENADORA DA MOSTRA BRASIL AQUI TEM SUS



DE OLHO  
NA CONSULTA



PREMIAÇÃO POR  
**Região do país**

## Programa interinstitucional promove igualdade de acesso\*

---

Relatório da Organização Mundial de Saúde, publicado em 2015, aponta que 82% das mortes consideradas prematuras, que acontecem antes dos 70 anos, e quase três quartos de todas as mortes por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) ocorrem em países de renda média e baixa. Apesar de ter reduzido a mortalidade por patologias transmissíveis, por conta da alta desigualdade social o Brasil ainda é um dos principais países com problemas de saúde pública associados à pobreza e à falta de condições de vida, como esgotamento sanitário, água tratada e moradia digna. Ao mesmo tempo, tem aumentado entre a população brasileira de menor renda a prevalência de doenças crônicas relacionadas a fatores de risco como o tabagismo e a obesidade.

Belo Horizonte, sexto município mais populoso do país e quarto lugar no ranking econômico, não foge desse cenário e apresenta índices elevados de desigualdade social. Considerada a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e espaço responsável por coordenar o cuidado em rede para os outros níveis (secundário e terciário), a atenção básica em Belo Horizonte é composta por 152 centros de saúde, distribuídos em nove regiões administrativas. Fazem parte também 34 núcleos do Programa BH Cidadania, desenvolvido pela Secretaria Municipal de Políticas Sociais (SMPS) para descentralizar o atendimento ao cidadão, que beneficiam cerca de 165 mil famílias em áreas de maior vulnerabilidade na cidade.

Por entender que os efeitos da desigualdade em relação ao cuidado da saúde não podem ser mitigados sem o combate às desigualdades sociais, a Prefeitura Municipal desenvolveu uma estratégia de ação voltada para a gestão da equidade na atenção primária. O Projeto Família Cidadã – BH Sem Miséria (PFC) foi coordenado pela SMPS e pela Gerência do programa BH Cidadania, em uma grande articulação com as pastas de Assistência Social, Esportes e Lazer, Segurança Alimentar e Nutricional, Direitos de Cidadania, Saúde, Educação, Trabalho e Emprego, Administração Regional e com a Diretoria de Regularização e Controle Urbano.

Destinado a fomentar ações integradas que favoreçam a inserção e a permanência de famílias em situação de alta vulnerabilidade social na rede de serviços públicos, o PFC foi instituído em 2012 na capital mineira em consonância com as diretrizes do Plano Brasil sem Miséria. A fim de garantir

uma abordagem individualizada e promover a autonomia e o potencial das pessoas e de seus núcleos familiares, o projeto propõe conhecer as situações específicas das famílias cadastradas por meio do trabalho na menor unidade territorial considerada pelo SUS, que é o domicílio. Para promoção, prevenção, atenção, vigilância e assistência à saúde, a experiência propõe o acompanhamento entre 2016 e 2018 de 2.040 famílias situadas abaixo da linha da pobreza.

Nesse sentido, as abordagens e metodologias utilizadas pelo PFC visam fortalecer a interação entre os usuários e as Equipes de Saúde da Família, buscando promover a autonomia e o potencial das pessoas e de seus núcleos familiares. A partir da identificação das situações de desigualdade que afetam especificamente a parte mais vulnerável da população de Belo Horizonte, o projeto desenvolvido na atenção primária promove inclusão e melhoria das condições de vida da população. De acordo com os coordenadores, a pergunta que norteia de forma permanente as equipes busca compreender “quais barreiras têm que ser quebradas para que as famílias e os serviços superem as fragilidades e rompam com o ciclo de pobreza, violência, exclusão e doença?”.

Como fruto do trabalho, visando aprimorar competências e habilidades específicas, a SMS publicou em 2016 o Guia de Acompanhamento para o SUS-BH Família Cidadã – BH Sem Miséria, que compila todas as diretrizes e processos necessários para capacitação de gestores e trabalhadores em relação à equidade, sobretudo as equipes dos centros de saúde que estão diretamente envolvidas no acompanhamento assistencial e de promoção do cuidado em saúde das famílias selecionadas.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Belo Horizonte   |
| <b>Secretário de Saúde</b>      | Jackson Machado Pinto  |
| <b>Responsável pelo projeto</b> | Maria do Carmo Freitas da Costa  |
| <b>Outros autores</b>           | Taciana Malheiros,<br>Tammy Angelina Mendonça Claret<br>Marco Antônio de Bragança<br>Paulo César Machado Pereira |
| <b>Contatos</b>                 | (32) 3277.7792 / (32) 3277.9530<br>mariadocarmo.freitas@pbh.gov.br<br>geas@pbh.gov.br                            |

*\*Essa experiência também foi premiada na temática Promoção da Saúde.*

## De Olho na Consulta

---

Sabe aquela imagem das filas em frente às unidades de saúde? Ou o gesto recorrente de ir à unidade, perder o horário de trabalho, para saber se o exame que aguarda foi finalmente marcado? Em Jaboatão dos Guararapes, região metropolitana do Recife, a Secretaria Municipal de Saúde fez da tecnologia uma aliada para enfrentar o problema associado ao Sistema de Regulação. O município é o segundo maior do Estado de Pernambuco, tem uma rede de saúde pública composta, principalmente, por serviços básicos, com uma cobertura de Atenção Básica de 57,65% do território. Os desafios são complexos, o que exige soluções eficientes e originais.

Os usuários da rede de saúde de Jaboatão dos Guararapes podem, desde 2017, baixar gratuitamente no celular um aplicativo pela plataforma Google Play e acompanhar o andamento de seus agendamentos, sejam consultas especializadas ou exames. O caminho é simples. O cidadão vai como de costume à unidade de saúde e depois de avaliado, caso haja necessidade de consultas com especialistas ou exames, é gerado um código de acesso individual através do qual ele poderá acompanhar o andamento da solicitação no Sistema de Regulação. O aplicativo ainda gera mensagens informando a mudança de status, por exemplo, de pendente para autorizado. Esta é mais uma função de agendamento que contribui para que o paciente se organize e se programe, estratégia contra o absenteísmo.

Quem não tem celular com sistema Android pode acompanhar do mesmo modo através do site da Secretaria de Saúde e nada impede que os não familiarizados com as tecnologias compareçam à unidade para obter informações atualizadas. “Foi necessário, a partir de 2017, investir fortemente no processo de regulação de consultas e exames, no sentido de ordenar oferta e coordenar os fluxos assistenciais. Hoje todos os agendamentos, para as 36 especialidades e 21 exames ofertados pelo município, que aguardam em fila de espera estão disponíveis para acompanhamento pelo aplicativo De Olho na Consulta”, observa o secretário de saúde, Alberto Luiz Alves de Lima.

Foram muitas as frentes abertas para organizar a rede de saúde até se chegar ao novo serviço que trouxe comodidade à população. Ações de educação permanente junto aos profissionais de saúde da Atenção Básica e Especializada, revisão e atualização da contratualização dos serviços complementares privados e filantrópicos e criação de tecnologias de informática para avaliar oferta e demanda e gerar um melhor planejamento das ações assistenciais

de saúde. Estamos falando de mais de 326 mil consultas especializadas e exames realizados em um ano (2017), sob a regulação SISREG III (Sistema Nacional de Regulação).

O “De Olho na Consulta” nos revela números grandiosos. Os acessos ao aplicativo e à plataforma WEB chegaram a 512.425 e os usuários que instalaram o APP em seus smartphones totalizam 27.582. O recurso tecnológico deu à gestão de forma clara a demanda da população por especialidades clínicas e exames, como bem avalia Nilton Rodrigues de Carvalho, da Gerência de Fluxos Assistenciais da Secretaria de Saúde. “Esse é o primeiro grande benefício do aplicativo. Pela primeira vez no município conseguimos criar um banco de dados referente às demandas por serviços especializados, que nos permitiu avaliar se a demanda por serviços de saúde era compatível com as necessidades baseadas em indicadores. Pudemos ainda observar como os nossos profissionais da Atenção Primária encaminhavam os usuários à Atenção Especializada, bem como o quanto estavam usando, de forma razoável, a oferta de SADT (Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia)”.

Por trás de uma iniciativa original e uma comunicação eficiente pode haver muito mais: transparência e humanização. “Talvez o principal do De Olho na Consulta seja evitar a peregrinação das pessoas pelos postos de saúde espalhados pelo município, em busca de acesso à assistência especializada. O aplicativo traz transparência ao processo de marcação de consultas e exames, respeitando os protocolos definidos pela Regulação da Assistência, cuja prioridade é o maior grau de necessidade (critérios de risco e tempo de espera)”, ressalta o secretário Alberto Luiz.

A ferramenta se ampliou: as novas funcionalidades do aplicativo permitem que o usuário possa avaliar os atendimentos recebidos e confirmar ou cancelar consultas e exames. No último caso abre-se uma vaga para outro usuário e, dependendo da disponibilidade, é possível até reagendar o atendimento para uma nova data. Produto inovador, de baixo custo. Saúde ao alcance das mãos.

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Município</b>                | Jaboatão dos Guararapes                         |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Alberto Luiz Alves de Lima                      |
| <b>Responsável pelo Projeto</b> | Nilton Rodrigues de Carvalho                    |
| <b>Outros autores</b>           | Alberto Luiz Alves de Lima                      |
| <b>Contatos</b>                 | nilton.carvalho@saude.gov.br<br>(81) 98613 0161 |

## Formação e descentralização das ações asseguram atenção psicossocial

---

Reconhecer que se estava muito distante de um atendimento psicossocial adequado para os pacientes e seus familiares. Esse foi o primeiro passo para as mudanças nas ações de saúde mental realizadas em Moju, município localizado no nordeste do Pará. Através de intercâmbio, capacitação e ampliação da rede de atendimento, com as intervenções de matriciamento, o município passou, a partir de 2013, a vivenciar um novo quadro construído no intuito de propiciar ao usuário o direito de acesso amplo ao tratamento de transtornos mentais. Acesso que vai além do atendimento que estava restrito à unidade do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da zona urbana de Moju.

“As ações do Projeto ocorreram sempre no sentido de garantir que o usuário passasse a ser atendido na unidade de saúde mais próxima da casa dele, o que muitos não sabiam se tratar de um direito que deve ser assegurado a cada um, deixando de associar a saúde mental como restrita apenas ao prédio do CAPS”, observa Alan Almeida, enfermeiro e Coordenador de Planejamento da Secretaria de Saúde de Moju. Integrante da equipe do Projeto, ele se recorda que havia “um desconhecimento de todos os lados” sobre o direito ao tratamento em todas as unidades de saúde. “Havia e ainda há um pouco um entendimento comum, por parte da população e de grande parte dos profissionais de saúde: ‘ah, você está com problemas de saúde mental, então você tem que ir logo pro CAPS’, somente lá, o que mudou bastante ao longo das ações desenvolvidas em Moju”, destaca o enfermeiro.

Em um contexto com problemas de estrutura e alta rotatividade de funcionários na área da saúde, a dificuldade em torno da falta de conhecimento sobre o acesso amplo do público à Rede era bem maior no final de 2013. Nesse ano iniciam-se as mudanças nas ações relacionadas à saúde mental em Moju, a partir de avaliações e planejamentos que visavam ampliação do acesso e a consequente melhora no tratamento. A unidade do CAPS de Moju estava saturada por receber sozinha todas as demandas de tratamento, não havendo cobertura do programa de saúde mental nas Equipes de Saúde da Família. Além disso, há sempre o problema ligado ao imaginário estereotipado associado a quem recorre ao CAPS para buscar ajuda diante das dificuldades que enfrenta.

Com esse quadro, houve um redirecionamento de perspectiva no sentido de conceber as unidades básicas de saúde como lugar inicial de acolhimento. Estas passaram a solicitar ao CAPS auxílios relacionados às demandas recebidas. Com essa mudança, o CAPS passou a deslocar profissionais para orientações e intervenções realizadas nas proximidades das residências dos pacientes. Essa interligação foi se constituindo na aproximação entre as equipes de atenção básica e as equipes do CAPS II de Moju, à frente de capacitações e difusões de conhecimentos da área psicossocial. Elas se realizam através de visitas da equipe do CAPS, fornecendo suporte técnico às demais equipes, na perspectiva do matriciamento, uma atuação conjunta de setores diversos na saúde mental.

A experiência de Moju é impulsionada quando, em 2013, o município teve aprovação no Ministério da Saúde de Projeto adequado à linha de ação “Saúde Mental na Atenção Básica”, possibilitando que Moju passasse a realizar ações de educação permanente na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O Projeto, após avaliação e planejamento para readequar a política de saúde mental no município, viabiliza, entre 2014 e 2015, o intercâmbio de 20 profissionais da rede municipal de Moju com as experiências desenvolvidas em Embú das Artes, São Paulo. Formada por pessoas de diferentes áreas - enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas, agentes de saúde -, a equipe de Moju enviava a cada mês uma dupla de profissionais para conhecer as experiências de Embú das Artes, o que se realizou como parte teórico-prática do Projeto aprovado no Ministério da Saúde. “Lá (em Embú) os profissionais perceberam o que não era visualizado em Moju, com uma descentralização onde o CAPS era apenas suporte de outras ações, ampliadas nas demais unidades”, destaca o enfermeiro Alan Almeida.

Envolvendo-se mais diretamente no Projeto, os 20 profissionais que participaram das visitas em São Paulo passaram a constituir em Moju o “Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial”, instituído para elaborar a RAPS e o Plano de Ação Municipal de Atenção Psicossocial. Concomitantemente ao processo institucional, o Projeto seguiu realizando ações de campo, incluindo rodas de conversas, visitas domiciliares, realização de busca ativa de pacientes faltosos, oficinas e formação de grupos de atenção básica. O Projeto possibilita que Moju tenha assegurado aos usuários do Programa de Saúde Mental, 100% deles, o direito de uso a todos os instrumentos de saúde municipal. Tal conquista é resultado, principalmente, da descentralização do Programa de Saúde Mental que, antes restrito ao CAPS, passa a funcionar em seis Unidades de Saúde da Família, o que se reverte em melhorias tanto para os pacientes como para



os familiares que os acompanham. “Nessa área não é só o paciente que adoce. A família adoce junto”, ressalta Alan Almeida, destacando que o projeto terapêutico prevê o tratamento singular e o familiar.

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Município                | Moju (PA)   |
| Secretária de Saúde      | Katiane Sarraf Daibes Marques   |
| Responsável pelo Projeto | Alan Machado de Almeida   |
| Outros autores           | Katiane Sarraf Daibes Marques,<br>Patrícia de Vasconcelos Cardoso Muniz |
| Contatos                 | (91) 99332.1822<br>saudemaju2017@gmail.com                              |

## “Criança Sorriso” muda percepção sobre cuidado em saúde bucal

---

Como unir escola, família e serviço de saúde para dar a centenas de crianças um sorriso mais bonito? A resposta vem lá de Tigrinhos, em Santa Catarina, um município de pequeno porte, com pouco menos de dois mil habitantes, sendo um quarto de sua população formada por crianças em idade escolar. Foi pensando nelas que o município articulou um projeto de saúde bucal nas escolas, aliado ao atendimento clínico na unidade de saúde, para atender todos os estudantes, com foco nas crianças entre dois e 12 anos.

A ideia começou nos idos de 2007 para tentar conter um recorrente problema de saúde pública: a cárie. Além de conscientizar pais, alunos e professores sobre a importância de promover um sorriso bonito, o objetivo do projeto era – ao diminuir o número de cáries entre os estudantes – criar o hábito de cuidar da saúde bucal, reduzir o número de dentes perdidos, evitar a dor e acabar de vez com o medo de ir ao dentista.

Em mais de dez anos, o projeto acompanhou o crescimento de toda uma geração de meninos e meninas e proporcionou como resultado números que fazem jus ao nome escolhido para a experiência – “Criança Sorriso”. No exame epidemiológico realizado no início de 2018 com a turma de alunos e alunas do 5º ano do Ensino Fundamental, justamente os que nasceram no ano em que o projeto começou, o resultado foi surpreendente.

Num universo de pouco mais de vinte estudantes, nenhuma criança perdeu dentes permanentes devido à carie, apenas uma delas tinha uma lesão cáriosa detectável e somente quatro estavam com um dente restaurado. Tudo isso graças ao trabalho de conscientização e de prevenção que começou na sala de aula, envolveu professores, secretários escolares e diretores, e chegou até os lares dos alunos, impactando também mães e pais.

O projeto funciona em três escolas (Escola Educação Básica Oswaldo Ferreira de Melo, Centro de Educação Professor Ivo Luiz Honnef, e Centro de Educação Infantil Criança Sorriso). Nessas duas últimas escolas, que são da rede municipal, estudam as crianças mais envolvidas no projeto. Tudo começou com a realização dos primeiros exames epidemiológicos, em 2008, referente ao ano de 2007. Os resultados apontaram elevados valores para os índices CPO-D e ceo-d, que apontam incidência de dentes perdidos, cariados e restaurados.

A partir desses resultados, um planejamento estratégico foi elaborado com a implementação de algumas ações, como bochecho com flúor a partir dos seis anos e escovação supervisionada, a cada 15 dias nas escolas do município, com crianças de dois a 12 anos. Além disso, ferramentas educativas passaram a ser usadas, como palestras voltados à saúde bucal, rodas de conversa, jogos, filmes e outras atividades lúdicas adequadas a cada faixa etária.

Para realizar as escovações, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) distribuiu escovas, que são trocadas a cada seis meses, e fios dentais. Os cremes para uso no projeto são entregues à secretária de cada escola. A escovação supervisionada, no início do projeto, era realizada por dois grupos de profissionais: um deles formado pela dentista e pela técnica em saúde bucal, o outro por agentes comunitárias de saúde capacitadas para desenvolver a atividade.

Juntamente com as atividades de prevenção e promoção da saúde, eram oferecidos atendimentos odontológicos duas vezes na semana. As crianças selecionadas pela equipe de saúde bucal eram levadas por um motorista do município até a unidade de saúde e depois retornavam para a sala de aula. O controle da necessidade de ir mais vezes para atendimento clínico era feito com base nos dados coletados a partir dos índices CPO-D e ceo-d.

Idealizadora e responsável pela experiência, a dentista Júlia Maria Spessato Zanco contabiliza que, em dez anos de projeto, passaram em torno de três mil estudantes por ele. “Um pouco mais, um pouco menos. Em alguns anos, como em 2017, envolvemos estudantes de séries mais avançadas, quando atuamos com estudantes até o 3º ano do Ensino Médio com palestras e orientações, uma atuação um pouco diferenciada”, relata a profissional sobre seu trabalho no município.

Entusiasta desse trabalho de prevenção, Júlia Spessato comemora o fato de haver conseguido não apenas diminuir a incidência de cáries e de dentes perdidos entre crianças e adolescentes que estão no projeto ou já passaram por ele, mas, sobretudo, por ter mudado a forma de a população entender e vivenciar a saúde bucal. Um dos hábitos que revelam essa mudança, segundo a dentista, é a procura por consultas odontológicas de rotina no ambiente clínico da unidade de saúde.

Júlia Spessato dimensiona que esse fato diz muito sobre essa nova realidade, porque tal atitude “exalta a importância de ir ao consultório antes do problema instalado, evitando dor e o medo de ir ao dentista”. Tudo fez parte de um trabalho gradativo, e hoje os pais, que antes sequer tinham preocupação com os dentes de leite dos seus filhos, passaram a entender a importância dos cuidados precoces para garantir um belo e saudável sorriso no futuro.

“Antes não existia cuidados com a escolha do creme dental, com a escova ideal para aquela faixa etária da criança. Hoje, os pais perguntam isso

não só na consulta, mas fora dela também. E observo ainda o envolvimento maior desses pais no cuidado em casa, auxiliando na escovação, cobrando a realização correta”, destaca. “Os professores também mudaram a forma de ver o projeto. Viram que, realizado de maneira planejada, com calendário organizado durante o ano, ele tem resultados palpáveis”, comemora.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Tigrinhos  |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Solange Margarete Tesk                                     |
| <b>Responsável pelo projeto</b> | Julia Maria Spessato Zanko                                 |
| <b>Outros autores</b>           | Elisiani Janara Neu  |
| <b>Contato</b>                  | (49)3658- 0066/3658-0049<br>odontologiatigrinhos@gmail.com |





PREMIAÇÃO POR  
**Categoria**  
**Temática**

BARBALHA - CE

## Gestão Municipal e Defensoria Pública de mãos dadas

---

Quando a gestão assumiu a Prefeitura de Barbalha, em janeiro de 2017, a saúde vivia um contexto delicado: greve de servidores, descrença nos serviços de saúde e um acúmulo de ordens judiciais não cumpridas. Barbalha, por sua localização geográfica estratégica, na Região Cearense do Cariri, e uma estrutura que reúne três hospitais de alta complexidade, despertou interesse e se tornou alvo de um número excessivo de ações judiciais. Suspeita-se que boa parte delas não seja efetivamente de moradores da cidade, já que o número de cartões SUS é bem maior que o de habitantes.

Ao tomar pé do preocupante contexto das ações judiciais, a Secretaria de Saúde do Município de Barbalha fez alguns deslocamentos: o primeiro deles foi bater à porta da Defensoria Pública, de onde vinham 99% das demandas. Até então não havia um diálogo profícuo entre gestão municipal e Defensoria Pública e a falta de credibilidade nos serviços de saúde fazia com que mais de 50% dos usuários sequer fizesse a via administrativa. O caminho primeiro era a instituição de defesa judicial.

E é nesse cenário que surge a parceria entre as duas instituições. Uma vez por semana, sempre às quartas-feiras pela manhã, os profissionais da saúde fazem atendimento na sede da Defensoria. É um momento de restabelecer laços com a comunidade, de traçar mediações possíveis, mas também de fortalecer a rede de saúde. “Nosso diferencial é olhar esse usuário de forma integral. Se a demanda é por internação compulsória, acionamos a Rede de Assistência Social, encaminhamos aos CAPS, analisamos o contexto familiar. Quando a necessidade é, por exemplo, de complementação alimentar para uma criança desnutrida, acionamos a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). São ações de fortalecimento dos princípios da Integralidade e da Equidade do SUS”, esclarece Nayara Luiza Pereira Rodrigues, enfermeira que integra a equipe.

Nayara acompanha semanalmente os atendimentos na Defensoria, junto com uma assistente social e um farmacêutico. São quatro novos atendimentos por semana e mais uma série de retornos. O prazo é curto: a equipe tem uma semana para dar encaminhamento e resposta ao usuário. Nesse período, a enfermeira viu passar por ali muitas histórias de vida: jovens que podem ser salvos com um exame ou um procedimento, possibilidades de ressocialização

de dependentes químicos, crianças em situação de desnutrição que pode ser revertida. O percentual de resolutividade é alto: em dezembro de 2017 era de 83%.

De abril a dezembro de 2017, foram 198 atendimentos (52,4% - medicações, 33,3% - cirurgias, 9,5% - exames; 9,5% - internações compulsórias etc). Nas demandas por medicação, que correspondem à maioria, os usuários nem chegavam a procurar a ESF onde seriam acolhidos. Ainda assim o município abriu uma licitação de medicamentos para suprir em parte a falta de outros insumos. Do total de demandas por cirurgias, 85,7% eram de alta complexidade, cuja responsabilidade não é do município.

Internação compulsória, o terceiro no topo de demandas, é um problema mais complexo. A Secretaria de Saúde fez então um novo deslocamento, um trabalho em paralelo, já que a Justiça vinha determinando internações compulsórias em Comunidades Terapêuticas. Barbalha nem as tem. Os pacientes eram internados em instituições de Juazeiro do Norte, município vizinho. Foi criada uma comissão que, em princípio, visitou duas comunidades e constatou a precariedade do serviço. Foi gerado um relatório e encaminhado ao Juiz, demonstrando que aquelas instalações não eram condizentes com os termos da Reforma Psiquiátrica.

“São muitas internações, gerando um custo alto para o município, e era preciso conhecer as reais condições desse serviço. Baseado em que essas internações duravam em média 9 meses? Em um dos prontuários vimos que um paciente foi atendido uma única vez por um psicólogo em 12 meses de internação. Que modelo de saúde mental é esse?”, questiona Nayara, anunciando que as visitas terão continuidade. A equipe entende que a solução do problema não passa pelas internações, deve ser enfrentado com prevenção e ações a longo prazo, fortalecendo a Rede de Saúde Mental do município, em parceria com a Educação e outras instituições como as igrejas e suporte às famílias com o Grupo de Mães.

Este ano se iniciou uma outra etapa do trabalho com a Defensoria Pública. A equipe caiu em campo para mapear os casos já judicializados, visitou os pacientes que já tinham ordem judicial para saber se, de fato, são do município e quando fizeram as últimas avaliações médicas, já que há decisões de 2013. A busca é reveladora: vários pacientes foram a óbito e ainda assim os processos continuam em aberto. Nessas visitas o paciente ou um familiar assina um termo de responsabilidade se comprometendo a informar à Secretaria de Saúde em caso de alta, óbito ou mudança no tratamento. Há também nesse trânsito ações de fortalecimento da rede de saúde a exemplo das demandas de suplementação alimentar, para as quais a nutricionista também acompanha e após avaliação esse insumo pode ser até reforçado, porque o objetivo não é tirar do paciente e sim supri-lo bem.



Coube à Secretaria de Saúde criar mecanismos de controle, garantindo um bom uso do dinheiro público. “Esse trabalho desenvolvido em parceria com a Defensoria Pública trouxe grande contribuição para a gestão, como também para o Judiciário e, principalmente, para os pacientes. Conseguimos dar encaminhamento administrativo, com agilidade e de forma sempre amistosa, à maioria das demandas da comunidade que procura a Defensoria. Assim, tivemos grande resolutividade na gestão em seus mais diversos seguimentos”, analisa a Secretária de Saúde, Pollyanna Callou de Morais Dantas.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Barbalha   |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Pollyanna Callou de Morais Dantas  |
| <b>Outros autores</b>           | Erik Montagna<br>Pollyanna Callou de Morais Dantas<br>Sarah, Rachel Correia Pinehiro<br>Raphael Sampaio Magnago<br>Pedro Alex Leite Cruz |
| <b>Responsável pelo Projeto</b> | Nayara Luiza Pereira Rodrigues   |
| <b>Contatos</b>                 | (88) 996154199   |

PELOTAS - RS

## Saúde é inclusão social

---

É estreita e inquestionável a relação racional entre saúde e vida, remédio e cura, médico e paciente. Mas, como num revés, a história da experiência a seguir precisa ser contada sob outra ótica, porque quem executa, na prática, a ação de saúde é quem mais se beneficia dela. Seus resultados também fogem à racionalidade numérica, que se mostra incapaz de captar na sisudez estatística o quão transgressor e subversivo são os sentimentos. São eles que – exercitados a partir de tal iniciativa – servem para aliviar as agruras de quem teve a chance de fazer parte da experiência “Mão de obra prisional no SUS – Uma alternativa viável?”.

“Chance” é a palavra chave que define esse trabalho desenvolvido no município gaúcho de Pelotas, a 257 quilômetros de Porto Alegre, e que até agora já mudou a vida de mais de 70 apenados em regime semiaberto. Em trinta meses, o projeto já revitalizou 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que atendem aproximadamente 110 mil pessoas; uma Unidade Básica de Atendimento Imediato; um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); um Centro de Apoio Estudantil; o prédio do Cartão SUS e da Central dos Transportes; e o complexo de prédios administrativos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Para além dos números, são histórias de vida que se acumulam desde que a SMS firmou, em 2015, convênio com a Superintendência de Serviços Penitenciários do Estado do Rio Grande do Sul para utilizar a mão de obra dos presos na manutenção dos mais de 60 prédios da secretaria. “O senhor não está entendendo, a sua colega elogiou a porta que eu pinte! Eu nunca recebi um elogio!”, foi o que disse um dos presos ao cirurgião dentista Leandro Thurow, um dos idealizadores do projeto, responsável por coordenar a iniciativa por mais de dois anos. Depois dessa fala, Thurow lembra que os dois se abraçaram e choraram juntos.

É Thurow que conta também a situação em que outro preso pediu a ele um gel dental para levar para o filho. Depois de atender ao pedido, entregando o gel que já era destinado a crianças de escolas públicas, presenciou o seguinte diálogo do preso com a esposa: “deixa eu te contar, tenho um presente pro nosso filho [descreveu o produto, os desenhos da embalagem, o sabor]. É o primeiro presente que vou dar pra ele!”. Como essas histórias, outras tantas foram testemunhadas em salas e corredores dos prédios da Secretaria Municipal de Saúde reformados pelos presos.

Mais recentemente, a prefeitura contratou o primeiro detento egresso do projeto, que foi reconhecido pela qualidade do seu trabalho e que passou a servir de exemplo e estímulo para os demais apenados. Essa conquista ainda não é o resultado-fim do projeto, que, para chegar a esse ponto, percorreu um longo caminho, desde que a primeira reforma foi executada. Tudo começou de maneira despretensiosa, quando os presos reformaram a UBS que funcionava dentro do próprio presídio. Dessa experiência de baixo custo e de resultados exitosos, surgiu a ideia de unir o útil ao agradável.

Ou seja, ao mesmo tempo em que seria possível dar uma ocupação aos presos, Pelotas teria a oportunidade de resolver o problema estrutural de suas unidades de saúde. Leandro Thurow conta que, à época, o município sofria uma ação civil pública promovida pela 4ª Vara de Justiça por causa do estado calamitoso da estrutura física de algumas UBSs, com ameaça de multa diária no valor R\$ 1 mil. Foi aí que surgiu a ideia de firmar o convênio e criar o projeto “Mão de obra prisional no SUS”.

De lá pra cá, ocorreu bem mais que a melhoria da prestação do serviço em saúde para os usuários do SUS no município, a partir das reformas executadas. O que nasceu dentro de cada prédio reformado foi um verdadeiro projeto de ressocialização, que também mexeu com os profissionais de saúde. Muitos deles, que inicialmente resistiram à ideia da mão de obra prisional dentro das unidades de saúde, viraram peça importante do projeto, ao assumirem uma responsabilidade social e permitirem aos presos uma nova chance de convívio em sociedade.

Atualmente, as equipes de saúde competem para receber a intervenção do trabalho dos apenados em suas unidades, sem que seja possível atender toda a demanda. A iniciativa já é realidade em duas outras secretarias municipais: a de Serviços Urbanos e a de Assistência Social. Mais um desdobramento é a construção de uma fábrica de artefatos de concreto no próprio presídio, abrindo a possibilidade de trabalho aos presos do regime fechado. De quebra, a produção de tubos de concreto dessa fábrica permitirá à prefeitura resolver um problema crônico de saneamento a partir da construção de redes de esgoto. Mais uma vez, a saúde também ganha.

Mas algo de maior alcance está por vir. O cirurgião dentista Leandro Thurow, que iniciou esse projeto, assumiu também o desafio, juntamente com a sociedade de Pelotas, de criar a Associação de Proteção e Assistência aos Condenados (APAC), que tem por finalidade gerir um Centro de Reintegração Social (CRS). “Será um presídio humanizado, sem a presença de armas e agentes penitenciários”, conta Leandro Thurow, segundo o qual a aplicação dessa metodologia alcança índices de ressocialização da ordem de 80%, contra 20% do modelo convencional.

“O planejamento prevê a construção das selas com a própria mão de obra prisional, desde a confecção dos blocos de concreto (tijolos)”, explica. A intenção é que, em médio prazo, a unidade seja autossustentável. “Se tudo se concretizar, será a primeira prisão construída por presos, com o custeio de manutenção a partir do lucro gerado com o trabalho de manufaturados dos próprios apenados. Será uma realidade? Só o futuro dirá!”, adianta Thurow.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Pelotas  |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Ana Lúcia Pires Afonso da Costa  |
| <b>Responsável pelo Projeto</b> | Leandro Leitzke Thurow   |
| <b>Outros autores</b>           | Ana Lúcia Pires Afonso da Costa,<br>Eduardo Dickie de Castilhos,<br>Joice dos Santos Gonçalves,<br>Tania Izabel Bighetti |
| <b>Contato</b>                  | (53)981128284<br>llthurow@yahoo.com.br   |

BELO HORIZONTE - MG

## Reformulação da ESF a partir da Gestão do Cuidado

---

A porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) é a atenção primária (APS), onde 80% dos problemas de saúde da população podem ser resolvidos. A Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada pelo Ministério da Saúde (MS) como principal caminho para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica (AB) no país, foi consolidada institucionalmente com a publicação da portaria no 2.488/2011, que implantou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a sua organização.

Por substituir um padrão de supervalorização das práticas de assistência curativa, especializada e hospitalar, e investir no cuidado familiar por meio do acompanhamento de equipes multiprofissionais, a ESF é considerada um “novo modelo de saúde” no Brasil desde a década de 1990, quando ainda era um programa. Centrado nas ideias de universalização do acesso, prevenção e promoção da saúde, o trabalho das equipes é vinculado a um território e, por isso, tem condições de identificar os principais problemas e situações de risco às quais a população está exposta, organizando o fluxo de encaminhamento para os demais níveis de atendimento quando necessário.

Visando ampliar o acesso da população e reorganizar a atenção básica em Belo Horizonte, a ESF foi implementada na capital mineira em 2002. De lá para cá já foram criadas quase 600 Equipes de Saúde da Família vinculadas a 152 centros de saúde, o que resulta em uma cobertura de 86,3% dos mais de 2,5 milhões de habitantes. Desde a opção pela ESF, a Secretaria Municipal de Saúde tem buscado o aprimoramento da gestão e a qualificação do cuidado com a realização sistemática de oficinas e de projetos para capacitação da gestão.

O projeto para o fortalecimento do trabalho da APS, por meio da Estratégia da Gestão do Cuidado no Território (GCT), se iniciou a partir da demanda por intervenção da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) na qualificação de algumas unidades de saúde de Belo Horizonte. Por meio do apoio institucional e da aproximação da SMS com as gestões regional, local e com os profissionais, foi realizado um diagnóstico dos maiores problemas organizacionais em 30 centros de saúde escolhidos em todas as nove regionais da cidade. Entre as dificuldades mais comuns estavam a falta de equilíbrio entre a demanda espontânea e a demanda programada, as relações interpessoais, o fluxo local de entrada e saída dos serviços e até questões de violência e segurança.

Por estarem inseridas em territórios muito diversos, as unidades de saúde apresentaram realidades de trabalho específicas, o que pôde ser conhecido pela SMS por meio da metodologia utilizada durante o processo de qualificação. A Gestão do Cuidado no Território (GCT) é uma estratégia que sistematiza o apoio às equipes de saúde da família, a organização dos macroprocessos da APS e o cuidado integral da população de uma área sanitária específica. Através de uma dinâmica de escuta aberta dos problemas e das dificuldades locais, e a complementação desse cenário com informações sobre a realidade do território, é possível ter acesso a forma como cada região organiza a gestão do cuidado.

Após o diagnóstico das unidades, a equipe de saúde da família traçou, junto ao colegiado gestor da unidade, um plano de ação para explicitar as necessidades do território. Segundo a coordenadora da iniciativa, Taciana Malheiros, era necessário que a equipe dissesse para os outros níveis de gestão da saúde qual a grande demanda local e, através do apoio institucional, pudesse realizar a mudança assistencial. Nesse contexto, foi realizado um curso de gestão do cuidado no território com toda a rede de atenção, incluindo técnicos do nível central, do nível regional e ainda 152 gerentes locais.

O acompanhamento da GCT aconteceu em encontros sistemáticos com as equipes distritais e locais, envolvendo gestores e profissionais, para monitoramento das ações desenvolvidas e avaliação dos resultados alcançados. Entre junho e dezembro de 2016, foram realizados 118 reuniões técnicas e momentos de supervisão in loco dos processos aprimorados, com o objetivo de observar e discutir com os seus responsáveis diretos.

Atualmente, 23 centros de saúde em Belo Horizonte estão sendo apoiados por meio da Gestão do Cuidado no Território, com resultados positivos no acesso da população aos serviços de saúde, desde a porta de entrada, passando pelo direcionamento dos fluxos de atendimento. Observa-se resultado positivo na redução do tempo de espera e de permanência dos usuários, com a diminuição da insatisfação deles e da sobrecarga dos profissionais. O Colegiado Gestor em todas essas unidades também foi reativado e foi possível perceber a melhoria das relações interpessoais, tornando evidente que a aproximação da gestão com a equipe local permite uma intervenção mais acertiva.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Belo Horizonte   |
| <b>Secretário de Saúde</b>      | Jackson Machado Pinto  |
| <b>Responsável pelo projeto</b> | Taciana Malheiros Lima Carvalho  |
| <b>Outros autores</b>           | Felipe Alcântara Braga,<br>Adriana Ferreira Pereira,<br>Fernanda Azevedo Chaves,<br>Alberto Kazuo Fuzikawa |
| <b>Contatos</b>                 | (31) 32777792  |

CAMPOS DE JÚLIO - MT

## A saúde infantil como brincadeira saudável na escola

---

Reunir equipes de saúde e educação com o objetivo de propiciar conquistas biossociais ao público infantil. Esse foi o propósito da “Gincana Saúde na Escola: saberes em ação, uma interação entre teoria e prática”, que se realiza desde 2016 em Campos de Júlio, município do centro-norte Mato Grossense. A Gincana teve suas duas edições (2016/2017) realizadas na Escola Municipal Germano Lazarete, como ações do Programa Saúde na Escola (PSE). Ocorrendo sempre em comemoração ao dia do estudante, em 11 de agosto, o evento funciona como conagraçamento das atividades que, ao longo do ano, contam com a participação de 760 crianças com idade entre 4 e 9 anos na unidade escolar.

As motivações para o Projeto surgem diante da percepção dos diversos problemas de saúde dos alunos que chegavam à unidade escolar. Dentre os principais estavam a higiene precária, o sobrepeso, cáries resultantes de escovação inadequada e o estilo de vida sedentário, na maioria das vezes decorrentes do uso excessivo dos aparelhos eletrônicos, em detrimento das brincadeiras que envolvem esforço físico e uma maior interação entre os alunos. Para combater esse cenário, o Projeto foi elaborado baseado no tripé higiene corporal, alimentação saudável e atividade física, considerando fundamental a participação do educador atuando em um entendimento amplo – escola, casa, rua – que considere a dimensão de tais problemas na infância dos estudantes.

Nessa perspectiva, o Projeto, antes mesmo do momento da gincana no dia do estudante, estabelece indicadores que em sua coleta de dados considera fatores como a avaliação da acuidade visual, a higiene bucal e a alimentação saudável, acompanhada da prática permanente de atividades físicas. Nesse sentido, conforme observa a Coordenação, as informações foram levantadas para subsidiar ações do Projeto visando minimizar ou mesmo sanar as possíveis enfermidades que podem comprometer a saúde dos alunos, envolvidos e motivados para as práticas saudáveis pelas equipes de saúde e de educação.

O lúdico é um elemento importante para difundir a saúde estudantil. A “Gincana Saúde na Escola” trabalha associando as brincadeiras das crianças com as atividades de saúde diversas. São exemplos a higiene bucal (com o

jogo “acerte o alvo”), a alimentação saudável (trabalhada no “jogo das argolas”), a higiene corporal (corrida do saco) e o “labirinto e tabuleiro dos hábitos saudáveis”, brincadeiras que, como outras na Gincana, são trabalhadas de modo transversal a várias questões de saúde. Além do aprendizado sobre saúde na escola, o Projeto realiza acompanhamento da prática cotidiana dos alunos, o que se dá com a necessária participação dos pais, estabelecendo-se modos de comunicação permanente entre a escola e os familiares.

Nesse trabalho, o Projeto promove orientação nutricional, acompanhamento odontológico e a verificação da caderneta de vacina. Sobre o interesse de outras escolas nas ações da “Gincana”, a enfermeira Sandrely Souza Lopes, uma das autoras do Projeto, afirma que pelo menos duas outras escolas de Campos de Júlio estão realizando atividades com abordagem semelhante à metodologia. A profissional entende que os últimos avanços estão relacionados a uma participação mais efetiva dos pais dos alunos.

“Temos tido uma ótima adesão deles. O envolvimento dos pais, aproximando-se dos professores e alunos, tem ajudado bastante no acompanhamento, trazendo resultados muito significativos”, destaca Sandrely. A inserção dos pais nas atividades do Projeto concretiza-se como fortalecimento dos vínculos afetivos que, entrecruzados com a rede escolar, contribui diretamente para conquistas no campo da saúde, provocando transformações importantes na mudança de hábitos das crianças a partir das questões trabalhadas de modo lúdico na escola.

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Município</b>                | Campos de Júlio   |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Izabel Wingenbach da Silva  |
| <b>Responsável pelo Projeto</b> | Sandrely Souza Lopes  |
| <b>Outros autores</b>           | Daniela Frohlich<br>Lisangel da Silva<br>Marlei Junges<br>Romeu Pereira Félix |
| <b>Contatos</b>                 | (65) 999689551<br>sandlopes4@hotmail.com                                      |



CUNHA PORÃ -SC

## “Mamãe, eu preciso mamar no peito”

---

Unir o útil ao agradável. O dito popular usado quando alguém quer inferir que algo se encaixa ou combina perfeitamente com outra coisa sintetiza bem a essência dessa experiência em saúde, desenvolvida lá no município de Cunha Porã, em Santa Catarina. A enfermeira Francini Werka aliou o seu hobby de tirar fotografias ao seu trabalho de orientar mães sobre a importância e as vantagens da amamentação exclusiva, até os seis meses de idade dos bebês.

A fotografia foi a ponte que permitiu levar essas informações até as futuras mães. Ainda no pré-natal, quando estão em fase de acompanhamento na Unidade Básica de Saúde, elas são atraídas a aderir a todo um processo de orientação. O mínimo de seis consultas de pré-natal e de quatro Rodas de Conversa vale um book fotográfico da gestante ou um book fotográfico do recém-nascido, além de uma bolsa de maternidade. O bebê que estiver sendo amamentado no peito ganha a foto de acompanhamento mensal.

Os resultados positivos do projeto “Mamãe, eu preciso mamar no peito”, que teve início em janeiro de 2017, são traduzidos hoje em números. O indicador de aleitamento materno exclusivo no município está em 89,47%. Até agora já passaram pelas etapas do projeto um total de 19 mulheres e 19 bebês. Nesse momento, 14 gestantes são acompanhadas.

Um estúdio fotográfico foi montado ali mesmo na Unidade Básica de Saúde. A doação de roupas para as gestantes e para os bebês garantiu os figurinos necessários durante as sessões fotográficas. Além disso, um espaço – chamado de “Cantinho da Amamentação” – foi organizado estrategicamente em frente à sala de vacina e serve para ajudar as mães a esclarecer dúvidas. Um mural intitulado “Gotinhas de Amor” também fica em destaque com fotos das mães amamentando.

Antes de a experiência começar, uma pesquisa realizada junto às Agentes Comunitárias de Saúde revelou que apenas 64% das mães estavam conseguindo amamentar exclusivamente no peito até o sexto mês. Foi quando a enfermeira Francini Werka tomou a iniciativa de pensar em algo que pudesse atrair a atenção dessas mães para que elas ouvissem orientações e mudassem de atitude.

“Percebi que precisava mudar, criar algo diferente, inovador, para chamar a atenção delas, para acompanhar essas mães e seus filhos”, conta. Restava definir o que fazer para atraí-las. O insight veio quando Francini estava assistindo a um programa de tevê e viu uma reportagem sobre a iniciativa de outra enfermeira que fazia fotos das gestantes para convencê-las a aderir ao pré-natal.

“Na hora que vi, percebi que poderia fazer algo parecido, não para aderir ao pré-natal, mas sim para estimular a amamentação”, recorda. Depois de amadurecer a ideia por alguns dias, surgiu a intenção de fotografar as gestantes no fim da gravidez e os bebês durante todos os meses de amamentação.

“Eu sabia que dessa forma eu estaria muito próxima dessas mães e famílias. Que a fotografia registraria aquele momento lindo e eu teria a oportunidade de ficar próxima delas novamente e ajudar na amamentação”, diz Francini sobre sua estratégia de aproximação.

É na intimidade daquele momento que antecede a fotografia que mães e enfermeira trocam experiências sobre o bebê que será fotografado. É o momento antes de “click” que cria o clima necessário para as orientações sobre a amamentação e para o esclarecimento de dúvidas. “Elas aprendem o quanto é importante o leite materno. Que o bebê precisava somente disso e nenhum outro complemento”, relata.

Francini destaca ainda outro impacto considerável dessa interação mãe-filho, já que o bebê que mama fica de oito a 12 vezes por dia em contato com a pele da mãe, numa conexão que não ocorre mais pelo cordão umbilical, mas pelo peito. “Existe essa troca única de carinho e afeto que só é possível na hora da amamentação”, completa.

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Município</b>                | Cunha Porã  |
| <b>Secretário de Saúde</b>      | Alexandre Lencina Fagundes                                    |
| <b>Responsável pelo projeto</b> | Francini Werka Friedrich                                      |
| <b>Contato</b>                  | 49-3646 3342 / (49) 99191-7072<br>francini_werka@yahoo.com.br |

HERVAL D'OESTE - SC

## Grupo de Bem com a Vida promove saúde na zona rural

---

O Ministério da Saúde (MS) estima que o Brasil terá em 2025 acima de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e a maioria deles, cerca de 85%, apresentará pelo menos uma doença. Pela crescente prevalência na população, as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) têm recebido cada vez mais atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objetivo é proporcionar qualidade de vida a quem sofre, por exemplo, com problemas cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus. De acordo com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), só em 2015 elas foram responsáveis por quase 52% das mortes de brasileiros e brasileiras entre 30 e 69 anos.

As atividades de vigilância epidemiológica das DCNTs são essenciais para conhecer a extensão, a distribuição e a tendência dessas patologias e de seus fatores de risco, reunindo dados necessários para subsidiar o planejamento, a execução e o monitoramento das ações de controle e prevenção. Em Herval D'Oeste, cidade catarinense com pouco mais de 20 mil habitantes, uma estratégia proposta em 2012 pela Secretaria Municipal de Saúde atraiu usuários interessados em cuidar da saúde através da alteração de hábitos cotidianos. O Grupo de Bem com a Vida foi a forma encontrada pelos profissionais de saúde para integrar atenção coletiva à atenção individual em áreas rurais do município.

Nesse sentido, as oito Equipes de Saúde da Família, compostas por médico, enfermeiro, auxiliar e técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde, desenvolveram ações intersetoriais que propiciassem a melhoria da assistência direta, com foco coletivo, e a redução da demanda espontânea, característica de unidades de saúde da região. Visando uma abordagem ampla, o grupo passou a promover, a partir de 2013, atividades que não se limitavam ao tema da saúde, mas que incluíam também cultura e lazer, transformando os encontros em espaços agradáveis e atraentes e não em uma obrigação aos usuários.

Engenheiros, médicos especialistas, agrônomos e outros profissionais também foram convidados para orientar os pacientes sobre iniciativas que podem melhorar aspectos da vida cotidiana, como dicas para estruturas em casas onde há pessoas com dificuldade de locomoção. Por conta disso, o grupo está sempre em busca de articulações com outros setores da sociedade civil para enriquecer as atividades multidisciplinares, integrando a assistência à saúde de maneira indireta e complementar. Já são parceiros do projeto o SESC, o SESI, o SENAC e o SENAT, que oferecem suporte pedagógico, de assis-

tência social, de educação física e de aproximação com os produtores rurais.

Uma vez por ano os participantes são avaliados por meio de medições e de exames laboratoriais, que buscam levantar dados para a análise da efetividade do projeto na vida dos usuários e para o controle da saúde da população rural. São observados indicadores como pressão arterial sistêmica, taxa de glicemia de jejum, colesterol total, creatinina e triglicérides. Além disso, um estudo de caso e controle é feito com três grupos de usuários: o primeiro com os pacientes acompanhados pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), o segundo com os que participam somente do grupo de hipertensos e o terceiro com quem não tem acompanhamento nenhum.

Em pouco tempo de atuação, o Grupo de Bem com a Vida se tornou uma estratégia de grande relevância para a rede de assistência à saúde em Herval D'Oeste. Para 79% dos participantes, o projeto demonstrou grande impacto em suas vidas com a incorporação de práticas mais saudáveis no cotidiano. Além disso, o monitoramento dos exames laboratoriais mostrou que 73% melhoraram as taxas de colesterol total, 85% de creatinina, 54% de glicemia em jejum e 75% na melhoria dos triglicérides. Com relação a melhoria do estilo de vida, quase 99% apresentaram patamares de excelente, muito bom ou bom.

Os resultados demonstram ainda que as atividades coletivas associadas à avaliação individual tem influência positiva no processo de cuidado em saúde. De acordo com dados do levantamento, foi possível identificar que o grupo afetou favoravelmente a convivência dos participantes com a família e os amigos, a frequência de realização de atividade física e os hábitos de alimentação. Por conta disso, 96% dos usuários que estavam no projeto não precisaram de atendimento em setores de urgência e emergência no ano de 2016.

A tentativa de universalizar a atenção básica esbarra muitas vezes em dificuldades de acesso aos serviços, sobretudo quando se trata da efetividade da assistência à população rural. A iniciativa do Grupo de Bem com a Vida mostrou, entretanto, que é possível com a mesma estrutura de atendimento traçar uma abordagem mais próxima e cativante aos usuários. O mérito do projeto para influenciar de forma positiva os participantes a ter um estilo de vida mais saudável está ainda na abordagem interdisciplinar e coletiva que, associada ao monitoramento individual programático e permanente, motiva os habitantes de Herval D'Oeste a manter o cuidado com a saúde.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Herval D'Oeste   |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Marilia Langer   |
| <b>Responsável pelo projeto</b> | William Cesar Gavasso  |
| <b>Outros autores</b>           | Michele Aline Denbinski<br>Mileide Sofia Batista<br>Greici Kelly Holfelder |
| <b>Contato</b>                  | (49) 3554-1111<br>william.gavasso@unoesc.edu.br                            |

HUMAITÁ - AM

## Projeto Acesso Certo reorganiza AB e diminui atenção hospitalar

---

O Brasil é o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes que possui um sistema de saúde universal, público e gratuito. Em um território de proporções continentais, o Sistema Único de Saúde (SUS) beneficia 190 milhões de brasileiros, dos quais 145 milhões dependem exclusivamente da assistência pública. Em menos de 30 anos de implantação, o Sistema chegou a números impressionantes: por ano são realizados cerca de 3,2 bilhões de atendimentos ambulatoriais e quase 454 milhões de consultas médicas. Desde a sua criação formal pela Constituição de 1988, o SUS unificou o acesso da população aos serviços de saúde ofertados pelos três entes da federação e os tornou abertos a toda e qualquer pessoa, sem a necessidade de comprovação de vínculo com alguma instituição.

Em Humaitá, município de mais de 50 mil habitantes no sul do Amazonas, o primeiro nível de atenção à saúde, considerado a porta de entrada do SUS, é formado por 13 Equipes de Saúde da Família, com Saúde Bucal, e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família, garantindo 65% de cobertura à população. A partir de 2016, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) passou a contar ainda com uma Unidade Básica de Saúde Fluvial, que consegue levar assistência às áreas ribeirinhas. Mesmo com essa estrutura, a gestão em saúde do município percebeu que a rede estava ineficiente e que era necessário avaliar os processos de trabalho no âmbito da atenção básica.

O diagnóstico realizado pela SMS constatou que a rede de atenção à saúde estava fragmentada e ofertava uma assistência descontínua, com forte polarização entre a atenção básica e o hospital municipal. Com a hegemonia do cuidado hospitalar e a ausência de coordenação dos pontos de apoio, o trabalho dos profissionais não tinha ênfase em medidas promocionais e preventivas, tampouco era territorializado, o que acarretava um sistema ineficaz por atender em maior medida pessoas já adoecidas. Diante do cenário observado, a área técnica da gestão em saúde de Humaitá elaborou conceitos e direcionamentos a fim de solucionar a desintegração da rede de atenção à saúde e a desorganização dos pontos de acesso.

Para monitorar as áreas cobertas e fazer um planejamento efetivo das ações, a principal estratégia traçada pelo município foi a criação do Projeto Acesso Certo, iniciativa que teve como prioridade integrar os serviços da aten-

ção primária a partir da elaboração de Agendas da UBS e da implantação de Instrumentos de Cadastro e Rastreamento da atenção básica.

Já em um primeiro momento, a ausência de datas disponíveis na agenda da UBS se tornou um problema para usuários e profissionais, pois acarretava um fluxo não controlado para a assistência hospitalar. A fim de evitar isso, capacitações e treinamentos foram realizados dentro do processo de implantação dos instrumentos previstos pelo projeto, que orientou e assessorou as equipes de cada unidade básica. Ferramentas de informação e de planejamento inseridas no fluxo de trabalho dos profissionais facilitaram a construção das agendas diárias, ofertando e garantindo assistência nos quatro níveis preconizados: programada/agendada/ espontânea/urgência. Além disso, os padrões de identificação dos pacientes foram melhorados, adicionando categorias de informações importantes para reconhecer a localização, a classificação de risco e o fluxo do usuário dentro da rede de saúde.

A experiência rendeu resultados positivos para o encaminhamento adequado da população de Humaitá dentro da rede de saúde básica. Uma semana após a efetivação dos instrumentos e a capacitação das equipes, mais de 4 mil atendimentos foram realizados nas unidades básicas de saúde urbanas, compreendendo 791 atendimentos médicos. No mesmo período, o Hospital Dra. Luiza da Conceição Fernandes realizou 675 procedimentos de assistência em urgência e emergência, dos quais 551 foram atendimentos médicos. Analisando os dados, a coordenação do Projeto Acesso Certo concluiu que a experiência resultou em melhorias no fluxo dos usuários pela atenção básica: promoveu maior entendimento da população sobre qual ponto de acesso do SUS procurar, reduziu o número de pacientes que deram entrada no hospital e permitiu a organização da agenda da atenção básica, o que aprimorou o cuidado às demandas dos usuários.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Humaitá  |
| <b>Secretário de Saúde</b>      | Cleomar Scandolaro   |
| <b>Responsável pelo projeto</b> | Laura Patrícia S. do Nascimento Souza  |
| <b>Outros autores</b>           | Laura Aquino de Araújo,<br>Elizabeth Decesário,<br>Núbia Chagas de Carlos,<br>Elimara Santos Riça,<br>Solange Miranda Chaves |
| <b>Contatos</b>                 | (97) 3373-3869 / (97) 98105-2957<br>semsahumaita@hotmail.com   |

PORTO SEGURO - BA

## Sistematização do trabalho com base no PMAQ qualifica a AB

---

A Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo predominante de Atenção Básica no país, apresenta inegável aumento de cobertura populacional ao longo dos últimos 20 anos. Esforços para a sua qualificação vêm sendo realizados com a perspectiva de garantia do acesso e da qualidade na prestação do cuidado. Nesse sentido, a avaliação em saúde deve ser compreendida em termos do seu papel estratégico, para subsidiar processos decisórios, e no aspecto tático-operacional, utilizada para melhorar a capacidade organizacional da Atenção Básica (AB), favorecer a comunicação e a informação e garantir a transparência na gestão.

O compromisso com a melhoria da qualidade deve ser permanentemente reforçado com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos novos desafios colocados pela realidade. Deve-se considerar a complexidade crescente das necessidades de saúde da população, devido à transição epidemiológica e demográfica e ao atual contexto sociopolítico, além do aumento das expectativas da população em relação à eficiência do SUS.

Com esse foco, o município de Porto Seguro se propôs a sistematizar o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família por meio da padronização de registros. Para tanto, utilizou como base os documentos comprobatórios orientadores do Manual de Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O programa tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território, por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde da família.

O PMAQ está organizado em fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria da atenção básica. A avaliação externa busca verificar, reconhecer e valorizar os esforços e resultados das equipes e dos gestores municipais de saúde na qualificação da Atenção Básica.

O primeiro passo do projeto em Porto Seguro foi a realização de uma Simulação da Avaliação Externa junto aos representantes do PMAQ nas unidades da Estratégia de Saúde da Família, para levantamento de dados de acordo com o cálculo de certificação do PMAQ. Depois, foi feita a análise dos dados coletados dos documentos comprobatórios da Avaliação Externa.

O trabalho resultou na confecção, pela Diretoria do PMAQ no município, de seis ferramentas de controle e monitoramento: os livros de Procedimentos de Enfermagem, de Acolhimento à Demanda Espontânea, de Agenda Diária, de Atendimento Domiciliar, de Planejamento Familiar, e os de Registro Agente de Saúde.

Além disso, o projeto também incluiu a capacitação da equipe de Apoio Institucional da Atenção Básica, para realização de suporte às ESF na realização e monitoramento dos registros. O objetivo também é promover reuniões por ESF aderidas ou não ao PMAQ, para orientação do preenchimento dos livros, monitoramento de registros por meio de supervisão in loco e acompanhamento da produção do e-SUS AB.

Como resultado da implantação dos livros nas Unidades de Saúde da Família, houve uma mudança na quantidade e qualidade de atendimentos pelos profissionais médicos e enfermeiros, além da participação e implantação do processo de acolhimento por todos os profissionais das ESF. Houve ainda um aumento dos atendimentos prestados ao Planejamento Familiar, do monitoramento dos pacientes nas áreas dos Agentes Comunitários de Saúde, do atendimento domiciliar e da visita puerperal. Outro resultado positivo foi a implantação do Projeto Terapêutico Singular com os profissionais NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

A sistematização do processo de trabalho, respeitando a diversidade territorial de cada ESF, proporcionou para a equipe uma visão holística do seu atendimento e monitoramento dos pacientes do seu território. Para alguns profissionais, como os Agentes de Saúde, o livro serviu como orientação de algumas atribuições mais relevantes muitas vezes dispersas pelo sistema. Assim, a adesão à realização dos registros nos livros fez com que os servidores entendessem a importância da Sistematização dos Registro de Atendimentos e Procedimentos realizados na Atenção Básica.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Porto Seguro   |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Edna de Souza Laves Santos   |
| <b>Responsável pelo Projeto</b> | Gislane Moraes   |
| <b>Outros autores</b>           | Edna de Souza Alves Santos,<br>Claudia Silva Santos Oliveira,<br>Larissa Altoé |
| <b>Contatos</b>                 | (73) 98846-7047<br>gislanemmariani@gmail.com                                   |



RECIFE - PE

## Programa Academia da Cidade vira referência internacional

---

O sedentarismo e a alimentação inadequada produzidos pelo ritmo de vida dos moradores das grandes cidades contribuem para o desenvolvimento de uma população com baixa qualidade de vida e com alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DNCT). A cidade do Recife, capital pernambucana com 1,6 milhão de habitantes, está inserida na tendência mundial de envelhecimento da população e crescimento de patologias relacionadas ao aparelho circulatório e à mudança no perfil nutricional, com índices gradativos de pessoas com sobrepeso e obesidade. Na maior cidade de Pernambuco, as doenças cardiovasculares são a primeira causa de óbito desde a década de 1970 e as do aparelho circulatório ocupam o segundo lugar como causa de internações.

Para mitigar os efeitos do adoecimento por DCNTs, estudos apontam a prática de atividade física e a adoção de uma alimentação saudável como fatores de prevenção e promoção da melhoria da qualidade de vida. Nesse sentido, a Secretaria de Saúde do Recife inovou e criou em 2002 uma experiência multiplicada depois em todo território nacional: o Programa Academia da Cidade (PAC), cujo objetivo é inverter o modelo de saúde vigente, centrado na patologia e na medicalização, e promover a saúde dos moradores através da realização de exercícios físicos. O projeto foi institucionalizado através de decreto municipal em 2003 e se tornou uma política de promoção da saúde na Atenção Básica três anos depois.

Orientado pela Política de Atenção Básica e pela Política Nacional de Promoção da Saúde, o PAC é uma estratégia regida por princípios como a autonomia do sujeito, o protagonismo social, a intersetorialidade, a gestão compartilhada e a interdisciplinaridade. Nesse sentido, o programa visa contribuir para a promoção da saúde individual e coletiva através da prática de atividades físicas, lazer e orientação para adoção de hábitos alimentares saudáveis, potencializando o uso dos espaços públicos e equipamentos de saúde da capital pernambucana.

Em 15 anos, 42 locais já foram requalificados nos oito Distritos Sanitários do Recife, em espaços como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), unidades básicas de saúde, organizações não-governamentais, associações comunitárias e outros polos identificados para atuação do programa. O funcionamento acontece de segunda a sexta-feira, em horários regulares – 5h30 às 11h30 e das 14h às 20h –, e é aberto a todos que desejam participar, acolhendo

todas as faixas etárias, seja por demanda espontânea ou encaminhamento. Só no ano de 2016 foram realizados cerca de 708 mil atendimentos, o que corresponde a um aumento de quase 30% em relação ao ano anterior.

Estudo realizado em 2008 pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC/EUA), em parceria com o Ministério da Saúde, avaliou os efeitos do PAC e classificou a intervenção como bem sucedida. Os dados mostraram que onde existem polos as chances de as pessoas realizarem atividade física são três vezes maiores e que os espaços requalificados promovem a ocupação a partir da segurança, limpeza e acessibilidade, o que demonstra a importância da escolha dos locais. Além disso, a redução do uso de medicamentos pelos participantes é um dos resultados mais notáveis do Programa: de acordo com o monitoramento de um centro médico de referência em diabetes e hipertensão do Recife, após o ingresso no PAC, 26% das pessoas com hipertensão, 20% dos pacientes com colesterol alto e 2% dos diabéticos diminuíram a quantidade de medicação ingerida em função dessas doenças.

Além de ganhar diversos prêmios dentro e fora do Brasil, como o primeiro lugar no Concurso Cidades Ativas, Cidades Saudáveis de 2015, promovido pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em parceria com o CDC/EUA e a Fundación Ciudad Humana de Bogotá, a iniciativa inspirou a implantação de um programa de atividades físicas para comunidades latinas que vivem em San Diego, na Califórnia, e virou referência nacional para implantação, em 2013, do Programa Academia da Saúde pelo Ministério da Saúde. Assim, enquanto política pública de saúde inserida no fortalecimento das ações de Atenção Básica no território, o PAC tem se mostrado uma eficaz ferramenta para adoção de hábitos saudáveis, empoderamento social e mudanças nos perfis das doenças crônicas não transmissíveis.

Partindo de um conceito ampliado de saúde voltado à promoção integral da qualidade de vida da sociedade, o Programa Academia da Cidade é um instrumento de implantação e fortalecimento de ações transversais, intersetoriais e integradas que visam fomentar, além do diálogo entre as diferentes áreas do setor saúde, a articulação entre diversos setores da administração pública, da iniciativa privada e da sociedade civil em geral, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade sobre a proteção e o cuidado com a vida.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Recife (PE)  |
| <b>Secretário de Saúde</b>      | Ricardo Augusto Menezes da Silva   |
| <b>Responsável pelo Projeto</b> | Ricardo Augusto Menezes da Silva   |
| <b>Outros autores</b>           | Tatiana Martins Ferraz Holmes;<br>Renan Wallacy Yvson dos Santos;<br>João Vitor Rodrigues Leite de Paiva |
| <b>Contatos</b>                 | 81.33552812<br>ricardomenezes@recife.pe.gov.br   |

SÃO BENTO DO SUL - SC

## Farmácia Viva promove arranjo produtivo local sustentável

---

O Brasil é um dos 188 países signatários da Convenção sobre Diversidade Biológica, também conhecida como Convenção da Biodiversidade, um tratado internacional multilateral que prevê proteção e uso responsável da diversidade natural. Com a riqueza ambiental e biológica que apresenta, o território brasileiro é cobiçado pelos gigantes laboratórios químicos que buscam no saber popular e tradicional atalhos para o conhecimento de drogas que podem ser comercializadas. Em realidades como a brasileira, a Organização Mundial da Saúde estima que 80% da população utiliza plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos como forma de tratamento de alguma doença ou desconforto.

Na contramão da ânsia pela produção em larga escala de medicamentos industrializados, o Ministério da Saúde instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a proposta de “farmácias vivas”, que se consolidou pelo país ao promover o uso sustentável da biodiversidade, respeitando saberes populares e tradicionais e promovendo a inclusão social. Disseminada na década de 1980 a partir do trabalho do farmacêutico-químico cearense Francisco José de Abreu Matos, o Professor Abreu Matos, a iniciativa atualmente está inserida no contexto da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, que compreende seis etapas entre o cultivo e a dispensação das preparações manipuladas a partir de plantas medicinais e fitoterápicos.

É dessa fonte que bebe o projeto desenvolvido em São Bento do Sul, situado no planalto norte catarinense, e que vai além ao articular a Farmácia Viva com práticas de proteção ambiental e geração de renda já formuladas no município. Com pouco mais de 80 mil habitantes, a cidade está localizada em uma região de transição do ecossistema da Mata Atlântica, sob os contornos da Serra do Mar, para a floresta de araucárias, proporcionando fauna e flora ricas em número e variedade de espécies. Em termos hídricos, São Bento do Sul é abastecida por um manancial que, devido à sua importância, conta com um consórcio intermunicipal responsável pelo gerenciamento da Área de Preservação Permanente (APP).

As margens desse aquífero, chamado Rio Vermelho, foram o espaço escolhido para receber o arranjo produtivo local de plantas medicinais nativas. Liderado pela coordenadora da Farmácia Viva, o projeto articula o Programa de Fitoterapia no SUS, o Programa de Pagamento por Serviços Ambientais Produtor de Água do Rio Vermelho (PSA), o Serviço Autônomo Municipal de

Água (Samae) e as Secretarias de Saúde, de Meio Ambiente e da Agricultura. A estratégia é simples e inovadora: assessorar os produtores rurais, situados no polígono da APP, na extração sustentável de plantas medicinais nativas e recompensá-los através do sistema de valoração do PSA. Aprovado em 2010, o PSA é uma lei municipal que prevê a conversão de ações de preservação ambiental em renda para as famílias participantes.

Uma das formas de conservação dos mananciais é o reflorestamento da região com espécies nativas, refazendo ou aumentando os componentes da mata ciliar. Por conta das especificidades do ecossistema do Rio Vermelho, a Farmácia Viva selecionou para o projeto duas espécies nativas de interesse do SUS: a Aroeira Vermelha (*Schinus terebenthifolius*) e a Espinheira Santa (*Maytenus ilicifolia*). Utilizadas no tratamento de doenças do aparelho reprodutor feminino e em distúrbios gástricos, respectivamente, as espécies fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos (Rename), que leva em consideração os princípios ativos da casca da Aroeira e da folha da Espinheira Santa.

Após verificação técnica da área de preservação e confirmação da presença de exemplares das duas plantas, em 2017 foi iniciado o trabalho para envolver na experiência de extração sustentável da matéria-prima as 12 propriedades rurais participantes do PSA. O início da produção está previsto para o inverno de 2018, durante o mês de junho, mas a distribuição para as unidades de saúde só poderá ser feita depois da capacitação dos profissionais prescritores de medicação e da inclusão das espécies na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume), previstas para o terceiro trimestre deste ano.

Preservação do leito do Rio Vermelho e menores gastos em tratamento do aquífero, inclusão dos produtores rurais no cultivo de plantas medicinais através do Programa de Pagamento por Serviços Ambientais e fomento do uso racional de fitoterápicos. O projeto da Farmácia Viva de São Bento do Sul tem o mérito de reunir a um só tempo resultados ambientais, econômicos, sociais e de saúde. De acordo com a farmacêutica coordenadora da experiência, Ana Carla Cruz, o projeto ainda tem como meta reduzir a prescrição indiscriminada do omeoprazol, o medicamento mais comprado pela farmácia básica do município, ampliando as opções terapêuticas ao paciente e cortando custos ao erário. Vários resultados que tem o usuário do SUS como principal beneficiado.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | São Bento do Sul   |
| <b>Secretário de Saúde</b>      | Manuel Rodriguez Del Olmo  |
| <b>Responsável pelo projeto</b> | Ana Carla Koetz Prade De Oliveira Cruz   |
| <b>Outros autores</b>           | Manuel Rodriguez Del Olmo<br>Paulo Schwirkowski<br>Etiane Linzmeyer<br>Suzieli Lamin |
| <b>Contato</b>                  | (47) 3631 0416<br>e-mail: ana_cruz@saobentodosul.sc.gov.br                           |

CONTAGEM - MG

## Desospitalização de crianças reduz custos e otimiza oferta de leitos

---

Com o objetivo de desospitalizar crianças com perfil de atendimento domiciliar, otimizar a gestão de leitos e reduzir gastos hospitalares, o município mineiro de Contagem, com cerca de 554 mil habitantes, implantou em janeiro de 2016 uma Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar Pediátrica (EMAD Ped). Essa iniciativa foi uma continuidade da política de desospitalização desenvolvida pelo município desde 2012, que integra o programa do governo federal “Melhor em Casa”.

Baseados em estudos e respaldados em orientações do Ministério da Saúde, os gestores de Contagem se lançaram no desafio de iniciar esse trabalho. Tudo começou a partir da necessidade cada vez crescente de desospitalizações de crianças com o seguinte perfil: as que estavam internadas com doenças crônico-degenerativas, as que precisavam ganhar peso e as que estavam em tratamento de icterícia neonatal.

Para a gestão, o importante era solucionar o problema recorrente da falta de leitos, com a garantia de dar segurança aos pacientes a partir de um atendimento de qualidade prestado em casa. E, como consequência, diminuir os elevados gastos com internação hospitalar. O valor médio com apenas três crianças com doenças crônicas – internadas em novembro de 2015 – foi estimado em R\$ 166,8 mil por mês, enquanto o repasse financeiro do Sistema Único de Saúde foi apenas de R\$ 55,6 mil.

Os profissionais de saúde perceberam que essas três crianças, que estavam sob cuidados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, do Centro Materno-Infantil Juventina Paula de Jesus, correspondiam ao perfil de acompanhamento domiciliar. Além delas, outras dez crianças internadas naquele mesmo mês de novembro tinham perfil para desospitalização: sete estavam internadas no Complexo Hospitalar da maternidade e outras três na Unidade de Cuidados Intermediários Pediátrica, também do centro materno-infantil.

A partir dessas observações, a equipe estabeleceu metas e prazos, conseguindo implantar a EMAD Pediátrica dois meses depois, em janeiro de 2016. Na composição da equipe, estavam seis técnicos em enfermagem, dois enfermeiros especialistas em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, dois pediatras, sendo um intensivista e outro pediátrico, um assistente social, além de uma equipe de apoio mantida à disposição, com fisioterapeuta, fonoaudiólogo e nutricionista.

“Apesar de a gente ter um centro materno-infantil, sabemos que a falta de leitos é um problema que o Brasil todo enfrenta. Começamos a pensar em mecanismos para atender esses pacientes em domicílio e fazer essa a precoce com responsabilidade e qualidade. Vimos que as crianças que nascem ‘termo’ [entre 36 e 42 duas semanas de gestação] e necessitam de fototerapia representam um custo alto se ficam no hospital e um custo baixo se ficam em domicílio”, explica a diretora do Departamento de Atenção Domiciliar de Contagem, Andreia Devislanne Ribeiro.

Em março de 2017, a equipe iniciou as desospitalizações de recém-nascidos em tratamento de icterícia neonatal. Para viabilizar essa ação, o município adquiriu cinco aparelhos de fototerapia e dois aquecedores de ambiente. Independentemente do problema, a identificação das crianças que correspondem ao perfil da desospitalização passou a ser feita diariamente por meio de uma busca ativa realizada pelo médico intensivista, no centro materno-infantil.

A redução de gastos foi surpreendente. Por exemplo: a estimativa de gasto com um leito do Alojamento Conjunto da maternidade é de R\$ 293,33 ao dia. Uma criança internada para tratamentos de agravos perinatais – com cinco dias de internação média – custaria R\$ 1.465,00. O mesmo paciente atendido pela EMAD Pediátrica durante os mesmos cinco dias custou o total de R\$ 187,50. Ou seja, 12,79% do valor gasto no Alojamento Conjunto. Redução maior ainda ocorreu ao comparar os custos de uma criança portadora de doença crônica em terapia intensiva com os custos do acompanhamento domiciliar feito pela EMAD. O percentual diminuiu para 2,02% do valor gasto com a internação hospitalar.

Outro bônus para os profissionais da equipe de atendimento domiciliar foi ter conquistado confiança e credibilidade, já que inicialmente houve um pouco de resistência de outros servidores com receio em desospitalizar. “Hoje, no município, quando se fala em fototerapia e em crianças crônicas, a gente já começa a trabalhar para retirar essa criança o mais rapidamente possível de dentro das nossas unidades, com qualidade, com responsabilidade, com parceria junto à família e com treinamento para os cuidadores”, reforça Andreia Devislanne Ribeiro.

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Município</b>                | Contagem  |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Carolina Silva Castro   |
| <b>Responsável pelo projeto</b> | Andreia Devislanne Ribeiro  |
| <b>Outros autores</b>           | Dulcinéia Cordeiro Carvalho,<br>Erivelton Cordeiro Carvalho,<br>Luciano Gonzaga e Freitas |
| <b>Contatos</b>                 | (31) 3362.2917<br>andrea.devislanne@contagem.mg.gov.br                                    |

CONTAGEM - MG

## Atenção domiciliar agrega pacientes ortopédicos

---

O município de Contagem, localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte (MG), conseguiu um feito considerável ao implantar um trabalho de desospitalização de pacientes ortopédicos a partir da criação de uma Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar Ortopédica (EMAD ORTO). A intenção era que pacientes estáveis clinicamente – mas que aguardavam tratamento cirúrgico por fratura – tivessem um pré-operatório com qualidade, segurança e menor risco de infecção na sua própria casa, permitindo ao município garantir maior rotatividade nos leitos hospitalares para casos mais graves.

Somente de agosto de 2016 a março de 2017, um total de 233 pacientes ficou internado em domicílio, uma média de 29 pessoas por mês. Isso permitiu que a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) JK, que juntamente com o Hospital Municipal faz o atendimento de pessoas vítimas de trauma, aumentasse a rotatividade dos seus leitos em 30%. Além disso, o tempo de espera por cirurgias foi reduzido para até 12 dias, e o gasto com tratamento desses pacientes diminuiu 85,6% a partir da atuação da equipe ortopédica.

Isso representou um avanço significativo na qualidade dos serviços prestados a esses pacientes, já que havia antes uma demanda por atendimento maior que a oferta de serviços hospitalares. Só para dimensionar a procura por atendimento, basta observar que, dos 12 mil atendimentos realizados em abril de 2017 na UPA JK, 3.500 apresentaram queixas ortopédicas, sendo que 3,7% desse total necessitavam de procedimentos cirúrgicos. Em outro momento, isso representaria uma ocupação de muitos leitos apenas para aguardar a cirurgia.

Até 2014, quando esse trabalho foi implantado, usuários vítimas de fraturas em Contagem eram atendidos na UPA e, caso houvesse indicação cirúrgica, permaneciam internados no local ou eram transferidos para o Hospital Municipal, onde ficavam até a cirurgia. Isso representava, à época, um problema crônico. O Hospital Municipal não realizava, até então, cirurgias ortopédicas, o que veio a ocorrer somente a partir de 2014. Antes disso, todos os pacientes eram cadastrados na Central de Regulação Estadual (SUS FACIL) para aguardar uma vaga em outra cidade. Isso causava superlotação, piorava a qualidade do atendimento e elevava a espera por cirurgia a até 40 dias.

Com a criação da EMAD ORTO, fraturas sem acometimento de grandes

ossos passaram a ser acompanhadas em domicílio, o que trouxe vantagens para a gestão e para os usuários. Somente no mês de abril do ano passado, 25 pacientes foram acompanhados em casa. O custo diário com cada um deles na UPA seria em média de R\$ 150. Em 40 dias de internação, o gasto com esses 25 pacientes alcançaria R\$ 150 mil, sem possibilidade de rodízio de leito. Com a implantação da equipe de atenção domiciliar ortopédica, o gasto foi de R\$ 45 mil. Ou seja, 48% a menos que na UPA JK, atendendo aos mesmos usuários.

Para que tudo funcione satisfatoriamente, o município segue toda uma estratégia. Os pacientes que necessitam de cirurgia são cadastrados no sistema de regulação estadual (SUS FACIL), e as cirurgias são realizadas na rede de urgência estadual de acordo com sua complexidade. As captações são feitas em três dias da semana, e a equipe elege os casos com potencial para desospitalização. A partir daí, ela faz uma descrição detalhada de condições clínicas, históricos, exames realizados, intercorrências e justificativas. Tudo isso com a ciência da família acerca do futuro acompanhamento domiciliar.

Além disso, o médico cardiologista faz o exame físico, avalia os exames laboratoriais e emite o chamado “Risco Cirúrgico”. Só depois, os pacientes são encaminhados para casa, onde ficarão aguardando a cirurgia, com visitas diárias da equipe ortopédica. “O resultado foi superpositivo, pois reduzimos gastos e mantivemos os pacientes internados com qualidade e com as equipes fazendo a avaliação diariamente”, comemora a diretora do Departamento de Atenção Domiciliar de Contagem, Andreia Devislanne Ribeiro.

Ela explica que o município adotou essa ação como uma política de saúde, conseguindo aumentar a rotatividade dos leitos, sem precisar ocupá-los com pacientes que aguardam cirurgia. “Hoje, temos leito ortopédico apenas para o pós-operatório. Claro que estão excluídos os pacientes com fratura de grandes ossos, que não têm recomendação de ficar em domicílio. Mas até os pacientes que têm, por exemplo, fratura de úmero ficam em domicílio fazendo uso de anticoagulantes e sendo monitorados diariamente pela equipe”, explica.

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Município</b>                | Contagem  |
| <b>Secretário de Saúde</b>      | Luiz Fernando Avelar dos Santos   |
| <b>Responsável pelo projeto</b> | Andreia Devislanne Ribeiro  |
| <b>Outros autores</b>           | Andreza Trevenzoli Rodrigues,<br>Erivelton Cordeiro Carvalho,<br>Terezinha Regina de Souza,<br>Valéria Viviane da Silva |
| <b>Contatos</b>                 | (31) 3362.2917<br>andreia.devislanne@contagem.mg.gov.br   |



CANGUÇU - RS

## Plano Operativo na Assistência Farmacêutica reduz judicialização

---

Com o objetivo de qualificar a gestão da Assistência Farmacêutica, o município de Canguçu (RS), com cerca de 56 mil habitantes, conseguiu por meio da elaboração de um Plano Operativo acertar em cheio numa estratégia que reduziu drasticamente um problema que preocupa gestores, pacientes, defensores públicos, promotores e juizes: a fatídica “judicialização” na área da saúde. Trata-se de uma questão que tem consumido boa parte dos recursos do setor, sem que haja um consenso ou um regramento para dar fim ao imbróglio.

No caso de Canguçu, os profissionais de saúde partiram de uma ferramenta de gestão – o Planejamento Estratégico Situacional (PES) – para criar esse Plano Operativo, que, logo em sua primeira fase, chamada de momento Explicativo, apontou os problemas relacionados à Assistência Farmacêutica do município. Também permitiu a identificação do principal problema, que foi evidenciado pela maior pontuação recebida no processo.

A resposta encontrada foi que a Relação Municipal de Medicamentos (Remume) estava obsoleta e precisava ser atualizada a partir da realidade epidemiológica do município. Na etapa seguinte dessa dinâmica, definida como momento Normativo, foram delimitadas as operações necessárias para atingir os objetivos. Seria preciso criar uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) para planejar a seleção e compra de medicamentos; atualizar a lista de remédios da Farmácia Básica, levando em conta as necessidades dos usuários; e adequar a Remume com base no perfil epidemiológico dos pacientes.

A formulação do Plano Operativo ainda teve outros dois momentos (o Estratégico e o Tático-operacional) e contou com a participação de diferentes profissionais com atuação no município, entre eles: farmacêutico responsável técnico, farmacêutico assistente técnico, advogado, médico, enfermeira e auxiliares administrativos responsáveis pelos setores Administrativo e Financeiro da Secretaria Municipal de Saúde.

Com a atualização da Remume, ocorrida em maio de 2016, houve a inclusão de aproximadamente 30 novos fármacos na lista da farmácia básica, totalizando 225 medicamentos dispensados pela atenção básica. De cara, isso representou um impacto relevante para o município, já que um número maior de usuários passou a ter acesso na rede pública de saúde aos medicamentos de que precisava, sem a necessidade de levar o caso à Justiça.

A mudança tomou como base a 9ª edição da Relação Nacional de Medicamentos (Rename), de 2014, bem como o perfil epidemiológico da população de Canguçu. “O que mais nos surpreendeu foi a diminuição expressiva no número de processos judiciais contra o município depois da atualização da Remume, assim como o aumento da satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em encontrar os seus medicamentos disponíveis na Farmácia Municipal de Canguçu (RS)”, conta o farmacêutico Cristiano Manetti, que é autor principal da experiência de elaboração do Plano Operacional.

Como desdobramentos, ainda foram promovidas reuniões entre a Defensoria Pública, Ministério Público e Prefeitura Municipal para tratar da judicialização de medicamentos e definir os casos que mereceriam, dali por diante, deferimento por parte da Justiça. Ficou acordado que somente medicamentos não pertencentes às listas de fármacos fornecidos pelo SUS poderiam ser viabilizados por meio judicial. Além disso, os médicos dos usuários deveriam preencher um “laudo judicial” explicando as razões de prescreverem um item que não é fornecido gratuitamente pelo sistema público de saúde.

Cristiano Manetti ainda detalha outros requisitos definidos como necessários para o deferimento desses pedidos feitos à Justiça. “Somente após este laudo, uma negativa emitida pelo Sistema de Administração de Medicamentos do Rio Grande do Sul, receita médica com o princípio ativo do fármaco e um atestado médico com o número do CID (Código Internacional da Doença) e outros documentos pessoais é que é deferido judicialmente o seu processo”, conta.

Os números das finanças do município confirmam o resultado positivo. Em 2013, o município gastou com processos judiciais R\$ 63,5 mil; em 2014, R\$ 22,2 mil; em 2015, R\$ 52,7 mil; em 2016, ano de atualização da Remume, gastou R\$ 4,3 mil; e de janeiro a março de 2017, foram apenas R\$ 387,32.

Paralelamente a esses resultados, o poder público investiu, a partir de maio de 2016 até dezembro do mesmo ano, R\$ 391,6 mil em medicamentos que compõe a nova lista da Remume. De janeiro a março de 2017, foram adquiridos medicamentos pertencentes à nova lista de fármacos no valor R\$ 168,9 mil, com o objetivo de reduzir o número de processos judiciais e aumentar a satisfação do usuário junto à Assistência Farmacêutica Municipal.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Canguçu  |
| <b>Secretário de Saúde</b>      | Marcus Vinicius Muller Pegoraro                  |
| <b>Responsável pelo projeto</b> | Cristiano Manetti da Cruz                        |
| <b>Outros autores</b>           | Márcia dos Angeles Luna Leite                    |
| <b>Contato</b>                  | (53) 991282443<br>cristiano_manetti@yahoo.com.br |

PAULISTA - PE

## Programa Remédio em Casa

---

Imagine ter a garantia do acesso em casa de um medicamento de uso contínuo? Imagine não ter que se preocupar se vai faltar no centro de distribuição? Estar diante de um serviço aparentemente simples, recebendo na residência o remédio que não pode ser interrompido, mobiliza na verdade toda uma rede de serviços de saúde, o que dá a dimensão da grandiosidade do Sistema Único de Saúde. O “Programa Remédio em Casa”, da Secretaria Municipal de Saúde de Paulista, beneficia hoje 10 mil usuários do SUS. Paulista, no interior de Pernambuco, é um município com percentual de cobertura de 50% da Atenção Básica, tendo como referência cinco centros de saúde, seis policlínicas, um serviço de SAMU, dois CAPS, três residências terapêuticas, um serviço de pronto atendimento, uma UPA e dois hospitais estaduais para uma população estimada em 325 mil habitantes.

O “Programa Remédio em Casa” surge do diagnóstico do excesso de dispensação dos remédios nas farmácias das Unidades Básicas sem necessariamente contemplar o paciente crônico. Não havia controle se o participante do Hiperdia estava de fato sendo acompanhado e tendo acesso à medicação. O programa se inicia então voltado aos idosos e acamados, aqueles com mais dificuldade de se deslocar para receber o remédio a que tem direito. Mas era possível expandir e a Secretaria de Saúde assim o fez estendendo a todos os pacientes com hipertensão, diabetes e dislipidemias, nos territórios com cobertura da Estratégia Saúde da Família.

São 10 mil pessoas cadastradas, atualmente, e um controle rigoroso. O paciente que não se recadastra no Hiperdia, no prazo determinado, perde o acesso ao benefício, gerando uma corresponsabilização com o próprio tratamento. Ele tem, portanto, que estar em acompanhamento na unidade, por um médico da Estratégia Saúde da Família.

O “Remédio em Casa” funciona assim: após ingressar no programa, o paciente recebe em casa um kit padronizado dentro de uma sacolinha contendo medicação para três meses de tratamento. Depois desse período a receita é revalidada para mais três e, ao final desse período, ele precisa voltar à unidade de saúde para avaliação. As entregas em domicílio são feitas pelos quatro motoqueiros da secretaria de saúde que têm potencial de entrega de 70 kits por dia. Caso não chegue, o paciente pode se dirigir à unidade de saúde para receber sua medicação. O município está fazendo a aquisição de um sistema para realizar todo o georreferenciamento das entregas.

A repercussão é visível no controle da dispensação dos medicamentos e na

estabilidade do quadro de saúde dos pacientes do Hiperdia, já que não existe razão para a descontinuidade do tratamento. O programa também “desafoga” a unidade de saúde, ao evitar esses deslocamentos apenas para receber os remédios. A orientação quanto as prescrições o usuário recebe nas consultas na unidade de saúde. O programa é voltado para o paciente crônico, aquele que a unidade de saúde conhece bem, diminuindo os riscos de qualquer intercorrência. A própria dinâmica do “Remédio em Casa” também favorece o controle com os panfletos informativos que acompanham o kit. Paulista recebeu outros municípios com interesse de conhecer a iniciativa, replicá-la.

“Como sanitarista e defensora do Sistema Único de Saúde, o maior impacto desse programa na minha perspectiva é a garantia do cuidado e o acompanhamento do paciente pela Estratégia Saúde da Família, sem que haja descontinuidade no seu tratamento, diminuindo os riscos de agravos. Então, a gente evita que o paciente crônico de hipertensão, diabetes e dislipidemias entre na alta complexidade a partir do cuidado que recebe na Atenção Básica. Além disso, o programa garante que esse paciente volte à unidade de saúde com mais frequência, para um acompanhamento efetivo e não apenas para buscar a medicação. No momento em que se discute o financiamento, garantir que não haja descontinuidade no tratamento, nem desvio ou desperdício, dá a dimensão da estratégia de economia e de potencialização da gestão do SUS no município”, avalia a Secretária de Saúde de Paulista, Fabiana Damo Bernart.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Paulista (PE)  |
| <b>Secretário de Saúde</b>      | Fabiana Damo Bernart   |
| <b>Responsável pelo Projeto</b> | Fabiana Damo Bernart   |
| <b>Outros autores</b>           | Maria Clara Rodrigues de Freitas,<br>Tathiana Teles de Andrade Rocha,<br>Rafaela Cavalcanti Lira |
| <b>Contatos</b>                 | fabianabernart@hotmail.com<br>81-987885077   |

CONTAGEM - MG

## Sistema de informação qualifica fluxo de atendimento

---

Para agilizar a troca de informações entre profissionais de saúde e reduzir o tempo de espera dos pacientes, o município mineiro de Contagem, que é dividido em oito distritos sanitários, colocou em prática, no ano de 2016, um sistema informatizado para melhorar a gestão do Serviço de Atendimento à Distância (SAD). Em atividade desde o ano de 2012, o serviço padecia com a comunicação falha e com o envio incompleto de dados para sua coordenação.

Para entender como o sistema de informatização melhorou a prática dos profissionais de saúde e facilitou a vida dos pacientes, é fundamental conhecer a estrutura desse atendimento à distância. O SAD conta atualmente em Contagem com seis Equipes de Atenção Multidisciplinar (EMAD) e duas Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), que fazem parte do programa federal “Melhor em Casa”.

As primeiras – EMADs – são formadas por dois médicos, dois enfermeiros e seis técnicos de enfermagem; as segundas – EMAPs – por três fisioterapeutas, um fonoaudiólogo, um nutricionista e três assistentes sociais. A dificuldade em agilizar as informações se dava justamente porque a gestão do Serviço de Atenção Domiciliar de Contagem é realizada num local distante das bases onde estão sediadas essas equipes.

Enquanto a gestão está situada na própria Secretaria Municipal de Saúde, duas EMADs e as duas EMAPs estão localizadas no Complexo Hospitalar. As outras quatro EMADs estão localizadas nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) do município. Com isso, a perda de informações era constante, os pedidos de captações da rede de saúde demoravam a chegar pelo Serviço de Malote disponível à época e, quando eram remetidos por e-mail, muitos chegavam incompletos, dificultando o atendimento.

O que acontecia era uma demora considerável para o paciente quando havia, por exemplo, um pedido de captação. Ou seja, uma solicitação para que uma equipe fosse à residência daquele usuário verificar se ele atendia aos requisitos para ficar recebendo cuidados de saúde à distância, e não diretamente no ambulatório ou no hospital.

Então foi criado no início de 2016 um sistema de informação próprio, simples e gratuito. A gestão construiu um website (o [sad-contagem.webnode.com](http://sad-contagem.webnode.com)) que, além de prestar informações gerais do serviço, disponibiliza um

campo em que a solicitação de atendimento pode ser feita via on-line, pelo link “Solicite Atendimento Aqui”. Vinculado ao site existe um “Formulário de Captação”, que pode ser preenchido por todos os profissionais de saúde que necessitem acionar o atendimento das equipes.

Associado a esse “Formulário de Captação” existe uma planilha, visível a todos os profissionais do SAD, inclusive pelo celular, permitindo a eles o acesso às solicitações de captação. Todos esses pedidos são informados instantaneamente às EMADs, que avaliam a possibilidade de atendimento e informam a data da captação.

“Com isso, reduzimos o tempo de espera de captação dos pacientes. Antes, a solicitação podia vir por malote ou por telefone. E a gente não sabia, por exemplo, quem era o profissional que solicitou, além de outras coisas. Com esse mecanismo de gestão, conseguimos saber quem pediu, porque pediu e a que horas pediu. Isso faz com que o município tenha um retorno muito grande acerca das admissões. Conseguimos reduzir o tempo de espera do usuário para uma avaliação da atenção domiciliar para 24h”, detalha a diretora do Departamento de Atenção Domiciliar de Contagem, Andreia Devislanne Ribeiro.

Também foram criadas e vinculadas ao website outras três planilhas on-line de uso restrito do Serviço de Atenção Domiciliar: a planilha Censo e Indicadores, a Planilha de Curativos e a Agenda EMAP – todas acessíveis em tempo real pelos servidores que fazem parte do programa.

Os enfermeiros alimentam o censo com indicadores assistenciais e a relação de pacientes já atendidos pela respectiva EMAD. Até então, o censo era enviado manualmente e depois transcrito para o computador, gastando tempo e retrabalho dos digitadores.

A Planilha de Curativos é preenchida pelos servidores das EMADs e pelos dois Ambulatórios de Curativos Especiais, integrantes do Departamento de Atenção Domiciliar. Existe uma aba para alimentação da produção de curativos. Por último, a Agenda EMAP, que contém data do encaminhamento, nome do paciente, endereço, descrição do caso, encaminhador, data de atendimento e observações.

O resultado de todo esse trabalho de informatização da gestão do SAD, em Contagem, foi melhorar a prestação do serviço, diminuindo, sobretudo, o tempo de atendimento às solicitações de captação de pacientes. Ganhou a gestão, ganharam os usuários.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Contagem   |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Carolina Silva Castro                                    |
| <b>Responsável pelo projeto</b> | Andreia Devislanne Ribeiro                               |
| <b>Outros autores</b>           | Erivelton Cordeiro Carvalho<br>Luciano Gonzaga e Freitas |
| <b>Contatos</b>                 | (31) 3362.2917<br>andreia.devislanne@contagem.mg.gov.br  |

OEIRAS - PI

## Ações multiprofissionais no trabalho de prevenção ao suicídio

---

Reunir esforços em diversas áreas da saúde para prevenir casos de suicídio em Oeiras, a antiga capital do Piauí que se localiza no Centro do estado. Esse é o valoroso trabalho, realizado desde 2016, pelo Núcleo de Prevenção ao Suicídio (NPS) da Secretaria Municipal de Saúde, quando são implementadas estratégias que passam a se desenvolver em uma abordagem multiprofissional. A criação do Núcleo ocorre em função do alto número de suicídios em Oeiras, entre 3 e 6 por ano, segundo dados coletado no DATASUS, registrando índice elevado ao se considerar uma população de apenas 36.223 habitantes (IBGE-2014). Diante desse cenário, a proposta ganha boa adesão e passa a contar com envolvimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos usuários dos serviços de saúde pública do município.

Além da consolidação dos casos de suicídio, de alto índice também segundo comparativos populacionais da Organização Mundial de Saúde (OMS), os registros coletados em 2016 pelos profissionais de saúde de Oeiras, durante suas atividades de campo, apontam casos de tentativas de suicídio em diferentes áreas do município. Foi esse quadro que contribuiu para a intensificação dos trabalhos do Núcleo de Prevenção ao Suicídio, o que se deu mediante capacitação de profissionais e mobilização permanente, envolvendo formação, escuta e intervenções. Os desafios da equipe também residem na variedade e sobreposição de contextos que cercam os riscos de suicídio, compondo-se entre os fatores socioeconômicos, os psicológicos e as tensões e estresses psicossociais.

É essa complexidade de fatores que exige uma abordagem multiprofissional na prevenção dos casos. Nesse sentido, torna-se fundamental no trabalho a permanente comunicação entre os profissionais de diferentes áreas da saúde, na medida em que o combate ao problema enfrenta dificuldades ligadas a situações que não são explicitadas nos momentos de risco, havendo sempre uma distância inexata entre a iminência de se cometer o suicídio e a capacidade de interferência dos profissionais que trabalham para impedi-lo.

A Coordenadora do NPV de Oeiras, pedagoga Evanilde Ribeiro, observa que “o comportamento suicida abrange a ideia-ação suicida, as tentativas e o suicídio propriamente dito”, ressaltando que são momentos diferenciados que exigem um cuidadoso trabalho dos profissionais envolvidos no Projeto. “A forma de abordar envolve a calma, segurança, saber escutar e saber o que

vai ser falado. Para isso é preciso um manejo, a ser adquirido com capacitação, treinamento. A gente começa a identificar através de sinais de alerta: as frases ditas, as ações”, destaca a Coordenadora do Núcleo de Prevenção.

No trabalho desenvolvido em Oeiras, das 13 equipes de saúde existentes no município, seis equipes da zona urbana receberam manejo de capacitação para atuar na prevenção ao suicídio. A qualificação dos profissionais realizou-se de modo simultâneo ao trabalho com a comunidade, que envolveu rodas de conversas e palestras educativas, ocorridas principalmente nas escolas públicas de Oeiras. “Nas palestras a gente está sempre acompanhado de psicólogos. A orientação é falar sobre o assunto. As pessoas perguntam e a gente fala sim, não de qualquer maneira, mas de forma aberta, clara, segura e responsável. Assim, as pessoas podem se sensibilizar sobre o tratamento, que tem a adequação para cada um, a partir de avaliação e encaminhamento para o psiquiatra”, afirma Evanilde Ribeiro.

Em um trabalho metucioso, os profissionais ligados ao Núcleo atuam em situações classificadas como casos de risco de suicídio. Com as notificações, informações registradas no campo, passa a ser observado o comportamento da pessoa e, em algumas ocasiões, faz-se um estudo aprofundado sobre o histórico de vida, no intuito de se medir os riscos e se avaliar possibilidades de intervenção, que seria feita através de uma maior proximidade com o paciente. Há cuidados específicos em alguns setores, como a abordagem mais delicada trabalhada com os jovens, para quem se recorre a outras expressões como “valorização da vida”. Para todos os públicos são recorrentes na prevenção dificuldades ligadas ao mundo de incertezas, dúvidas e fragilidades, que na maioria das vezes se delineia no trânsito entre o espaço íntimo, a família e o universo externo.

A complexidade do trabalho reside também nas resistências dos próprios pacientes e das famílias, seja porque não conseguem ou porque não querem falar sobre os problemas, o que, além das barreiras pessoais decorrentes da dor que carregam, se relaciona também aos receios e tabus que cercam o assunto na contemporaneidade. “Há sim muitas resistências. Mesmo quando os riscos são detectados, as pessoas não conseguem falar, buscar ajuda. São resistências também das famílias, por vergonha ou mesmo desconhecimento sobre o problema”, pontua Evanilde Ribeiro. Confrontando esses e outros obstáculos, o Projeto de Prevenção em Oeiras conseguiu realizar acolhimentos, monitorando casos particulares e disseminando informações na comunidade sobre os riscos do suicídio, o que ocorreu paralelo ao aumento da capacidade de resolutividade dos profissionais de atenção básica que se envolveram nas ações a partir de 2016.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Oeiras (PI)  |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Auridene Maria da Silva de Freitas Tapety                                  |
| <b>Responsável pelo Projeto</b> | Evanilde Borges de Carvalho Ribeiro  |
| <b>Outros autores</b>           | Auridene Maria da Silva de Freitas Tapety,<br>Suely Maria Viana dos Santos |
| <b>Contatos</b>                 | (89) 99405.9703<br>evanilderibeiro2011@hotmail.com                         |



PALMAS - TO

## Educação permanente e construção coletiva na luta contra a hanseníase

---

Carregar consigo uma enorme dor que deixa marcas no corpo e penetra a alma, intensamente. As chagas que corroem o corpo, externadas na pele, que deve ser encoberta, escondida do outro. Essa é a difícil rotina dos portadores de hanseníase, que, além dos cuidados com o corpo enfermo, têm que conviver com os olhares que não compreendem os sintomas da doença, em muitas vezes cercados de preconceitos que remetem a tempos longínquos. Marcas que infelizmente ainda permanecem no mundo atual. O preconceito e a desinformação são importantes fatores no universo que envolve a hanseníase, sendo, portanto, observados com atenção pelas ações de combate à doença.

Com o objetivo de sanar os problemas de desinformação, utilizando-se da amplitude de atendimento e descentralização na saúde, o Projeto “Palmas Livre de Hanseníase” prioriza as ações de educação permanente, articulando componentes de gestão, vigilância, assistência e participação popular. No início das ações, os profissionais da saúde, de modo geral, conforme observa a Coordenação do Projeto, tinham dificuldades na identificação de casos suspeitos e no fechamento dos diagnósticos, o que se devia, principalmente, ao desconhecimento sobre a hanseníase, o medo e o preconceito da doença. Sem o componente da descentralização das ações, o diagnóstico da hanseníase era realizado, em quase 80% dos casos, apenas no ambulatório de referência municipal, dificultando ou mesmo inviabilizando o exame de contatos.

Nas atividades diretas do Projeto, a partir de março de 2016, os médicos dermatologistas da atenção especializada e do ambulatório de dermatologia sanitária do Hospital Geral de Palmas participaram dos treinamentos ministrados nos centros de saúde. O treinamento in loco incluiu biomédicos e técnicos do laboratório municipal, Laboratório Central de Saúde Pública de Palmas (LACEN) e laboratórios conveniados que realizam o exame baciloscópico de diagnóstico da hanseníase. No curso do Projeto foram capacitados residentes, acadêmicos, profissionais de saúde da marinha, exército e aeronáutica, cirurgiões dentistas, dermatologistas, reumatologistas da rede municipal e estadual.

As ações de Educação Permanente foram executadas com a pactuação de agenda de encontros nos meses de março, abril e maio de 2016, com facilitador atuando por 3 semanas consecutivas em cada mês. Nos meses subsequentes, a atividade ocorre em uma semana por mês. O cronograma considerou o

número de equipes/profissionais, permitindo a participação pelo número de vezes que fossem necessárias ao esgotamento das dúvidas. Com isso, todos os 520 Agentes Comunitários de Saúde foram capacitados para o tratamento da hanseníase, que com a participação de equipe multiprofissional envolve o reconhecimento de sinais, sintomas e/ou complicações, vigilância de contatos e o tratamento adequado durante a poliquimioterapia, assim assegurando o acompanhamento das pessoas acometidas pela doença e de seus familiares.

Em Palmas, a difusão de informações e produção de conhecimento na rede de saúde pública é impulsionada pelo fato de, em 2013, a gestão municipal do SUS ter criado a Fundação Escola de Saúde Pública (FESP/Palmas), inserida em um Sistema Integrado Saúde-Escola que transformou toda a rede de assistência em campo de ensino, implantando por exemplo o Programa Municipal de Bolsas de Estudo e Pesquisa. Nesse contexto, o Projeto “Palmas Livre de Hanseníase” desenvolveu em toda rede uma intensificação das ações na busca ativa de casos suspeitos, observando sempre a necessidade de avaliação e definição do número adequado de pacientes para cada período de avaliação.

Esse aprofundamento das ações possui muito de sua importância na descentralização, mudando a forma de trabalho que antes se restringia aos exames realizados apenas no ambulatório de referência para tratamento da doença em Palmas. Com a ampliação, as atividades de Educação Permanente foram desenvolvidas em 38 pontos da rede de atenção à saúde, totalizando 131 visitas/encontros e 524 horas de atividades no campo. No curso do Projeto, 100% dos médicos e enfermeiros da ESF foram capacitados para o diagnóstico e manejo clínico, incluindo as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

No redimensionamento que o Projeto imprimiu na forma de lidar com a doença em Palmas, foram detectados, desde 2016, 830 casos, sendo 648 casos novos, que fatalmente não seriam diagnosticados, pelo menos de forma integral, caso não ocorressem as mudanças implementadas. Os dados obtidos comprovam a efetividade do treinamento proposto para as ações de diagnóstico da hanseníase, segundo observa a Coordenação do Projeto, atestando que os resultados dos indicadores sinalizam uma construção coletiva no trabalho das equipes de saúde da família.

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Município</b>                | Palmas (TO)   |
| <b>Secretário de Saúde</b>      | Nésio Fernandes de Medeiros Junior  |
| <b>Responsável pelo Projeto</b> | Nésio Fernandes de Medeiros Junior  |
| <b>Outros autores</b>           | Jaison Antônio Barreto<br>Lorena Dias Monteiro<br>Juliana Ramos Bruno<br>Nígma Cristina de Oliveira Bezerra<br>Whisllay Maciel Bastos |
| <b>Contatos</b>                 | 63. 9984999090<br>nesio.junior@amigosdosus.med.br   |

ITAREMA - CE

## A importância da Participação Popular através das Pré-Conferências

---

Quando os mecanismos de controle social vão bem, o Sistema Único de Saúde se fortalece. Ninguém sabe melhor de si, da realidade do território, do que quem nele vive. Itarema, município do interior cearense com quase 41 mil habitantes, apostou nas Pré-Conferências Municipais de Saúde como forma de incluir a população na centralidade das decisões. Deixar que fale, opine, aponte seus dramas e soluções a partir do chão em que pisa, seja em área urbana, rural ou numa comunidade indígena.

As pré-conferências representam esse exercício de escuta coletiva, onde todo mundo pode falar. Elas se organizam em temas e as contribuições da população são sistematizadas, convertidas em propostas a serem apresentadas na Conferência Municipal de Saúde para compor o Plano Municipal de Saúde. O ano era 2013 quando a Secretaria de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde realizaram as pré-conferências, que subsidiaram a 6ª Conferência Municipal de Saúde de 2015. A experiência de participação popular foi premiada, teve grande repercussão e, em 2017, realizada novamente.

“Em 2017 resolvemos realizar novas pré-conferências porque o processo anterior foi muito produtivo, verdadeiramente participativo, houve muito envolvimento da população que se sentiu protagonista, autora de todo o processo. Imagine uma pessoa que vive em uma comunidade distante ter o direito de opinar, de falar sobre sua realidade, o que entende como prioridade?”, celebra Maria Alessandra Carvalho Albuquerque, responsável pela apresentação do projeto e apoiadora institucional do Cosems. As pré-conferências foram realizadas de forma descentralizada e contribuíram positivamente para a mudança na percepção das pessoas sobre o SUS, fazendo-as entender a legitimidade da corresponsabilidade na construção do Sistema de Saúde Municipal.

Ano passado esse processo participativo começou com foco nos facilitadores, ou seja, os profissionais de saúde responsáveis por conduzir as discussões em grupo. Para tanto, foram realizadas 14 oficinas de planejamento participativo, que são momentos de sensibilização e capacitação das equipes de saúde que fariam a mobilização e mediação das pré-conferências. Nas oficinas, os grupos seguiram o que determinava o documento orientador e cada um deles elegeu quatro delegados para o momento posterior, os encontros nas comunidades.

Itarema é um município extenso territorialmente e com características

muito diversas. Tem uma rede de serviços formada por Atenção Primária e Secundária, com 14 equipes da Estratégia Saúde da Família. Convivem no mesmo espaço geográfico comunidades praieiras e do sertão, terra indígena, assentamento de trabalhadores rurais e população quilombola... Não seria possível pensar a distribuição das 14 pré-conferências sem considerar essa diversidade não só geográfica, mas cultural. Esse processo de territorialização das pré-conferências tornou cada um desses encontros um momento singular.

A metodologia teve como ponto de partida o diagnóstico da situação local. A população foi dividida em quatro grupos temáticos nos quais discutiram Atenção Básica, Média Complexidade, Vigilância em Saúde e Assistência Farmacêutica. Essa divisão dentro dos grupos tanto podia ser aleatória, quantitativa, como pelo interesse do participante, caso manifestasse. Cada grupo tinha um facilitador e um instrumento para conduzir o trabalho, dividido em problemas e propostas para solucioná-los. Esse levantamento gerou um ranking: na visão da população quais eram os principais problemas associados, por exemplo, à Atenção Primária? O que surgiu com mais ênfase, de forma mais recorrente, foi incorporado pela Secretaria de Saúde na redefinição das políticas. No topo desse ranking, a necessidade de humanização da atenção hospitalar. Isso gerou uma mudança na direção do hospital e a contratação de um enfermeiro só para acolhimento. Ouvir a população é fortalecer a rede de saúde.

Itarema tem uma população de três mil índios da etnia Tremembé. Os encontros nas comunidades indígenas geraram intervenções na rede de média complexidade para contemplar características da religiosidade e da cultura Tremembé, com a incorporação de armadores de redes nas unidades hospitalares, adaptação do cardápio etc. Vozes que direcionaram as políticas. “Sou técnica, já fui gestora, e acredito que estar junto da comunidade, ouvi-la, é dar a oportunidade de manifestarem o que está mais próximo da realidade. Às vezes o gestor acha que a prioridade é uma coisa e a população está sentindo outra. Então, criar essa oportunidade para que as pessoas possam se expressar, se sentir empoderadas em relação a um tema tão sensível como a saúde é muito positivo”, avalia Alessandra.

Os dados das últimas pré-conferências, de 2017, foram consolidados e encaminhados para as oficinas de Planejamento Participativo que direcionaram o Plano Municipal de Saúde. Um processo de efetivação do Controle Social no SUS.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Itarema  |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Ana Paula Praciano Teixeira  |
| <b>Responsável pelo Projeto</b> | Maria Alessandra Carvalho Albuquerque                                  |
| <b>Outros autores</b>           | Ana Paula Praciano Teixeira,<br>Francisco Jackson Teixeira Albuquerque |
| <b>Contatos</b>                 | (88) 996271448<br>alessandraalbuq@hotmail.com                          |

MARATÁ - RS

## A arte como recurso na orientação sobre o uso de medicamento

---

Da imprecisa terapêutica curativa de milênios atrás até os fármacos de avançada tecnologia da atualidade, há um aspecto que une cada um desses extremos: a ideia de que algo externo ao corpo pode representar, quando ingerido, a cura para uma dor, enfermidade ou perturbação deste mesmo corpo. Esse algo externo é o que se concebeu por medicamento e cujo avanço – a partir do simples uso de uma planta – acompanhou a própria evolução humana. Estudos comprovam que o “homem de Neandertal” já tinha conhecimento desse processo.

Porém, essa relação intrínseca entre remédio e cura, construída anos a fio a partir de resultados empíricos e científicos, nem sempre é tão óbvia para quem toma a medicação. Na prática, o processo terapêutico expõe aos profissionais de saúde o desafio de criar e manter uma rotina de medicamentos para seus pacientes. Foi esse desafio que motivou as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), do município gaúcho de Maratá, a pensar uma maneira alternativa de garantir a adesão de pacientes aos medicamentos.

Com a participação direta dos agentes comunitários de saúde e com apoio de outras áreas da gestão municipal de saúde, o projeto “Medicamento é coisa séria” começou a se estruturar e tomou forma a partir da arte. A psicóloga adotou o violão como objeto de trabalho, a enfermeira assumiu o posto de vocalista e os agentes de saúde se organizaram no vocal de apoio. O grupo estava formado. No repertório, uma paródia que orienta pacientes a adotar práticas saudáveis relacionadas aos medicamentos, segundo a prescrição médica.

A música de trabalho foi criada em ritmo de lambada – a partir da composição “Adocica”, do cantor Beto Barbosa – e faz um alerta, entre outras coisas, sobre a necessidade de tomar a dose certa de remédio, de observar a validade da receita, de devolver a medicação não utilizada e de evitar a automedicação. Com tudo pronto e ensaiado, o “musical” estreou na recepção da unidade básica de saúde do município, onde passou a ser apresentado diariamente. Na parte da manhã e no turno da tarde, assim que as portas abriam, o grupo exibia a paródia de uma maneira teatral e descontraída.

A enfermeira Marly Pereira da Silva, uma das idealizadoras do projeto, conta que ele nasceu a partir da observação do hábito negativo dos pacientes

em não tomar os remédios, o que comprometia todo o esforço conjunto para promover entre eles uma melhor qualidade de vida. “Em vários momentos, percebemos que a população não estava tomando a medicação. Isso era identificado na visita domiciliar dos agentes comunitários de saúde, nas consultas com os médicos e nas triagens [na unidade de saúde]”.

Em função dessa recusa diante da medicação, a enfermeira explica que era comum observar em muitos pacientes dificuldade, por exemplo, para baixar a pressão, controlar a diabetes ou curar uma infecção. “A gente viu que essas pessoas não estavam fazendo o tratamento adequadamente e que tinham também uma frequência maior no posto. Buscavam um médico hoje, outro amanhã, e na verdade não estavam fazendo o tratamento orientado pelo primeiro médico”, relata.

Foi aí que surgiu a ideia de intervir para mudar esse quadro. Além de cantar a música, os profissionais ministravam uma palestra que passou a fazer parte do script da apresentação, reforçando para os pacientes as consequências boas e más de aderir ou não ao tratamento. O público era formado por aquelas pessoas que chegavam à unidade de saúde em busca de atendimento. Mas, com o projeto já firmado, esse público foi ampliado e agregou pessoas que estavam espalhadas por todo o município de Maratá.

A cada semana, toda quarta-feira, uma comunidade diferente recebia a visita do projeto. “As comunidades ficavam surpresas com as informações, porque perceberam que muitas vezes é fácil responsabilizar o médico, a instituição, e não fazer sua contrapartida. Mas nessa busca pela saúde todos estão envolvidos e todos fazem parte”, explica Marly Pereira.

Caminhando para fazer dois anos, o projeto continua ativo no município, com efeitos positivos inquestionáveis entre os pacientes, que surpreendeu os profissionais de saúde pela grande adesão e a mudança de comportamento.

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Município</b>                | Maratá  |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Gisele Adriana Schneider                                |
| <b>Responsável pelo Projeto</b> | Marly Pereira da Silva                                  |
| <b>Outros autores</b>           | Priscila Buttembender,<br>Agentes Comunitários de Saúde |
| <b>Contato</b>                  | 51)99623-9810<br>enfmarly@gmail.com                     |

CAJAZEIRINHAS - PB

## Apoiadores regionais criam ferramenta para qualificar PMS\*

---

O planejamento no setor de saúde se configura como um relevante mecanismo de gestão, que visa a orientar o processo de consolidação do SUS. Essa função estratégica de gestão é assegurada pela Constituição Federal e regulamentada pela Portaria 2.135/2013, que estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. O Decreto 7.508/2011, que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990), resgatou, ao menos no plano discursivo, a necessidade de se estabelecer um movimento contínuo, articulado, integrado e solidário do processo de planejamento em saúde.

Na discussão sobre a necessidade de qualificação dos planos municipais de saúde a partir desses dois normativos, apoiadores institucionais da 10ª e 13ª região de saúde da Paraíba, em comunhão com a Gerência de Saúde, elaboraram em novembro de 2015 uma ferramenta facilitadora para ajudar os gestores locais a avaliar e readequar seus respectivos planos de saúde.

O resultado foi consolidado em um guia que, além de destrinchar os principais conceitos contidos na legislação, dividiu os tópicos da elaboração do Plano de Saúde em perguntas que deveriam ser respondidas pelo gestor municipal no documento, simplificando o processo de avaliação e elaboração do plano.

“Por exemplo, no tópico sobre análise situacional, após a explicação sobre o que ela significa, a pergunta era: o plano municipal em avaliação contempla os dados demográficos do município? Se não, descrever o que precisa ser adequado.”, explica Christianne Rocha, enfermeira efetiva em Cajazeirinhas/PB e apoiadora institucional da 13ª região, que abrange outros cinco municípios: Pombal, São Bentinho, São Domingos, Lagoa e Paulista.

De pergunta em pergunta, os gestores locais viam mais claramente a fragilidade dos planos e saíam com um passo a passo para qualificá-los. As discussões com os gestores foram realizadas em rodas de conversas. A ferramenta também foi apresentada e debatida na Comissão Intergestores Regional (CIR), junto com um relatório de avaliação e encaminhamentos quanto à qualificação dos planos municipais.

Para Christianne Rocha, essas discussões foram importantes para mostrar aos gestores como é fundamental integrar a Programação Anual de Saúde ao Plano Municipal. No entendimento dela, o trabalho contribuiu muito para a constituição e o fortalecimento das equipes gestoras. A partir da prática, os

gestores puderam refletir sobre os conteúdos essenciais para os instrumentos de planejamento do SUS. Em Cajazeirinhas, o plano de 2017 a 2021 já foi totalmente construído com base nessa ferramenta.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Cajazeirinhas  |
| <b>Secretário de Saúde</b>      | Edney de Almeida Pires   |
| <b>Responsável pelo Projeto</b> | Christianne Urtiga Rocha   |
| <b>Outros autores</b>           | Davi Nunes da Paz<br>Edney de Almeida Pires<br>Fabio Júnior Francisco da Silva<br>João Paulo Resende de Oliveira |
| <b>Contatos</b>                 | (83) 999201622<br>christianne.rocha0903@gmail.com  |

\* Essa experiência também foi premiada pelo Júri Popular.



PORTO REAL - RJ

## “Prontuário eletrônico” intensifica atenção à saúde

---

A tecnologia posta a serviço da humanização do atendimento. Essa é a síntese de um amplo trabalho de planejamento desenvolvido desde o ano de 2009, no município de Porto Real, no Rio de Janeiro. A ideia era – a partir dos instrumentos de gestão – informatizar e, ao mesmo tempo, disponibilizar os dados sobre cada pessoa atendida em nível ambulatorial e hospitalar na rede pública de saúde. Em suma: criar um “prontuário eletrônico” e transformá-lo numa realidade palpável a todos os profissionais e pacientes.

Até então parecia algo impossível ter acesso de maneira tão rápida e em tempo real à vida completa do paciente, já que não havia nas plataformas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS) meios para implantação do prontuário eletrônico. Mas o ineditismo do projeto não foi apenas esse. Dentre as inovações, algumas ações antes improváveis viraram realidade, como conhecer a oferta de serviços, fazer o rearranjo de agendas de atendimento e estabelecer cotas para cada profissional dentro da oferta permitida.

Com o prontuário sendo alimentado a cada novo atendimento, os profissionais passaram a ter acesso, a partir de simples comandos no computador, a todo o histórico dos pacientes, o que permitiu também que esses usuários retornassem com mais frequência à rede, principalmente na atenção básica. Ou seja, foi possível à gestão de saúde garantir um atendimento mais efetivo na prevenção de doenças que antes o município não tinha instrumentos para monitorar.

“Era um anseio da gestão informatizar todas as unidades e torná-las uma rede que conteria a informação do paciente tanto na atenção básica, especializada e hospitalar”, conta Giane Gióia, diretora de Programas em Saúde/Controle, Avaliação, Regulação e Planejamento, da Secretaria Municipal de Saúde. Ela recorda que, na fase de implantação, a secretaria contratou uma empresa que desenvolveu o programa dentro dos princípios do SUS. “O setor de controle, avaliação, regulação e planejamento coordenou todo o processo, bem como a qualificação de toda a equipe”, explica.

Nesse aspecto, a orientação prestada aos profissionais foi algo fundamental para garantir o sucesso do projeto. Com um trabalho que contou com a ajuda do setor de Educação em Saúde, cada profissional, ao receber orientações sobre os novos procedimentos, teve condições de se transformar em um multiplicador. No geral, as práticas pedagógicas entrelaçaram todo o

processo de implantação do sistema, envolvendo diversos setores da saúde e disponibilizado a todos os profissionais as devidas informações.

“Em 2009, começamos a elaborar os instrumentos de gestão dentro dos parâmetros do SUS. Foi um intenso trabalho de equipe com as diversas coordenações. Também efetuamos o cálculo das agendas, das cotas, considerando a Portaria Ministerial 1101 [que define os parâmetros de cobertura assistencial no SUS] e levando em conta a equipe de profissionais que o município tinha. Este mesmo critério é utilizado até hoje, só que agora seguimos também a Portaria 1631”, detalha a superintendente.

O resultado de todo esse trabalho é oferecer aos usuários rapidez e eficiência no atendimento. Como ponto fundamental desse sucesso, é importante entender o protagonismo da gestão, que, segundo os idealizadores do projeto, foi fundamental ao comprometimento de todas as áreas que sustentaram o processo, tornando-o eficiente do ponto de vista qualitativo e quantitativo.

Não por acaso, a experiência apresentada pelo município na mostra “Brasil aqui tem SUS” exibiu um título que diz muito acerca do projeto: “Planejar é o momento ímpar da situação que estamos vivendo”. Quem explica o significado desse título é também Giane Gióia, que esteve envolvida com esse trabalho desde o início. “Apesar de toda essa implantação, o município passou nos últimos anos por uma falta de assistência e é no planejamento, no controle de ofertas e nas demandas, conhecendo a realidade do município, que estamos retornando o tratamento a todos com igualdade e equidade”.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Porto Real                                     |
| <b>Secretário de Saúde</b>      | Cyrano Santos                                  |
| <b>Responsável pelo projeto</b> | Giane Aparecida Gioia                          |
| <b>Outros autores</b>           | Vanila Azevedo N. Rocha                        |
| <b>Contatos</b>                 | (24) 998231924<br>controleavaliaoppr@gmail.com |

INDAIAL - SC

## CAPS promove workshop anual para combater o preconceito

---

Sofrimento e rejeição fazem parte da história do tratamento psiquiátrico no Brasil, cujo ícone maior de um modelo que precisa ser totalmente superado é o Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, comparado pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia, pioneiro da luta pelo fim dos manicômios, a um “campo de concentração”. Estima-se que 60 mil pessoas tenham morrido no local desde a fundação, em 1903, até a década de 1980, e que 70% dos enclausurados não tinham sequer sido diagnosticados com algum tipo de transtorno mental, o que reforçava a taxativa de afastar da vida em sociedade aqueles e aquelas que não se enquadravam nos padrões altamente excludentes.

Negros, homossexuais, pessoas em situação de rua, inimigos políticos. Vários foram os sujeitos rotulados de loucos na tentativa de silenciamento. Quando rejeitou os procedimentos convencionais como eletrochoque, insulinoaterapia e lobotomia e propôs, na década de 1940, a completa inversão na forma de acolher e tratar pessoas com transtornos mentais graves, Nise da Silveira também foi considerada uma médica “louca” no antigo Centro Psiquiátrico Nacional Pedro II, no Rio de Janeiro. De lá pra cá, muita coisa mudou nas unidades de atenção psicossocial, inclusive com a inserção de práticas preconizadas pela psiquiatra que revolucionou o tratamento em saúde mental no país.

Na virada do milênio, a aprovação da Reforma Psiquiátrica foi um marco na substituição de um modelo centrado no manicômio por uma rede assistencial que pretende prover o cuidado ao indivíduo sem retirá-lo da comunidade e do convívio com os familiares. Se há bem pouco tempo as pessoas com problemas de saúde mental eram enclausuradas e tinham os direitos e desejos muitas vezes ignorados em nome da cura da doença, com a criação da figura do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) o indivíduo ganhou centralidade no desenvolvimento das ações de atenção psicossocial, permitindo um recomeço ao lado das famílias, também implicadas no sucesso do tratamento.

O CAPS do tipo I de Indaial, cidade catarinense com 66 mil habitantes, funciona há 16 anos e conta com uma equipe multidisciplinar composta por profissionais de enfermagem, psicologia, medicina, serviço social e educação física. As cerca de 400 pessoas com transtornos mentais graves e crônicos atendidas por mês têm acesso a consultas, oficinas, atividades físicas e artísticas no equipamento que, além do tratamento previsto, oferece uma

diversidade de oportunidades a quem sofre de discriminação.

Na tentativa de combater o preconceito, os profissionais do CAPS de Indaial promovem desde 2014 o Workshop em Saúde Mental e Humanização. Nas palavras da enfermeira do CAPS e coordenadora do projeto, Luciane Leite Grossklags, a iniciativa pode ser traduzida como “um dia combativo de superação”, em que a cidade se junta para lutar contra a discriminação através da arte. Todo ano o evento é realizado a partir de uma temática previamente escolhida: já abordou a literatura de Monteiro Lobato, a partir do “Encucação”; já bravou “Xô, Preconceito” e em 2017 teve como mote “Tire a sua máscara”, a fim de provocar os participantes sobre os diversos papéis que conformam a personalidade humana ao longo da vida.

A iniciativa surgiu a partir da movimentação dos profissionais da rede de atenção psicossocial para não deixar passar em branco o 18 de maio, Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Fazer um evento apenas para marcar a data, entretanto, não era suficiente: o grupo queria aproveitar e fomentar um espaço de visibilidade que colocasse os usuários como protagonistas, onde eles pudessem se expressar livremente e mostrar ao mundo a plena capacidade de viver em sociedade. Nesse intuito, a equipe planejou um dia cultural de socialização como forma de integrar pacientes, profissionais, familiares e comunidade e buscou parcerias para a realização com os setores responsáveis por saúde, educação permanente, assistência social e segurança no município.

O workshop faz parte do calendário do HumanizaSUS, a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde, preconizada pelo Ministério da Saúde por contribuir para a reabilitação do sujeito, a reinserção dele na sociedade, o estímulo ao desenvolvimento autônomo e a criação pelo usuário de novos sentidos em relação à vida cotidiana. Além de ser um espaço de trocas de experiências entre os integrantes dos serviços e das instituições pertencentes à rede de cuidado da região, possibilita ao profissional exercitar um olhar diferenciado sobre os transtornos psicossociais, deixando de lado naquele momento a formalidade do cuidado acadêmico e tecnicista e promovendo o cuidado pautado na singularidade do sujeito e no vínculo terapêutico.

Para além de Indaial, o evento virou referência em outras cidades e, nas últimas edições, tem reunido usuários e profissionais dos CAPS de 14 municípios do Vale do Itajaí, no leste de Santa Catarina. No último ano, o evento recebeu quase 300 pessoas para conferir uma programação que conta com números de teatro, música, dança, exposições e outras linguagens artísticas que, quando são levadas ao palco, apagam a distinção entre profissional e paciente.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Indaial  |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Adriane Machado Ferrari  |
| <b>Responsável pelo projeto</b> | Luciane Leite Glossklags   |
| <b>Outros autores</b>           | Antônio Carlos Bonanoni Filho                                      |
| <b>Contato</b>                  | (047) 3394-5299 / (047) 3333-4431<br>capsinstitucional@hotmail.com |

PALMAS - TO

## Consultório na Rua amplia acesso à saúde para pessoas desassistidas

---

Considera-se população em situação de rua o grupo de pessoas heterogêneo, que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular. Utiliza áreas públicas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. Essa definição consta da Política Nacional para a População em Situação de Rua.

A vida nas ruas expõe esse grupo populacional a diversos fatores de risco que ampliam sua vulnerabilidade, como violências, dificuldade de acesso a políticas públicas, alimentação incerta e pouca disponibilidade de água potável, privação de sono e afecção e a dificuldade de adesão a tratamentos de saúde. Segundo o Ministério da Saúde, os problemas mais recorrentes na população em situação de rua são: doenças nos pés; infestações; DST/ HIV/ aids; gravidez de alto risco; doenças crônicas; consumo de álcool e drogas; problemas de saúde bucal e tuberculose. Já as principais causas de internação são o uso de substâncias psicoativas, os problemas respiratórios e as causas externas (acidentes e violência).

O município de Palmas/TO implantou, em julho de 2016, uma Equipe de Consultório na Rua, com o objetivo de ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde. O Consultório é uma das ações previstas no projeto de pesquisa e extensão intitulado Palmas para Todos (PPT), instituído pela gestão municipal com o intuito de desenvolver as atividades docentes assistenciais aplicadas à pesquisa operacional de campo nos territórios de vulnerabilidade social na capital.

O projeto Palmas Para Todos busca a universalização do acesso de populações vulneráveis a ações e serviços de saúde que visem à garantia da cidadania plena; a redução das iniquidades em saúde; a articulação e desenho de uma rede de proteção, seguridade e desenvolvimento social; e a promoção de redução de danos, além de busca ativa de pessoas em situação de vulnerabilidade.

Dotada de composição multiprofissional, a ECR lida com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua. A equipe realiza suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações comparti-

lhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde e, quando necessário, com as equipes dos CAPS-AD e CAPS-II e dos serviços de Urgência e Emergência.

A integração ocorre ainda com o Projeto Palmas que te Acolhe (PQTA), da Secretaria de Governo do Tocantins, financiado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). A iniciativa visa à garantia de direitos como moradia, alimentação, trabalho e cultura/lazer a pessoas em situação de rua com uso prejudicial de álcool e/ outras drogas, de acordo com a necessidade do usuário.

No início das atividades da ECR, havia 38 pessoas em situação de rua cadastradas, a partir de dados levantados pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Em 10 meses de projeto, foram cadastradas 114 pessoas em situação de rua, situadas em pelo menos 23 pontos da capital. Esses dados foram colocados em um mapa digital, que é atualizado constantemente a partir de novas demandas identificadas semanalmente pela equipe. A partir dos atendimentos realizados, foi possível diagnosticar e iniciar o processo de cuidado de pacientes com transtornos mentais, tuberculose, hanseníase, beriberi, além de encaminhar para tratamento aqueles que faziam uso abusivo de álcool e outras drogas.

O monitoramento das ações é feito de forma integrada entre os profissionais que compõem a ECR, e os parceiros intersetoriais que atuam em conjunto com a equipe. São feitas reuniões semanais para elaboração e avaliação do Projeto Terapêutico Singular dos usuários, e planejamento e avaliação das ações da equipe. O esperado é que haja uma interação entre os serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde, de forma que as pessoas em situação de rua tenham seu direito de acesso à saúde assegurado.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Palmas (TO)  |
| <b>Secretário de Saúde</b>      | Nésio Fernandes de Medeiros Junior   |
| <b>Responsável pelo Projeto</b> | Pollyana de Ulhôa Santos   |
| <b>Outros autores</b>           | Juliana Ramos Bruno<br>Juliana Santos Simões<br>Luiza Mansur Braga<br>Nésio Fernandes de Medeiros Júnior<br>Whisllay Maciel Bastos |
| <b>Contatos</b>                 | (63) 99223.8116<br>pollyannaulhoa@hotmail.com  |

PORTO ALEGRE - PR

## Acolhimento à diversidade cultural na atenção à saúde indígena\*

---

Os povos indígenas no Brasil ainda enfrentam dificuldades no acesso e permanência nas redes de saúde. Por uma série de aspectos históricos e culturais, a procura dos indígenas pelos serviços somente ocorre quando as condições de saúde estão agravadas.

Em Porto Alegre, lideranças indígenas, principalmente da etnia Kaingang, apresentaram na Conferência Municipal de Saúde de 2012 uma demanda por atenção primária à saúde dentro das aldeias urbanas. Segundo o censo de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a capital gaúcha tem cerca de 3,3 mil indígenas, que correspondem a apenas 0,23% da população local. Os índios residentes em aldeias urbanas sentiam-se invisibilizados e tinham necessidade de um atendimento de saúde que respeitasse suas diferenças, apesar da proximidade com a população branca.

Foi a partir dessa demanda que nasceu a proposta de criação da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI). Atualmente, ela é composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma cirurgiã dentista, um auxiliar de saúde bucal, cinco agentes indígenas de saúde e cinco agentes indígenas de saneamento. A equipe acompanha cerca de 600 indígenas nas aldeias urbanas.

Com uma dinâmica peculiar, a EMSI de Porto Alegre atende de forma itinerante cinco aldeias situadas no município: quatro delas pertencentes à etnia Kaingang e uma da etnia Charrua, abrangendo territórios de três gerências distritais de saúde do município. O cronograma de atendimento da equipe é pactuado na Comissão Municipal de Saúde Indígena, constituída pelas lideranças e instituições parceiras (SESAI, SES e FUNAI).

Diante das distintas formas de ser e estar no mundo desses étnicos, a equipe de saúde tem como principal estratégia a escuta qualificada, visando a atenção diferenciada, que leve em conta as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais de cada povo. Para isso, foi necessária a inserção de profissionais com conhecimento das tradições e costumes dos povos indígenas, e, principalmente, a adequação dos fluxos de atendimento.

“O principal ganho com essa equipe é a visibilidade desses povos, da diferença da saúde indígena dentro do SUS, que às vezes fica invisibilizada pela questão da universalidade. Com a equipe, a gente a todo momento está re-

forçando essa diferença”, comenta a assessora técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas na Secretaria de Saúde de Porto Alegre. “Tem sido importante para a rede essa adaptação de fluxo, em que a equipe vai até eles, essa construção de novos processos de trabalho em função de qualificar a atenção diferenciada que a legislação preconiza”, acrescenta.

As principais causas de mortalidade entre os indígenas em Porto Alegre são as doenças crônicas cardiovasculares, associadas principalmente às alterações de suas práticas corporais decorrentes do fato de viverem em áreas pequenas, inadequadas ao pleno exercício dos seus modos distintos de viver. Em terceiro lugar, no ranking de mortalidade, estão as doenças infecciosas.

A implementação da equipe multidisciplinar tem contribuído para melhorar, ao menos em parte, esse cenário. “O acesso às especialidades melhorou muito. Um exemplo é a saúde bucal, que apresentava muitos problemas de periodontia. Com a equipe, esses indígenas de áreas urbanas começaram a acessar atendimentos especializados que antes não conseguiam”, explica Rosa Maris. No sistema de regulação, as áreas mais solicitadas pelas comunidades das cinco aldeias foram Oftalmologia, Gastroenterologia, Cardiologia, Neurologia, Dermatologia, Otorrinolaringologista, Ginecologia, seguidas de Cirurgia Geral e Ortopedia.

Na atenção primária, ela conta que houve uma aproximação maior com as comunidades, porque a equipe está dentro da aldeia, conhece melhor a realidade e pode fazer os encaminhamentos. “Isso reduziu, por exemplo, a quantidade de atendimentos emergenciais, porque estão utilizando mais os serviços no interior da aldeia, com foco preventivo.”

As infecções bacterianas também diminuíram bastante, especialmente a incidência de tuberculose. Mas os agravos cardiovasculares e o câncer ainda não, pois exigem mudança de hábitos. “Hoje as aldeias mais próximas das cidades têm uma alimentação muito mais parecida com a dos brancos do que com a alimentação tradicional indígena. Apesar de estarem em áreas que não permitem a retomada dos hábitos tradicionais da pesca, do extrativismo, temos tentado estimular a volta a uma alimentação mais saudável e natural, com apoio a encontros de cozinheiras, por exemplo”.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Porto Alegre   |
| <b>Secretário de Saúde</b>      | Erno Harzheim  |
| <b>Responsável pelo projeto</b> | Rosa Maris Rosado  |
| <b>Outros autores</b>           | Paula Martina da Silva A. Nunes<br>Silvana Boeira<br>Marcos Vesolosquzi<br>Deborah Lacerda |
| <b>Contato</b>                  | 51 32892714/ 51 991774660<br>rmrosado@sms.prefpoa.com.br                                   |



CATANDUVA -SP

## Reformulação da Rede de Atenção Psicossocial zera fila de espera por consulta psiquiátrica

---

Considerada um avanço histórico na luta por um novo modelo assistencial em saúde mental, a aprovação do projeto de Reforma Psiquiátrica no início dos anos 2000 dá centralidade ao debate sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Ao mesmo tempo em que foi comemorada pelos movimentos sociais organizados em torno dessa pauta há pelo menos três décadas, a Reforma lançou um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS): a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de assistência orientada para a diversificação das estratégias de cuidado que incluíssem usuários, familiares e profissionais.

Quase dez anos depois, em dezembro de 2011, o Ministério da Saúde criou formalmente, a partir da portaria nº 3.088, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Isso significou que, a partir dali, União, estados e municípios deveriam trabalhar articuladamente para a efetivação da rede em todo o território nacional, ampliando o acesso à atenção psicossocial pela população em geral e promovendo a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território.

Quando a portaria do Ministério da Saúde foi publicada, a cidade de Catanduva, localizada no noroeste do Estado de São Paulo, a 384 quilômetros da capital, contava com aproximadamente 120 mil habitantes e centralizava todas as ações de saúde mental em um único hospital psiquiátrico e um ambulatório. A rede de Atenção Básica, à época composta por 21 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e quatro Unidades Básicas de Saúde, não realizava atendimento aos pacientes com transtorno mental leve, ocasionando índice elevado de encaminhamentos para o hospital e baixa taxa de resolubilidade.

Nesse cenário, em dezembro de 2012 a fila de espera para consulta médica em psiquiatria contabilizava 1.224 pacientes, com previsão para o primeiro atendimento em 17 meses. Da mesma forma, os indicadores de saúde apontavam para um sistema fragmentado, de baixa qualidade e pouco resolutivo, evidenciado por uma taxa de internações muito acima da média do Depar-

tamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto, do qual Catanduva faz parte, e quase o dobro do índice do Estado de São Paulo. Era necessário entender o porquê desse quadro tão preocupante.

A conclusão da equipe que coordenou o processo de reformulação da rede no município foi inequívoca: sem atendimento pela Atenção Básica e com ausência de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os pacientes ficavam perdidos no território sem qualquer tipo de acompanhamento. Por conta da fila interminável e do longo tempo de espera por uma consulta, muitos usuários acabavam entrando em surto, procuravam o pronto-socorro e eram internados no hospital psiquiátrico, resultando em uma taxa de 32,5 internações por 10.000 habitantes.

A mudança na organização da Rede de Atenção Psicossocial de Catanduva começou em 2012 e, em pouco mais de cinco anos de implantação, é considerada modelo para o país. Segundo o coordenador do processo, Tiago Aparecido da Silva, a reestruturação só foi possível através da articulação do setor de Saúde do município com outras pastas, como Educação e Assistência Social, além do Ministério Público, um dos principais incentivadores até aquele momento da internação compulsória a partir do apelo dos familiares de pessoas com transtornos mentais. De acordo com Silva, era necessário fomentar uma nova cultura de assistência a esses usuários, entendendo como a rede de atenção psicossocial iria funcionar e como cada profissional poderia ajudar.

Durante seis meses de encontros mensais entre esses diversos atores, a remodelação da RAPS da cidade começou a sair do papel. O primeiro passo foi a reestruturação do Núcleos de Apoio à Saúde da Família: cada equipe contava com 41 profissionais, quantidade superior ao que é estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica. Com esse número foi possível transformar as duas equipes existentes em quatro e ainda remanejar profissionais para atender no CAPS e no Centro de Reabilitação que foram criados. Nessa nova estrutura, a Secretaria Municipal de Saúde passou a oferecer serviços que antes não existiam e a receber um repasse maior de recursos, mesmo sem alterar o quadro de servidores.

A partir de reuniões de matriciamento com os profissionais do CAPS e do Nasf, a Atenção Básica passou a atender pacientes com transtornos mentais de nível leve e médio. Semanalmente, os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família se reúnem com as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e monitoram os usuários que precisam de maior atenção. Quando há necessidade de discutir um caso, os profissionais do CAPS são convidados a participar da reunião e a situação do paciente é repassada antes mesmo que a complexidade do quadro aumente. Microequipes, formadas por um psicólogo e um psiquiatra, foram criadas dentro do CAPS, ficando responsáveis por esse trabalho de territorialização integrado a cada equipe do Nasf.

A nova formatação da RAPS possibilitou o fortalecimento da Atenção Básica a partir de um trabalho intersetorial, com a otimização das equipes da Secretaria Municipal de Saúde. Nesse sentido, o matriciamento foi uma importante ferramenta para qualificação da assistência e educação permanente, permitindo maior segurança dos profissionais frente a condutas terapêuticas e a incorporação das ações de saúde mental, diminuindo a resistência e o preconceito em relação aos pacientes com sofrimento psíquico. Isso evitou encaminhamentos desnecessários, agravamento dos casos leves e o consequente uso dos serviços de urgência e internação psiquiátrica. Como resultado, a taxa de internações psiquiátricas caiu pela metade e a fila de espera para consulta psiquiátrica foi zerada em 2016.

|                                 |                                      |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Município</b>                | Catanduva                            |
| <b>Secretário de Saúde</b>      | Ronaldo Carlos Gonçalves Júnior      |
| <b>Responsável pelo projeto</b> | Tiago Aparecido da Silva             |
| <b>Outros autores</b>           | Ronaldo Carlos Gonçalves Júnior      |
| <b>Contatos</b>                 | (17) 997883534<br>ti.aps@hotmail.com |

HUMAITÁ - AM

## Assistência odontológica renova sorrisos em áreas ribeirinhas

---

Como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção primária é responsável pela aproximação dos usuários aos serviços de saúde e pela organização do fluxo deles pela rede de assistência. Por isso, a atenção básica à saúde no Brasil está baseada em pilares que, entre outras coisas, preveem a descentralização e a capilaridade do SUS. O Ministério da Saúde aposta na Estratégia Saúde da Família como principal caminho para efetivar as orientações da Política Nacional de Atenção Básica, que busca promover o cuidado contínuo, a resolutividade e o impacto positivo na saúde das pessoas e das comunidades.

Em contextos mais específicos, como é o caso da Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão) e do Pantanal Sul Matogrossense, os municípios podem optar por dois arranjos diferenciados da ESF: as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas, cujo trabalho é desenvolvido em unidades básicas localizadas em comunidades acessadas apenas por hidrovias, e as Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF), que desempenham ações em unidades básicas montadas em embarcações. A implantação desses tipos específicos segue os mesmos critérios das demais equipes previstas pela ESF e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

Na cidade de Humaitá, localizada no sul do estado do Amazonas e com uma população de mais de 50 mil habitantes, a rede de atenção básica tinha uma cobertura de 65% do território em 2016. Almejando expandi-la, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) decidiu apostar em uma experiência junto à Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) Irmã Angélica Tonetta, inaugurada em agosto daquele ano. A fim de criar o Laboratório de Próteses Dentárias e funcionar como referência de assistência odontológica, um dos cômodos da embarcação foi adaptado para dar vida ao projeto “Um novo sorriso para os nossos ribeirinhos”.

A iniciativa tinha como objetivo ofertar assistência integral dos serviços básicos em odontologia a uma população carente de orientações em relação à prevenção e ao cuidado em saúde bucal. Através de um primeiro levantamento foi possível identificar e mapear as necessidades em relação à profilaxia e à conclusão de tratamentos dos usuários, o que orientou o planejamento da equipe para definir as viagens prioritárias da UBSF. Em apenas quatro

meses, a embarcação – montada com a ambiência, o mobiliário e os equipamentos necessários para atender através do trabalho das ESFFs – percorreu as águas do Rio Madeira e realizou atendimentos em 68 das 109 comunidades ribeirinhas que conformam a área do município.

O projeto funcionou da seguinte forma: após o diagnóstico nas comunidades, o paciente era encaminhado ao Laboratório de Próteses Dentárias na unidade de saúde fluvial, onde realizava a moldagem e marcava a consulta de retorno para instalação da prótese. De acordo com o número de comunidades contempladas, a embarcação permanecia em cada polo de assistência por um período de 3 a 6 dias. Para o trabalho, a equipe do Laboratório, formada por dois profissionais responsáveis pela confecção do substitutivo dentário, se somava à equipe de saúde bucal lotada na UBSF, composta por um cirurgião dentista e um auxiliar. A produtividade da assistência era monitorada mensalmente e a variação da demanda de próteses discutida com a gestão.

Entre outubro de 2016 e janeiro de 2017, foram realizados e referenciados à equipe de Saúde Bucal mais de três mil atendimentos em cada comunidade coberta pela Estratégia Saúde da Família de Humaitá. Na Unidade Básica de Saúde Fluvial, o consultório odontológico realizou 981 atendimentos e implantou próteses dentárias em 460 pessoas, o que representou sorriso novo para 47% dos pacientes em tratamento. Apesar de pouco tempo de atuação, e mesmo com baixos recursos para custeio, “Um novo sorriso para os nossos ribeirinhos” foi avaliado por usuários e profissionais como um programa bem sucedido e se tornou uma iniciativa de referência na rede de atenção à saúde bucal.

Para a equipe responsável, o maior resultado do projeto não foi evidenciado através dos números monitorados, mas sim por meio da reação daqueles e daquelas que tiveram a fisionomia transformada e a autoestima elevada em apenas cinco meses de tratamento. Residentes em lagos e igarapés do Rio Madeira, boa parte dos pacientes eram jovens que não tinha hábitos de higiene bucal adequados e puderam voltar a sorrir e valorizar o cuidado odontológico. Por isso, a iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde de Humaitá apresenta o potencial de renovar muitos outros sorrisos e de garantir assistência odontológica às populações ribeirinhas.

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Município                | Humaitá   |
| Secretário de Saúde      | Cleomar Scandolara  |
| Responsável pelo projeto | Laura Patrícia S. do Nascimento Souza                       |
| Outros autores           | Elizabetha Decesário  |
| Contatos                 | (97) 3373-3869 / (97) 98105-295<br>semsahumaita@hotmail.com |

PORTO SEGURO - BA

## CAPS-ad contribui com reinserção social de usuários

---

Sabe-se que o modelo de abordagem para usuários de álcool e outras drogas é algo recente no nosso país, no que diz respeito ao acolhimento e tratamento humanizado e satisfatório. A partir da Reforma Psiquiátrica, o Brasil iniciou uma mudança na forma de encarar o problema das drogas. A construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) desenvolveu uma nova ótica do direito individual dos usuários de drogas, partindo da premissa que sua “cura” está relacionada com o comportamento social.

No Centro de Atenção Psicossocial especializado em álcool e outras drogas (CAPS-ad) de Porto Seguro/BA, existem algumas atividades que contribuem diretamente no processo de reinserção social dos usuários de substâncias psicoativas que são acompanhados na unidade. Uma delas é o “grupo de cidadania e direitos sociais”. Nele, são discutidas noções de direitos e busca-se um resgate ou a própria construção de cidadania por parte dos usuários. Também há a participação de diversos atores sociais que podem fazer intermediações e contribuir com as reflexões dos usuários.

Nesse grupo, foram convidados, em diferentes momentos, representantes da Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social do município, especificamente para tratar de direitos como segunda via de documentos pessoais, benefícios eventuais, Bolsa Família, Programa Habitacional e trabalhos de geração de renda. Houve também discussões em relação ao retorno à vida estudantil com servidores da Secretaria Municipal de Educação, além de garantia de benefícios com técnicos do INSS e um representante jurídico, possibilitando discussões sobre os direitos que incluem cidadania, leis e responsabilidades.

Ainda com foco na reconstrução de vínculos, outra atividade promovida pelo CAPS-ad de Porto Seguro é a visitação. Nessa atividade, os pacientes, acompanhados da assistente social e da direção da unidade, conhecem os diversos dispositivos comunitários, entre eles a Casa do Trabalhador, que oferece cursos profissionalizantes e disponibiliza vagas de emprego por meio de parcerias com empresas locais. Esse serviço tem sido muito utilizado pelos pacientes do CAPS-ad no processo de reinserção no mercado de trabalho.

Graças a essa parceria, entre os anos de 2015 e 2016 foram encaminhados ao mercado de trabalho 28 pacientes do CAPS-ad de Porto Seguro. Destes, 19

conseguiram manter seus vínculos empregatícios, com casos de crescimento dentro da empresa. Os outros nove pacientes não conseguiram se manter no emprego por vários fatores, sobretudo a recaída ao uso de drogas. Avaliou-se que o acompanhamento da equipe do CAPS-ad no mesmo local onde os usuários eram reinseridos para desempenhar suas funções laborais trouxe segurança e maior comprometimento com o trabalho.

Um dos desafios enfrentados pelos usuários é se manter longe das drogas ao receber o primeiro salário. Profissionais do CAPS oferecem suporte ao desafio de permanecer abstinente das drogas, evitando hábitos, lugares e pessoas que convivem com o problema.

O CAPS-ad tem atuado em articulação com as redes de saúde e demais equipamentos existentes no município, de forma a ofertar um leque de oportunidades ao sujeito que escolhe viver em melhores condições de vida e saúde. Essas parcerias têm ajudado a construir um verdadeiro sentido de cidadania, aliadas ao atendimento especializado e à humanização do tratamento. Não é menos importante citar a participação e protagonismo dos pacientes na sua reinserção, uma vez que sua evolução está diretamente relacionada à motivação pessoal.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Porto Seguro                                     |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Edna de Souza Laves Santos                       |
| <b>Responsável pelo Projeto</b> | Nathielly Andrade Medeiros                       |
| <b>Contatos</b>                 | (73) 999167374<br>nathiellyandrade01@hotmail.com |

SILVA JARDIM - RJ

## Reorganização da RAS aumenta resolutividade

---

Com cerca de 22 mil habitantes, o município de Silva Jardim/RJ apresentava, em 2013, diversos problemas relacionados à organização dos serviços de saúde, com carências em vários dispositivos, lacunas assistenciais, pouca objetividade por parte do sistema de regulação, baixa resolutividade e custo alto com a média e alta complexidade, o que resultava na redução da capacidade de promover o acesso e a atenção integral à saúde. Nos últimos cinco anos, a gestão municipal promoveu uma ampla reorganização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com o objetivo de reduzir a sobrecarga nas unidades de média e alta complexidade e acolher o usuário de acordo com suas necessidades.

O primeiro passo para o processo de mudança foi a avaliação comparativa entre o que estava previsto na legislação do SUS e os dispositivos existentes na RAS do município. A partir daí, as equipes da Estratégia Saúde da Família foram capacitadas e houve investimentos nos serviços da Atenção Básica para ser de fato ordenadora do cuidado, conforme preconiza a Portaria 4279/2010 do Ministério da Saúde. Todos os serviços foram então reorganizados com base nas principais necessidades da Atenção Básica.

Uma das ações de maior importância foi a criação de um novo ambulatório de especialidades, com o estabelecimento de protocolos para regulação de consultas advindas da Atenção Básica e inserção de algumas especialidades necessárias. Essa ação, acordada com o Conselho Municipal de Saúde, incluiu também o treinamento das equipes da Estratégia Saúde da Família.

Segundo a secretária de Saúde do município, Tereza Fernandes, as UBSs enfrentavam problemas como a falta de médicos e de equipamentos básicos, além de mobiliário adequado ao atendimento. Com a aquisição desses materiais e a contratação de médicos para todas as unidades, a gestão também fortaleceu o atendimento voltado à prevenção e na promoção da saúde.

Outra ação importante foi a criação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Com uma equipe formada por técnicos e enfermeiras, médico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e nutricionista, ele oferece assistência nas residências dos pacientes, de forma complementar à internação hospitalar e ao atendimento ambulatorial. O programa trabalha de maneira multidisciplinar e integrada às unidades de saúde, para evitar que pacientes fiquem internados por longos períodos, sujeitos a infecções hospitalares.



Tereza Fernandes explica que, quando o SAD foi criado, em 2013, pacientes com doenças crônicas chegavam a ficar internados por até 90 dias. Com o serviço, ele fica em casa, com acompanhamento da equipe de saúde, e os períodos de internação foram reduzidos para 7 a 15 dias, em média. Com capacidade para até 60 pacientes, o SAD atende idosos, pessoas com necessidade de reabilitação motora, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica.

A gestão municipal também promoveu o planejamento e organização da porta de entrada da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), com reforma e ampliação para adequação à legislação vigente, e inaugurou uma nova emergência em 2016, com camas automatizadas, monitor cardíaco na sala vermelha e climatização com ar condicionado. A nova emergência também foi organizada para adotar os padrões legais de acolhimento e classificação de risco.

Por fim, a reorganização da RAS também exigiu a revisão anual da Programação Pactuada e Integrada (PPI) para adequação das necessidades, e a contratualização de serviços para suprir demanda reprimida. O resultado desse esforço é, antes de tudo, a ampliação do acesso com qualidade, como também a diminuição das complexidades na Unidade de Pronto Atendimento, com o aumento da resolutividade da Rede de Urgência e Emergência, resultando na diminuição das transferências para unidades hospitalares com CTI.

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Município</b>                | Silva Jardim                                    |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Tereza Cristina Abrahão Fernandes               |
| <b>Responsável pelo projeto</b> | Renata Almeida Martins                          |
| <b>Contatos</b>                 | (21) 99848.6535<br>renata_martins21@hotmail.com |

NITERÓI - RJ

## Nova ferramenta facilita regulação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

---

Até 2016, o município de Niterói enfrentava uma grande desorganização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. As instituições de alta complexidade de Niterói operavam de portas abertas e não existia um controle centralizado sobre a fila de pacientes. Pessoas com dor crônica causada por artrose, que poderiam ser acompanhadas em unidades básicas de saúde, passavam meses ocupando uma vaga nos Centros Especializados de Reabilitação, enquanto outros com necessidades mais complexas não conseguiam tratamento. Até mesmo municípios que não tinham pactuação com Niterói encaminhavam pacientes para reabilitação.

Essa desorganização não apenas dificultava o acesso para os pacientes que realmente precisavam de reabilitação em nível de alta complexidade, mas também criava um problema financeiro, relacionado ao pagamento indevido de cuidados a pessoas fora de perfil ou sem pactuação com o município. Para suprir a necessidade de regulação da Rede, Niterói desenvolveu e implantou a ferramenta Regulação em Saúde de Niterói – RESNIT Módulo RCPD, a partir de um sistema operacional informatizado, para qualificar o acesso dos usuários aos Centros Especializados de Reabilitação – CER II.

Entre o segundo semestre de 2016 e o início de 2017, a gestão municipal estruturou o RESNIT – Módulo RCPD; instituiu uma equipe de regulação multiprofissional para a Rede, com fonoaudiólogo, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional; orientou e capacitou os municípios pactuados e os prestadores habilitados em CER II; e iniciou a operação.

Já nos primeiros meses, o impacto foi significativo: na primeira avaliação dos pacientes que estavam em tratamento nos Centros Especializados de Reabilitação de Niterói, a gestão municipal percebeu que a maior parte estava fora do perfil da alta complexidade e poderia ser acompanhada na Atenção Básica ou em policlínicas de média complexidade, no próprio município onde morava. Então, foi necessária uma mudança de processos de trabalho em todos os níveis de complexidade, com ações educativas e preventivas da área de auditoria, com orientações aos municípios pactuados sobre a regulação e com um prazo de transição para que os pacientes fora de perfil fossem redirecionados de volta à Atenção Básica e à média complexidade dos municípios de origem.

Ao mesmo tempo, para atender aos pacientes de baixa complexidade de Niterói, a gestão municipal implantou cinco Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) que já haviam sido habilitados pelo Ministério da Saúde. E, para os pacientes de alta complexidade que permaneceram ou passaram a ser atendidos nos Centros Especializados de Reabilitação, as equipes médicas foram orientadas a traçar o Plano Terapêutico Singular (PTS) individual, com estimativa de prazo de permanência.

O resultado imediato foi a redução drástica do volume de casos que estavam para ser encaminhadas à alta complexidade. Os pacientes de baixa e média complexidade foram redirecionados aos municípios de origem ou, no caso dos moradores de Niterói, foram absorvidos pelas equipes de NASF com ações setoriais e preventivas, como o ambulatório da dor crônica. Isso confirmou o impacto positivo do processo regulatório.

A implantação do RESNIT – módulo RCPD foi, portanto, um processo que abrangeu três dimensões: uma educativa, de orientação aos municípios e até mesmo de reflexão sobre a linha de cuidado à pessoa com deficiência e a dimensão social da reabilitação; outra assistencial, no sentido de propriamente regular o acesso aos Centros Especializados de Reabilitação de forma hierarquizada, com um fluxo organizado; e uma dimensão econômica, ligada às pactuações e à regularização dos pagamentos.

Pelo impacto que teve na Rede de Cuidado à Pessoa com deficiência, o RESNIT tem sido apontado como um projeto de regulação do município de Niterói que, gradativamente, alcança outras frentes. O sistema foi melhorado nas suas funcionalidades e, atualmente, está sendo implantada a regulação da Rede de Oftalmologia com base nessa ferramenta e com a perspectiva do mesmo impacto positivo. A tendência é que o RESNIT absorva, pouco a pouco, outras redes de cuidados de Niterói.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Niterói  |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Maria Célia Valladares Vasconcelos   |
| <b>Responsável pelo projeto</b> | Maria José Soares Pereira  |
| <b>Outros autores</b>           | Omar Luis Rocha da Silva<br>Ana Carolina Reis<br>Barbara Celeste Rolim<br>Fabiana Santanna<br>Patricia Nelly Santos<br>Carlos Guilherme Pereira Junior |
| <b>Contatos</b>                 | 21 991323640<br>mariajosepereira57@gmail.com   |

PAULISTA - PE

## Programa oferece atenção oftalmológica a alunos da rede municipal

---

O sistema visual é uma parte significativa da forma como processamos as informações e um fator fundamental na aprendizagem. Criança que não enxerga bem geralmente se sai mal na escola. Apesar disso, apenas uma pequena parte das crianças passa por algum tipo de avaliação oftalmológica em idade pré-escolar. Estima-se que cerca de 22% das crianças em idade escolar apresentam algum tipo de distúrbio visual. Estudos mostram que cerca de 5% a 10% necessitam de correção visual por conta de erros refracionais como miopia, hipermetropia e astigmatismo e, destes, 5% apresentam baixa acuidade visual.

Considerando que os problemas visuais respondem por grande parcela de repetência e evasão escolar, bem como por grandes limitações na qualidade de vida, a Prefeitura do município de Paulista/PE instituiu, por meio da Lei Municipal nº 4542, de 6 de julho de 2015, o Programa Olhar Paulista, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde. A iniciativa tem como objetivo contribuir para a melhoria do processo ensino-aprendizagem dos escolares, a partir da identificação e correção de problemas visuais. O público-alvo são estudantes matriculados na rede pública de ensino do município, com idade entre 6 e 12 anos.

A execução do programa ocorre em quatro etapas. A primeira delas é o matriciamento realizado pelos médicos oftalmologistas para preparação dos supervisores escolares, profissionais da Atenção Básica, do Programa Saúde na Escola e professores na realização da avaliação prévia. Somente após isso faz-se a triagem oftalmológica das crianças, que consiste na avaliação individual dos estudantes, buscando identificar a existência de erros de refração. A triagem é realizada por meio de um teste simples de acuidade visual: nele, a criança é posicionada a uma distância de seis metros de uma tabela específica, chamada Tabela de Snellen, e o nível de acuidade é medido conforme a capacidade da criança de enxergar nitidamente as letras e símbolos em tamanhos cada vez menores.

Realizada a triagem, as crianças que apresentam problemas de acuidade visual são encaminhadas à consulta oftalmológica, em dias previamente marcados. Após passar por avaliações mais aprofundadas, os escolares que necessitam de lentes corretivas escolhem a armação de preferência e re-

cebem os óculos pela Secretaria Municipal de Saúde, além da garantia de encaminhamentos para outros tratamentos específicos.

A avaliação dos indicadores do programa é feita mensalmente e se observa a quantidade de estudantes atendidos e de óculos entregues. No ano de 2016, 9.275 crianças da rede municipal de ensino passaram pela triagem de acuidade visual nas escolas. Destas, 379 foram encaminhadas para consulta oftalmológica e 248 necessitaram de lentes corretivas. Todos os óculos já foram entregues.

Os valores aplicados nas consultas e exames foram de aproximadamente R\$ 8,3mil, e para a compra dos óculos foram destinados R\$ 12,9 mil, sendo esse último investimento proveniente apenas de recursos próprios do município. Desta forma, o Programa teve um custo estimado anual de menos de R\$ 22 mil. Considerando a limitação de recursos em saúde, o Programa Olhar Paulista surpreende pelo baixo custo para contemplar uma parcela importante de usuários com atendimento preventivo, propiciando condições adequadas para um desenvolvimento sócio educacional completo e para reduzir as taxas de evasão escolar relacionadas a dificuldades visuais.

O programa contribui para a melhoria do processo ensino-aprendizagem a partir da prevenção, identificação e correção de problemas visuais dos alunos. Estimulou também a integração das redes de serviços do setor educação e do Sistema Único de Saúde nos territórios, com o fortalecimento e sustentação da articulação entre as escolas públicas municipais e as unidades básicas, por meio da realização das ações dirigidas aos escolares.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Paulista (PE)  |
| <b>Secretário de Saúde</b>      | Fabiana Damo Bernart   |
| <b>Responsável pelo Projeto</b> | Fabiana Damo Bernart   |
| <b>Outros autores</b>           | Rafaela Cavalcanti Lira<br>Thatiana Teles de Andrade Rocha<br>Maria Clara Rodrigues de Freitas |
| <b>Contatos</b>                 | fabianabernart@hotmail.com<br>81-987885077   |

ABAETETUBA - PA

## Captura de morcegos reduz risco de transmissão de raiva humana

---

O município de Abaetetuba/PA, na região do Baixo Tocantins, tem experimentado nos últimos anos um movimento de implantação da monocultura do açaí, visando à comercialização do fruto para todo o país e para o exterior. Com isso, o número de áreas desmatadas de floresta nativa aumenta gradativamente e de forma desordenada, gerando graves danos e desequilíbrio ambientais. Entre os problemas que crescem a cada ano no município, o aumento do número de ataques de morcegos hematófagos em humanos é um dos que mais preocupa a população e o serviço de saúde local, dada a gravidade das agressões e o risco de transmissão do vírus da raiva.

A forma de ataque desses animais é bem característica, visto que são conhecidos pela extrema agilidade que possuem no solo, utilizando os membros locomotores para aproximarem-se de sua presa rastejando e atacá-la no próprio chão ou leito de descanso. Nos casos em que os morcegos se encontram infectados pelo vírus da raiva, a transmissão ocorre pelo contato da saliva do animal com a lesão causada na pele da vítima, o que confere contaminação imediata devido ao alto grau de infectividade do vírus.

O aumento das agressões chamou a atenção da gestão municipal de saúde de Abaetetuba para a necessidade de intensificar as ações de prevenção. Assim, com o intuito de atender a demanda de denúncias de pessoas atacadas por esses animais, desenvolveu-se no município um cronograma mensal de ações de captura e controle de morcegos vampiros, tendo como foco principal as áreas rurais, onde ocorre o maior número de ataques dos morcegos em humanos.

Os dias para realização da captura de morcegos são determinados levando-se em consideração a fase da lua. São priorizados os dias próximos da lua nova, época com pouca luminosidade noturna e, portanto, de maior probabilidade de ataque dos morcegos vampiros. A equipe vai até a localidade selecionada e inicia o trabalho educativo, repassando informações sobre os hábitos dos animais, os impactos ambientais locais, os motivos da ocorrência dos ataques e os principais cuidados a se tomar após um eventual ataque.

Em seguida, para a captura, são utilizadas redes, armadas durante os últimos raios de sol e próximas às áreas onde há relatos de ataques e abrigo de animais de produção. As redes são colocadas a poucos centímetros do solo,

respeitando a característica dos morcegos hematófagos de rastejar quando próximos de suas vítimas, favorecendo assim a captura.

Ao prenderem-se na rede, os morcegos são identificados de acordo a espécie e colocados em uma gaiola. Após o período determinado para a coleta dos animais, é realizada a aplicação de uma pasta vampiricida em cada morcego apreendido, que em seguida é liberado para retornar ao seu grupo, onde há a disseminação do produto, causando a morte dos morcegos expostos. Além disso, 10% do total de animais capturados são encaminhados para análise laboratorial de investigação para o vírus da raiva, sem receberem a aplicação do veneno.

O monitoramento dos ataques de morcegos hematófagos é realizado mensalmente por meio da demanda espontânea de denúncias da população, que procura o setor de zoonoses do município, e pela notificação dos casos de agressões inseridos no SINAN a partir do atendimento nas unidades de saúde e na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Abaetetuba.

Com a realização das ações de captura de morcegos no município, houve um maior retorno e interesse pelo serviço por parte da população, sobretudo de comunidades nas ilhas e estradas. Dessa forma, o trabalho de monitoramento das áreas de ocorrências de agressões pôde ser iniciado, e com o prosseguimento mensal da ação almeja-se reduzir consideravelmente o número de casos, tanto em humanos quanto em animais. A força da experiência está na associação do trabalho de controle da população de morcegos hematófagos, com o trabalho educativo de conscientização da população em relação aos danos ambientais responsáveis pelo aumento dos casos de agressões dos morcegos na região.

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Município</b>                | Abaetetuba (PA)   |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Maria Lucilene Ribeiro das Chagas   |
| <b>Responsável pelo Projeto</b> | Felipe da Costa Corrêa  |
| <b>Outros autores</b>           | Pamela Suelen Pantoja dos Prazeres Gonçalves,<br>Léa Pimentel do Carmo,<br>Katuscia Christiane Vilarino Dias,<br>Maria Lucilene Ribeiro das Chagas,<br>Marléo Antônio Ferreira da Silva |
| <b>Contatos</b>                 | (91) 99179.9394<br>sesmab2010@gmail.com   |

EUNÁPOLIS - BA

## Realização de Grupo de Trabalho no Combate à Sífilis Congênita

---

A sífilis é, entre as doenças infectocontagiosas sexualmente transmissíveis, a maior vilã nos riscos de transmissão de mãe para feto por via placentária. É uma doença de vários estágios sintomáticos e assintomáticos, contagiosa em todos eles, e apesar de haver tratamento eficiente, sobretudo, prevenção com o uso de preservativos, continua ocupando lugar de destaque nas notificações. No Brasil, conforme registros do Ministério da Saúde, em 2015 foram notificados 33.381 casos de sífilis em gestantes.

A sífilis congênita ocorre quando existe a transmissão da bactéria *Treponema Pallidum* por via placentária. Para que uma ação de combate à doença seja efetiva é necessário que todos os atores envolvidos estejam sensibilizados e se engajem no processo que vai da assistência básica ao pós-parto. Gestante e parceiro devem ser monitorados, implicados na prevenção e o recém-nascido acompanhado até que as suspeitas de contaminação sejam descartadas. Com o intuito de reduzir a proliferação da doença, a Secretária de Saúde de Eunápolis criou um Grupo de Trabalho com representantes de todos os setores envolvidos no processo de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e monitoramento dos casos de sífilis no município.

“O trabalho realizado pela Vigilância Epidemiológica de Eunápolis em 2017 foi de grande importância para as crianças diagnosticadas com sífilis congênita no município. Através da criação do Grupo de Trabalho multiprofissional foram pensadas várias estratégias como a implementação de um boletim de acompanhamento, criação de fluxo onde a penicilina era enviada nominalmente às gestantes e parceiros e foi disponibilizado um número de aplicativo de mensagens para aprimorar o monitoramento e acompanhamento das gestantes e crianças”, ressalta Stela Souza, então Secretária de Saúde de Eunápolis na implantação do projeto. Ela é uma defensora da continuidade do GT, o que se justifica em números: as ações desenvolvidas pelo grupo resultaram no aumento das notificações em 50% para casos de sífilis adquirida e em 10% nos casos de sífilis em gestantes e congênita. Além disso, o programa rastreou 100% dos possíveis casos de bebês infectados, descartando 65% deles já nos três primeiros meses de vida.

Eunápolis, no interior da Bahia, é um município com cerca de 115 mil habitantes, 33 unidades de saúde básica e um hospital regional. O plano de inter-



venção de combate à sífilis congênita no município começa com a percepção do alto número de diagnósticos positivos a partir do ano de 2015: os casos diagnosticados saltaram de 3 para 15. “A gente percebeu que havia fragilidades em alguns processos que poderiam ir da rede primária ao momento do parto. Era preciso então criar estratégias mais eficazes como, por exemplo, tratar também os parceiros. A gestante era tratada, mas o parceiro não, ela se contaminava novamente e a consequência disso era uma sífilis congênita”, observou Kelly Rebouças Santos, técnica da Vigilância Epidemiológica e responsável pela apresentação do projeto.

Eunápolis pôs em prática o seu plano através da sensibilização das equipes e da população, conhecendo as particularidades de cada um desses públicos, e monitorando todos os casos de sífilis registrados. O acompanhamento pré-natal das gestantes foi outra fase importante porque através dos testes rápidos de sífilis (teste VDRL) e a detecção precoce da doença foi possível diminuir os riscos de transmissão para o bebê. Em caso de confirmação da doença, as gestantes e seus parceiros deveriam iniciar o tratamento de imediato e os bebês com teste positivo passaram a ser monitorados durante 1 ano e 6 meses para comprovar a eficácia do tratamento. Não houve no município bebês com sintomatologia, nem óbitos, graças à efetividade do trabalho.

A maior barreira é cultural, a resistência dos homens a se submeterem ao diagnóstico e ao tratamento. O grupo multiprofissional foi cercando o problema por todos os lados: criou fluxo, fez busca ativa, se comunicou com agilidade através de grupos de WhatsApp. Nos casos mais difíceis, de resistência de parceiros muitas vezes alcóolatrás, a equipe foi para dentro do bairro fazer campanha de sensibilização e teste rápido de sífilis. Foram, em alguns casos, nas empresas onde trabalham para chegar nesses homens sem expor as mulheres. Dessa forma, criou-se uma barreira e Eunápolis conseguiu chegar em quase 80% dos parceiros em 2017.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Eunápolis  |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Stela Souza  |
| <b>Responsável pelo Projeto</b> | Kelly Rebouças Santos                                  |
| <b>Contatos</b>                 | (73) 99944-7841<br>diretoriaviep.eunapolis@hotmail.com |

FEIRA DE SANTANA - BA

## Projeto Aconchego garante tratamento digno aos bebês com microcefalia

---

O pedido de socorro de uma mãe que precisava de ajuda para salvar o filho, engasgado com leite materno, fez com que agentes comunitários de saúde de Feira de Santana (BA) percebessem que era necessário fazer mais – e rápido – pelos bebês nascidos com microcefalia. Os relatos sobre a dificuldade de deglutição e outros problemas ocasionados pela malformação dos fetos, gestados durante a epidemia do zika vírus, multiplicaram-se rapidamente pela cidade e mobilizaram em menos de uma semana os técnicos da VE e da atenção básica para uma iniciativa simples, porém transformadora: reunir as mães das crianças para trocar experiências e receber informações sobre as infecções congênicas.

O vírus zika foi considerado emergência global pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em fevereiro de 2016, em meio a um surto de casos no Nordeste brasileiro. Pelo menos um ano antes, as primeiras infecções que foram vistas em Feira de Santana acabaram sendo confundidas com dengue e Chikungunya por conta da similaridade dos sintomas. A epidemia da Síndrome Congênita do Zika, que inclui casos de microcefalia e outras alterações do Sistema Nervoso Central, tem acometido principalmente bebês nordestinos e em situação de maior vulnerabilidade. Entre as crianças com sinais de malformação, 72% são filhas de mulheres concentradas nos estados da Bahia, Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte.

Em Feira de Santana, os casos foram ganhando repercussão rapidamente. De acordo com Maricelia Maia de Lima, uma das agentes responsáveis pelo projeto, poucos dias depois do primeiro aparecimento mais sete casos já tinham sido notificados, e a Vigilância Epidemiológica percebeu que o problema não era episódico. Sem grandes pretensões, as servidoras entraram em contato com as mães cujos filhos foram acometidos pela Síndrome Congênita do Zika, propuseram os encontros, definiram os objetivos e deram um nome para o grupo: Aconchego.

A cada encontro, profissionais de saúde e parceiros da assistência social são convidados a participar para tirar dúvidas e atender às demandas das famílias. A primeira reunião, por exemplo, contou com a participação de uma

assistente social e de uma médica perita do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), que orientaram as mães sobre os critérios de acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), um tipo de auxílio destinado, por exemplo, a pessoas com deficiência e idosos. Já participaram do espaço também nutricionista, fisioterapeuta, neuropediatra e até representantes do Ministério Público, cuja atuação é fundamental para garantir os direitos das crianças que necessitam de medicação especial, como o Canabidiol, utilizado no tratamento de crises convulsivas severas e incontroláveis.

Além do acesso a palestras e ao compartilhamento das dificuldades entre as mães de crianças com Síndrome Congênita do Zika, as reuniões possibilitaram que as famílias apontassem as falhas da rede de atenção básica para a realidade delas. Apesar de ser o segundo maior município do estado baiano, com cerca de 600 mil habitantes, Feira de Santana não conta com um centro de assistência que reúna as principais especialidades necessárias aos bebês com microcefalia, exigindo que as famílias, muitas sem nenhum recurso para deslocamento, procurem diferentes equipamentos a fim de garantir o tratamento adequado.

O projeto Aconchego se tornou o núcleo de referência que faltava na cidade, garantindo o acesso facilitado a diversos serviços importantes para o acompanhamento dos bebês e para uma melhor qualidade de vida dessas famílias. Exames de alta complexidade, aquisição de leites especiais para as crianças portadoras de intolerância, transporte para as reuniões e para serviços existentes apenas em Salvador, localizado a 108 quilômetros de distância, são algumas das conquistas que o grupo contabiliza em pouco tempo de organização. Além disso, parcerias fundamentais foram firmadas com a atenção básica do município, as maternidades, o Hospital da Mulher, a APAE e os prestadores do SUS para garantir um tratamento integral. Diante da complexidade da situação e da necessidade de apoio emocional, um psicólogo também se incorporou ao grupo para desenvolver ações individuais e coletivas.

Responsável pela avaliação neonatal, o ambulatório de infecção congênita de Feira de Santana está localizado junto à Vigilância Epidemiológica. Apesar de não ser uma atribuição prioritária da VE, a organização das famílias por meio do Projeto Aconchego possibilitou a aproximação entre as agentes e as mães. Atualmente os encontros do grupo acontecem bimestralmente, ou quando solicitados pelas participantes, reunindo cerca de 27 mulheres. Confraternizações e atividades que promovam a autoestima das mães também são realizadas.

O zika vírus e a microcefalia apareceram relacionados pela primeira vez em 2016, não havendo naquele momento referências na literatura, nem para

o diagnóstico nem para o tratamento. Diante de um cenário epidemiológico de muitas perguntas e poucas respostas, a iniciativa em Feira de Santana foi pioneira em construir um movimento permanente de troca de saberes entre os diferentes sujeitos envolvidos na assistência às crianças com Síndrome Congênita do Zika. Mas não parou por aí. O próximo passo será capacitar toda a rede de saúde do município sobre o zika vírus e a microcefalia, mapeamento todas as unidades de saúde e construindo projetos terapêuticos singulares para cada caso na tentativa de solidificar a participação do atendimento básico na rede.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Feira de Santana   |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Denise Lima Mascarenhas  |
| <b>Responsável pelo Projeto</b> | Maricelia Maia de Lima   |
| <b>Outros autores</b>           | Denise Lima Mascarenhas<br>Julia G. Carvalho<br>Tamires Moreira do Nascimento<br>Francisca Lucia de Oliveira<br>Luiz Carlos Junior Alcântara |
| <b>Contatos</b>                 | (75) 991431420<br>limapfa6@gmail.com   |

SÃO BERNARDINO - SC

## Saúde na escola reduz índice histórico de tracoma

---

O tracoma é uma das inflamações oculares mais comuns no mundo e principal causa infecciosa da cegueira. Segundo a Coalisão Internacional para o Controle do Tracoma, atualmente quase dois milhões de pessoas estão cegas por causa da doença e cerca de 200 milhões vivem em áreas endêmicas. Causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*, produz cicatrizes na parte interna das pálpebras em decorrência de infecções repetidas, podendo levar à triquíase (cílios invertidos tocando o olho) e à perda de acuidade visual. Discriminada por estar associada a condições de pobreza, a doença ocorre em países com elevados índices de desigualdade e vulnerabilidade, mas não se concentra em locais com infraestrutura precária, já que pode ser facilmente transmitida através do contato com pessoas ou materiais infectados.

Com o objetivo de conhecer a extensão e a distribuição do tracoma no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) realizou, entre 2002 e 2008, um inquérito nacional em alunos de cidades com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH) menor que a média nacional. Segundo os dados, em 1.514 municípios da amostra, espalhados por todo território nacional, a prevalência da doença em sua forma transmissível foi de 5%, faixa considerada normal pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Acima desse coeficiente, entretanto, o organismo internacional considera que a doença não está sob controle, o que ocorreu em quase 38% das cidades verificadas.

O caso de São Bernardino, município com três mil habitantes localizado na região oeste de Santa Catarina, foi um desses: enquanto o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil apontava um IDH de 0,822 para o estado sulista nos anos 2000, o índice do município não passava de 0,748, o que indicava uma situação preocupante de pobreza. Por recomendação do MS, a Secretaria Municipal de Saúde passou a receber, através de parceria com a Regional de Saúde de Chapecó, profissionais capacitados para realizar o monitoramento periódico do tracoma nas escolas, espaço de grande circulação de pessoas e de fácil disseminação da doença.

A realização do inquérito escolar por meio da busca ativa é uma metodologia prevista pelos manuais do MS para a verificação da ocorrência e distribuição do tracoma pela população, o que produz dados para que a tendência e a situação epidemiológica possam ser conhecidas. Além disso, a confirmação da presença da bactéria em crianças menores de 10 anos de idade é considerada pelos pro-

fissionais de saúde como um caso-índice, a partir do qual são desencadeadas medidas de investigação epidemiológica para a detecção das manifestações a ele associadas, como em familiares e demais participantes da comunidade escolar.

Ao comparar os dados da aparição do tracoma em São Bernardino com o restante do país, a enfermeira da Unidade Básica de Saúde da cidade, Daniela Echeveste, percebeu que havia algo errado: apesar do trabalho dos profissionais da Regional de Saúde ser feito desde 2009, a transmissão da doença no município não parou de crescer. Se naquele ano a situação local chegou ao índice de 8% dos escolares examinados, o que já era considerado alto, em 2012 esse número passou dos 10% e, de acordo com as recomendações da OMS, exigia o tratamento em massa da população escolar e seus familiares.

Segundo a enfermeira, o percentual alarmante não deixava dúvidas: o inquérito escolar e o tratamento dos casos positivos com o medicamento Azitromicina não estavam surtindo efeito. Era preciso fazer mais para mudar a realidade das centenas de pessoas infectadas pelo tracoma em São Bernardino, mas havia uma dificuldade, já que nenhum profissional do município estava capacitado para realizar a verificação ocular. Por conta disso, em 2013 foi proposto um projeto de intervenção nas duas escolas da cidade e que poderia reverberar para a população em geral, antecipando-se ao monitoramento anual feito ainda em parceria com os profissionais da Regional de Saúde de Chapecó.

As ações de educação em saúde compreenderam dois eixos: um primeiro, deu conta de orientações pedagógicas passadas aos alunos através de recursos audiovisuais, cartilhas, folders e outros tipos de materiais. Com o objetivo de preparar os alunos para o exame e encaminhar para a unidade de saúde aqueles que precisavam de tratamento, esses momentos foram realizados no início do ano letivo, de março a abril, e também uma semana antes da verificação ocular. Um segundo tipo de esforço foi centrado na substituição de materiais de uso coletivo no ambiente escolar, como estojos, toalhas de pano e produtos de higiene pessoal, por objetos individuais, o que foi obtido pela Secretaria Municipal de Saúde através de parcerias.

Com essa simples iniciativa de educação em saúde foi possível perceber um decréscimo contínuo dos índices de tracoma no município e a menor rejeição das crianças em realizar a verificação. Como um bom ambiente multiplicador, as escolas de São Bernardino deixaram de ser um centro de contaminação para disseminar os cuidados com a saúde oftalmológica. Em 2013, o índice de prevalência do tracoma entre os alunos caiu para 3,89% e três anos depois se encontrava em apenas 1,28% dos examinados, uma taxa histórica para o município. Por isso, a verificação – antes anual – foi dispensada até 2019.

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Município</b>                | São Bernardino  |
| <b>Secretário de Saúde</b>      | Agostinho Luzzi                                       |
| <b>Responsável pelo projeto</b> | Daniela Echeveste dos Santos Ludwig                   |
| <b>Contato</b>                  | Telefone: 49-984096719<br>dani_escheveste@hotmail.com |





PREMIAÇÃO UNFPA  
**Fundo de População  
das Nações Unidas\***

Além dos temas descritos a seguir, a UNFPA também premiou o município de Porto Alegre pela experiência voltada ao tema Racismo e Saúde. O relato desse trabalho, que também foi premiado pelo CONASEMS na categoria Promoção da Saúde, encontra-se na página 68.



ARAPIRACA - AL

## Pré-natal do parceiro incentiva a paternidade ativa

---

A ideia de que o atendimento pré-natal é responsabilidade única da mulher, sem haver necessidade de participação do parceiro, é um dos fatores que demonstram a desigualdade entre os papéis do pai e da mãe na relação com os filhos. Com o intuito de envolver os pais com as ações de cuidado no período gestacional, o programa de pré-natal masculino foi normatizado pelo Ministério da Saúde em 2011.

A necessidade de estimular os pais no acompanhamento do pré-natal como porta de entrada no serviço de saúde, além de promover um maior envolvimento do homem na gravidez, foi o ponto de partida para a implementação do Projeto Pré-natal do Parceiro em uma Unidade Básica de Saúde do município de Arapiraca/AL. A iniciativa foi intensificada a partir de abril de 2016, após a gestão municipal perceber que 94% dos companheiros de gestantes atendidas pelos serviços de saúde não conheciam o pré-natal masculino.

Para captação e sensibilização dos pais, foram realizadas palestras e rodas de conversas com a comunidade, nas salas de espera, nos grupos de gestantes, de crianças e de idosos. Nessas conversas, as equipes informavam sobre a implantação do pré-natal do parceiro na UBS e a importância do envolvimento deles desde o período gestacional até o pós-parto, seguindo com os cuidados voltados ao desenvolvimento da criança. Também foram confeccionados convites individuais aos companheiros das gestantes, como forma de atraí-los para as consultas de pré-natal e grupos de orientação.

No momento das consultas, além de orientações sobre a importância da sua participação no acompanhamento do pré-natal, a equipe médica aproveitava para realizar nos homens a avaliação das medidas antropométricas, da situação vacinal, da história clínica pregressa, e das queixas atuais, com solicitação de exames de rotina e testes rápidos. Assim, a adesão do parceiro ao pré-natal também servia para estimular o autocuidado e o vínculo do homem com os serviços de saúde.

Nos grupos educativos, foram realizadas oficinas de sensibilização como forma de diminuir a ansiedade e insegurança do casal, fortalecer o vínculo e preparar o pai para a chegada do bebê. Para isso, as equipes utilizaram dinâmicas e práticas de cuidados, como banho, trocas de fralda, cuidados com coto umbilical e auxílio na amamentação.

O acompanhamento da experiência envolveu a realização de monitoramento mensal junto aos Agentes Comunitários de Saúde e às próprias gestantes, para avaliar a adesão dos pais nas consultas de pré-natal, realização de exames e participação de grupos e oficinas. Uma pesquisa foi realizada durante as visitas domiciliares, em maio de 2016, com o objetivo de avaliar os indicadores e variáveis do projeto.

Das 29 gestantes acompanhadas na Unidade Básica de Saúde no período de abril a dezembro de 2016, quatro (14%) não tinham parceiros. Das 25 gestantes com parceiros, 17 homens participaram do pré-natal, correspondendo a 68% de adesão. Entre os pais acompanhados, oito (47%) já tinham mais de um filho, sendo que apenas três (37%) haviam participado de alguma consulta em gestações anteriores.

Dos 17 pais que aderiram, apenas dois homens (12%) afirmaram ter utilizado os serviços de saúde nos últimos dois anos, cinco (29%) não se lembravam e 10 (59%) nunca haviam utilizado os serviços de saúde até participarem do pré-natal do parceiro. Treze dos 17 pais que participaram do programa tomaram vacina e 11 frequentaram grupos de gestantes.

O projeto revelou que o pré-natal do parceiro atua como importante porta de entrada do homem nos serviços de saúde ofertados pela atenção básica. Além disso, a participação masculina também intensificou o vínculo mãe-pai e filho: após implementação das ações, 76% dos pais demonstraram interação com o bebê ainda na barriga, fazendo com que a tríade apresentasse maior envolvimento afetivo. Pressupõe-se também que o número expressivo (71%) de partos via vaginal pode ter relação direta com a participação paterna, por oferecer um maior apoio e segurança à gestante.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Arapiraca  |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Aurélia Magna Fernandes Dias                       |
| <b>Responsável pelo Projeto</b> | Lousanny Caires Rocha                              |
| <b>Outros autores</b>           | Evandro da Silva Melo Júnior                       |
| <b>Contatos</b>                 | 82 99946-4721(Lousanny)<br>82 98153-1515 (Aurélia) |

NOVO HORIZONTE DO NORTE - MT

## Apoio às gestantes melhora saúde de mães e bebês

---

Em Novo Horizonte do Norte/MT, uma parceria entre as equipes da Estratégia Saúde da Família e do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) tem oferecido apoio para mulheres gestantes no município. Há cerca de três anos, os profissionais de saúde e de assistência social se uniram e criaram um grupo especialmente voltado às mulheres grávidas.

“Nosso grupo é permanente, não tem início nem fim. Assim que recebem a confirmação da gravidez, as mulheres já são convidadas a participar dessa atividade”, explica a enfermeira Lisete Steffens, coordenadora do projeto. “É uma iniciativa que visa a fornecer orientações que vão além do acompanhamento individual feito no pré-natal”, acrescenta.

Uma vez por mês, os encontros são realizados no Centro de Referência de Assistência Social. Em média, participam 20 mulheres, de todas as idades e classes sociais. O perfil variado das participantes – adolescentes ou mais velhas, grávidas pela primeira vez ou com outros filhos – permite uma valiosa troca de experiências, além das orientações de profissionais.

A equipe de orientadores é multidisciplinar: tem enfermeiras, médicas, dentista, nutricionista, farmacêutica, e também assistentes sociais. Por meio de rodas de conversa e palestras, discutem-se temas relacionados aos cuidados com a gestação e com o bebê, mas também assuntos que as próprias mulheres levam como sugestão.

Vacinas, aleitamento materno – as dificuldades, as melhores técnicas –, o vínculo entre mãe e filho, prevenção e tratamento de viroses são alguns dos assuntos abordados nas reuniões. “Muitas vezes elas trazem angústias sobre doenças que ocorrem na região onde moram. Já falamos sobre dengue, hanseníase, zika, gripe H1N1, sempre com a intenção de orientar para que elas saibam lidar melhor com a própria saúde e dos filhos”, enumera Lisete.

Da parceria com a equipe de assistência social surgiu a ideia de incorporar também cursos para atender principalmente às mães de baixa renda. Em 2017, houve duas turmas de bordado. Como incentivo, as mulheres que participam do grupo por toda a gravidez e sem faltar às reuniões ganham um kit com produtos doados pela equipe e por comerciantes locais.

Após o parto, cada mulher é encaminhada para acompanhamento da puericultura e puerpério na unidade mais próxima de casa. “Tentamos fazer com

que elas continuem participando do grupo, porém fica mais complicado de sair de casa com o bebezinho para ir às reuniões, então o acompanhamento acaba sendo feito junto com as consultas do bebê”, diz Lisete.

O resultado do trabalho é bastante positivo. A taxa de partos normais e de aleitamento materno aumentou, e a incidência de baixo peso ao nascer diminuiu. A partir do vínculo criado com a equipe de saúde, também cresceu a adesão das mães à puericultura, o que permite melhor acompanhamento da saúde das crianças. “Percebemos ainda que, no puerpério, diminuíram as intercorrências como mastite e outras, e as orientações também contribuíram para o fortalecimento do vínculo familiar e para maior participação dos maridos e companheiros no processo de cuidado com os bebês”, explica a coordenadora.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Novo Horizonte do Norte (MT)             |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Maria Helena Medeiros                    |
| <b>Responsável pelo Projeto</b> | Lisete Steffens                          |
| <b>Outros autores</b>           | Karine Alencar Paduan                    |
| <b>Contatos</b>                 | (66) 98451.6279<br>enflisete@hotmail.com |

GUARAPARI - ES

## Prevenção de ISTs na adolescência envolve escolas públicas

---

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 1 milhão de pessoas adquirem uma IST diariamente. Nesse cenário, os adolescentes tornam-se especialmente vulneráveis, devido ao fato de muitos iniciarem a vida sexual numa fase em que ainda têm pouco conhecimento sobre as ISTs. Além disso, há questões ligadas ao desenvolvimento psíquico: a adolescência é uma fase de definição da identidade sexual, de experimentação, e muitos jovens se expõem a riscos por terem uma atitude de baixa autoproteção no que diz respeito ao sexo, seja por desinformação ou pela crença de que não são vulneráveis a doenças.

No Brasil, apenas a AIDS, a sífilis e as hepatites virais estão na lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, não havendo obrigatoriedade do relato de todas as ISTs. A sífilis adquirida foi incluída na lista de doenças e agravos de notificação compulsória a partir de 2010 e o número de casos só tem aumentado nestes últimos anos. O Estado do Espírito Santo reflete esse cenário: em 2012, foram 1.472 casos notificados de sífilis; em 2014, as notificações chegaram a 2.648 casos.

O avanço das ISTs e, em especial, da sífilis, chamou a atenção da gestão de Saúde de Guarapari para a necessidade de ações específicas de educação e prevenção voltadas a adolescentes. Assim, entre agosto e novembro de 2016, as equipes de saúde realizaram uma experiência que contou com a participação de cerca de cinco mil alunos do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental. Foram realizados 48 encontros com palestras, teatro, música e rodas de conversa em 14 escolas do município.

A primeira etapa do trabalho ocorreu antes dos encontros com os estudantes. Por meio de uma parceria com a Secretaria Municipal de Educação, foi feita a mobilização de pedagogos, diretores e professores para capacitação. A preparação dos educadores envolveu a oferta de palestras para professores e gestores, no intuito de contribuir com os desafios enfrentados no cotidiano das escolas. Nesses eventos, eles também receberam orientação de profissionais de saúde sobre a exibição de vídeos com a temática da sexualidade e ISTs na adolescência. Paralelamente a isso, o setor de Educação em Saúde promoveu a capacitação de enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde do

Município, para que estes atendam as demandas das escolas, como multiplicadores do programa.

Somente na segunda etapa o programa chegou ao público-alvo: adolescentes, suas famílias e o ambiente escolar propriamente dito. A equipe de Saúde da Família, um médico da Educação em Saúde e profissionais do setor de Educação multiplicaram as informações sobre sexualidade na adolescência nas escolas, utilizando metodologias adequadas a cada idade. Alunos do 6º ao 9º ano tiveram a oportunidade de aprender e tirar dúvidas com médicos, um enfermeiro e um professor sobre prevenção e consequências da gravidez indesejada na adolescência e ISTs.

A experiência revelou que a maioria dos adolescentes acreditam que o professor está preparado sobre o tema sexualidade, porém não é a ele que os alunos recorrem quando querem saber sobre isso. O projeto deixou claro que a internet poderá ser uma fonte de informação, desde que os jovens sejam orientados sobre critérios de busca em sites confiáveis, referenciados pela equipe pedagógica e de saúde. Nos encontros com alunos, chamou a atenção da equipe o fato de que os jovens se preocupam mais em evitar a gravidez do que prevenir a ocorrência de ISTs.

Apesar disso, os adolescentes se sentiram muito à vontade para perguntar sobre o tema. A equipe percebeu que é possível levar informação e educação em saúde com baixo custo e grande potencial de impacto nesse grupo específico. A experiência mostrou ainda o poder de aproximação e identificação entre a equipe de saúde e a população. O compartilhamento de conhecimento e a troca de experiências contribui para que os adolescentes se cerquem de ferramentas úteis e tornem-se mais proativos no cuidado com a própria saúde e sexualidade.

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Município</b>                | Guarapari   |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Alessandra dos Santos Albani  |
| <b>Responsável pelo projeto</b> | Dra Neuza Marchesi Braga Melo   |
| <b>Outros autores</b>           | Eldriana Ferreira dos Santos  |
| <b>Contatos</b>                 | (27) 3262-9533 / (27) 99825-1627<br>eldriana.ferreira@guarapari.es.gov.br |





PREMIAÇÃO POR  
**Voto Popular**





## Ações educativas no combate à cárie precoce e à obesidade infantil

---

Alguns problemas de Saúde Pública, como a cárie dentária na primeira infância e a obesidade infantil, são alterações que necessitam de intervenção precoce. Nessa fase, têm fundamental importância o estímulo à promoção da saúde, à prevenção aos fatores de risco e ao autocuidado pelos responsáveis. A vulnerabilidade nesse período da vida torna o acompanhamento do crescimento na primeira infância primordial para o bem estar geral da criança e de suas funções relacionadas ao desenvolvimento biopsicossocial.

Ao traçar seu perfil de atendimento, a Estratégia Saúde da Família (ESF) do Jardim São Francisco, no município de Bataguassu/MS, verificou baixa adesão de crianças, na faixa etária de 0 a 5 anos, ao atendimento odontológico e às ações de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento. A partir desse indicador, a gestão municipal decidiu criar o Grupo Educativo e de Intervenção Clínica Multiprofissional, para garantir a integralidade da assistência nesta faixa etária, abrangendo educativamente também seus responsáveis, como multiplicadores das informações em saúde e estimuladores do autocuidado.

O Grupo busca o fortalecimento do trabalho multiprofissional e o estreitamento de vínculo com a Atenção Básica. Dentre as estratégias está a identificação e orientação sobre hábitos nocivos à saúde infantil, diagnóstico de possíveis alterações oclusais, desmistificação do atendimento odontológico, atualização vacinal e formação de multiplicadores, por meio da educação em saúde das crianças e seus responsáveis.

Para a realização do trabalho, as crianças são divididas em três grupos, com atividades realizadas a cada dois meses. O trabalho é simultâneo entre estudantes e os pais, de maneira a complementar-se entre si: as crianças são estimuladas no espaço lúdico criado dentro da ESF para atividade educativa, e seus responsáveis permanecem em outro espaço na ESF, onde recebem orientações sobre educação em saúde.

Após a palestra multiprofissional, realiza-se a atualização vacinal, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças (IMC/Percentil), a avaliação odontológica, detecção e orientações sobre hábitos nocivos e classificação do risco de cárie. Os pequenos participantes também fazem a escovação dental supervisionada e recebem aplicação de fluoroterapia, como

ação preventiva e complementar. Finalmente, faz-se a verificação do estado de saúde geral da criança e um “tira-dúvidas” com a enfermeira.

Quando a equipe identifica alterações de IMC/Percentil, as crianças têm consultas mensais agendadas para avaliação e acompanhamento multiprofissional. Se houver detecção de outras alterações sistêmicas, faz-se o agendamento para consulta individual com médico ou outro profissional de saúde.

O primeiro ciclo de cada grupo acontece a cada dois meses. Espera-se que parte das crianças desta faixa etária tenha acesso a avaliação odontológica pelo menos a cada seis ou oito meses. As alterações de IMC/Percentil e outras alterações sistêmicas observadas são reavaliadas e monitoradas mensalmente pela equipe multidisciplinar.

Ainda no primeiro ciclo do Grupo Educativo, 16,66% das crianças avaliadas apresentavam alto risco para cárie dentária e foram inseridas para tratamento odontológico. Já 83% delas apresentavam hábitos nocivos de saúde, indicador que necessita de orientações/intervenções mais incisivas para reduzir o risco de alterações oclusais. Em relação ao IMC/Percentil, 40% dos avaliados apresentaram alterações e foram inseridas para acompanhamento, orientações e reabilitação multiprofissional.

O trabalho do Grupo Educativo se destaca por permitir a complementaridade entre as ações e saberes da equipe multiprofissional, somadas às experiências dos usuários, que são multiplicadores destas informações em saúde na comunidade. A intervenção precoce e o tratamento dessas patologias possibilitam a limitação/redução de danos aos pacientes acometidos, possibilitando modificar o processo saúde x doença.

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Município</b>                | Bataguassu (MS)                                     |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Maria Angélica Benetasso                            |
| <b>Responsável pelo Projeto</b> | Eliane Iguchi Nicolau                               |
| <b>Outros autores</b>           | Samantha Silva Cruz,<br>Angela Puerta Primo Barbosa |
| <b>Contatos</b>                 | (67) 98178.1333<br>elianeiguchi@yahoo.com.br        |

## Projeto “Foco na Dieta”

---

Vinte e seis quilos a menos e uma vida bem mais saudável. A secretária municipal de Saúde de Córrego Danta/MG, Mariana Coimbra, é o melhor exemplo dos resultados positivos do projeto Foco na Dieta, implementado no município há cerca de três anos. Definido por ela como um grupo de autoajuda, o projeto visa a levar orientações à comunidade sobre alimentação correta e desenvolvimento de hábitos saudáveis.

“A vantagem de ser um grupo de autoajuda é que cria-se um vínculo maior entre as pessoas e todos abraçam a meta de uma vida mais saudável”, resume Mariana. Córrego Danta é um município de cerca de 3,5 mil habitantes, cuja maioria populacional tem idade acima de 40 anos. Os maus hábitos de alimentação da população em geral, aliados ao sedentarismo, demandaram a intervenção da equipe de Atenção Básica municipal para conter agravos de saúde relacionados ao sobrepeso e à obesidade.

Os agentes comunitários de saúde municipais são os responsáveis pela triagem dos pacientes que se enquadram no perfil do projeto. A cada 90 dias, um grupo de 30 pacientes é selecionado e recebe o convite para participar do programa. No início de cada turma, os usuários passam por uma bateria de exames. Ao longo dos três meses, eles se reúnem em encontros semanais de 1h30 de duração.

A cada encontro, um profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) fala sobre temas diversos relacionados ao programa, como: problemas ocasionados por uso de medicamentos para emagrecer; como conter a diabetes tipo II com alimentação; a importância da atividade física diária; hidratação correta no dia a dia, entre outros. Para tornar o programa mais prático, há também momentos de cozinhar com os pacientes, como forma de estimular o paladar para alimentos mais saudáveis e apresentar opções para substituir alimentos pouco nutritivos.

Embora um dos objetivos do programa seja o emagrecimento, não há prescrição de dietas individualizadas. A perda de peso é trabalhada coletivamente, com a proposta de desafios e com uma pesagem semanal. “As pessoas realmente se ajudam, trocam ideias e se empenham em perder peso. Até porque dá muita vergonha subir na balança na frente de todo mundo e ver que o ponteiro subiu”, brinca Mariana.

A bateria de exames é repetida antes do último encontro. O encerramento do programa ocorre com a apresentação dos resultados gerais e com uma

avaliação dos participantes. A equipe de profissionais que apoia o trabalho inclui dentista, nutricionista, farmacêutico, médico e outros. Passados os 90 dias, outro grupo é formado, com um perfil diferente do anterior, e os participantes do grupo encerrado são encaminhados para acompanhamento individual nas unidades de saúde. Já foram 12 grupos desde a implementação do projeto.

Mariana afirma que as orientações oferecidas atendem a todos os tipos de pacientes, de idades, classes sociais e níveis educacionais diversos. “Eu sou farmacêutica, vivo no meio de saúde, e aprendi muito com o programa. Por exemplo, eu pensava que sabia interpretar rótulos de produtos, mas não sabia! Muitas vezes comprei alimentos com rótulo de ‘zero isso, zero aquilo’, achando que eram saudáveis e nem me preocupava em saber qual era o componente reduzido, ou se havia outros ingredientes nocivos à saúde na composição”, conta.

Como resultado, além da redução do peso corporal, 100% dos pacientes apresentam, ao fim dos 90 dias, resultados melhores nos exames laboratoriais. E pelo menos três a cada quatro pacientes conseguem inserir uma rotina de atividades físicas no dia-a-dia. Mariana faz questão de participar da abertura de todos os grupos contando a própria história. “Minha foto de antes e depois fala por si. Eu sempre mostro para os pacientes, como forma de estimulá-los.”

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Município</b>                | Córrego Danta                                     |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Mariana Coimbra Ferreira                          |
| <b>Responsável pelo projeto</b> | Camila Cristina de Oliveira                       |
| <b>Outros autores</b>           | Mariana Coimbra Ferreira                          |
| <b>Contatos</b>                 | (37) 99811.7769<br>mariana.corregodanta@gmail.com |

## Fisioterapia para combater a incontinência urinária

---

Para a maioria das mulheres, a incontinência urinária não é somente um problema médico, mas afeta também seu bem-estar psicológico e social. Apesar de ser muito comum, é uma condição que traz vergonha e leva ao isolamento de muitas mulheres, que se privam de atividades cotidianas com medo de passar por situações embaraçosas relacionadas à perda involuntária da urina.

Durante a realização de atividades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município de Garopaba/sc, algumas pacientes relataram dificuldades por causa da incontinência urinária. Dessa queixa nasceu a proposta de criar grupos de orientação e tratamento da incontinência por meio da fisioterapia, com abordagem preventiva, curativa e promocional da saúde.

Cada grupo tem a duração de 90 dias e atende a 20 mulheres na faixa etária de 40 a 60 anos, em média. O grupo começa com ações de educação em saúde, utilizando recursos visuais e palestras, para promover a conscientização corporal e o controle seletivo dos músculos do assoalho pélvico. Depois são introduzidos os exercícios de fisioterapia, visando à melhora da força e da função desta musculatura. Ao realizar cada exercício, as pacientes aprendem uma contração consciente e efetiva nos momentos de aumento da pressão intra-abdominal, evitando assim as perdas urinárias.

Desde 2015, quando a experiência foi implementada, já foram formados cinco grupos. “É uma iniciativa de baixíssimo custo e com resultados muito positivos, já que a maioria dos casos de incontinência não precisa de cirurgia”, explica a coordenadora de Atenção Básica do município, Gabriela Rodrigues Pereira. A cada ano, o grupo é constituído em um bairro diferente. As inscrições são feitas na recepção da Unidade de Saúde da Família e os encontros semanais ocorrem em salões comunitários de cada bairro.

Além dos exercícios durante os encontros, todas as pacientes recebem orientações sobre práticas que podem ser feitas diariamente de contração do assoalho pélvico e fortalecimento dessa musculatura, em casa ou nas mais diversas atividades. De forma complementar, os grupos também têm encontros com outros profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), como nutricionista, psicólogo e educador físico.

Em três anos e meio, mais de 80 mulheres já foram atendidas. Quanto à

satisfação em relação ao tratamento, que é contínuo, a maioria das participantes relatou melhora significativa ou parcial da perda urinária após dois meses do início dos grupos. “Poucas pacientes precisaram de intervenção cirúrgica para correção do problema”, afirma Gabriela.

Quando questionadas sobre a consciência em relação ao que é o assoalho pélvico, 100% das participantes afirmam ter completa consciência. Todas as integrantes do estudo indicariam o tratamento fisioterapêutico para outras mulheres com o mesmo problema. “Essa é uma iniciativa que pode ser facilmente implantada em diversos locais como possibilidade terapêutica de atenção à saúde da mulher”, ressalta a coordenadora. Para ela, é muito importante que sejam incorporados exercícios de prevenção à incontinência urinária na vida cotidiana das mulheres incontinentes, independente da idade com que elas se encontrem, devendo ser instituídos em nível primário o mais precoce possível, por meio de programas de educação básica em saúde.

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Município</b>                | Garopaba  |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Tatiane Rosa Ávila Pacheco  |
| <b>Responsável pelo projeto</b> | Tainá Polita  |
| <b>Outros autores</b>           | Lucia Raquel Sieben e Angélica de Vargas                            |
| <b>Contato</b>                  | 48. 3254 8118 / 48. 99927 0951<br>coordenacaoesf@garopaba.sc.gov.br |

## Projeto Alimentando Saúde estimula práticas saudáveis

---

De acordo com o Ministério da Saúde, um em cada cinco brasileiros está acima do peso. A prevalência da obesidade na população passou de 11,8%, em 2006, para 18,9% em 2016. Com isso, cresceram também os índices de diagnóstico de doenças ligadas ao excesso de peso, como diabetes e hipertensão. Os dados revelam ainda que apenas um entre três adultos consome frutas e hortaliças em cinco dias da semana. Nesse cenário, ações de promoção da alimentação saudável têm recebido atenção cada vez maior no âmbito da gestão de saúde.

No município de Montadas, o Projeto Alimentando Saúde busca, por meio da recreação, despertar a atenção de crianças e jovens para a importância de adotar hábitos saudáveis. O trabalho ocorre em parceria com o Programa Saúde na Escola (PSE), cujo público beneficiário são os estudantes da Educação Básica, gestores e profissionais de educação e saúde, comunidade escolar e, de forma mais amplificada, estudantes da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e da Educação de Jovens e Adultos (EJA).

O projeto envolve a participação da nutricionista, de um educador físico, da coordenadora do PSE, de professores e alunos do pré-escolar ao 5º ano do Ensino Fundamental, além do apoio da equipe técnica das escolas municipais.

Nessa experiência, o compartilhamento do conhecimento da nutricionista é facilitado pela realização de atividades educativas de promoção da alimentação saudável de fácil compreensão pelas crianças. A equipe também busca incentivar a prática de exercícios, por meio de atividades corporais e recreativas, visando o desempenho motor.

Ao longo do projeto, os alunos foram estimulados a participar de ciclos de palestras, a completar um material educativo sobre hábitos alimentares saudáveis e a construir uma pirâmide alimentar infantil com materiais fornecidos pela nutricionista. Também foram apresentados os alimentos da fase pré-escolar, com a ajuda de contos e de brincadeiras. Com isso, foi possível aprofundar os conhecimentos da comunidade escolar sobre a nutrição e alimentação saudável.

Conversas e desenhos sobre a alimentação preferida das crianças ajudaram no processo de registro dos alimentos mais consumidos na família, e também na identificação de semelhanças e diferenças entre os hábitos

alimentares dos alunos. As crianças foram orientadas a se tornarem multiplicadoras desse aprendizado na própria família.

No aspecto da promoção de hábitos saudáveis e da prática de atividades físicas, as brincadeiras foram trabalhadas para aperfeiçoar o desenvolvimento motor e lúdico das crianças, estimulando também a interação entre elas. O projeto disponibilizou para os alunos e para as escolas materiais educativos complementares e uma pirâmide alimentar para montar, que foram incluídos nos conteúdos curriculares para que o tema seja abordado de maneira permanente.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Montadas                                       |
| <b>Secretário de Saúde</b>      | Erasmão de Souza                               |
| <b>Responsável pelo Projeto</b> | Michelle Raíssa Santos Veríssimo               |
| <b>Outros autores</b>           | Eliane Porto Veríssimo                         |
| <b>Contatos</b>                 | (83) 98820-7358<br>verissimomichelle@gmail.com |



## Vigi@Dengue no combate ao *Aedes aegypti*

---

Desde 1996, com a introdução do vírus causador da dengue, a cidade de Natal/RN sofreu consecutivas epidemias. Entre 2014 e 2015, a atuação dos arbovírus Chikungunya e Zika no município tornou o cenário ainda mais complexo e desafiador. Visto que as medidas de controle vetorial, até então tomadas, não se mostravam eficazes no controle dos mosquitos, o Centro de Controle de Zoonoses de Natal viu a necessidade de reestruturação do programa de vigilância e controle das arboviroses.

“Como o Brasil não é homogêneo, os indicadores para predição de epidemias não podem ser aplicados de forma igual em todos os municípios. Por exemplo, o Levantamento Rápido de Infestação por *Aedes aegypti* (LIRAA), que era usado como referência até 2014, não nos dava uma previsão 100% confiável para Natal”, explica Carlos André Nascimento Silva, chefe da Divisão de Controle de Zoonoses de Natal.

Criada em 2014, a metodologia Vigi@Dengue foi idealizada como um sistema de monitoramento ativo e tem por finalidade a utilização de indicadores que garantam a predição e a localização das ocorrências de surtos epidêmicos, para uma melhor eficiência nas tomadas de decisões. Ela se baseou em dois estudos organizados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde, que incorporaram outros indicadores para a construção de um mapa de risco mais fidedigno à realidade de cada município.

O Vigi@Dengue soma dados epidemiológicos – controle e acompanhamento de casos –, dados entomológicos – presença de ovos do *Aedes aegypti* em armadilhas espalhadas pela cidade – além de dados sociais, ambientais e demográficos, como intermitência de água, densidade populacional, Zonas de Proteção Ambiental (ZPAs), áreas próximas a lagoas, rios, poços e vegetação, e regiões de fronteira do município.

Hoje, Natal tem 500 pontos de monitoramento de focos de *Aedes aegypti*, dos quais 445 possuem ovitrampas. Essas armadilhas são monitoradas semanalmente e resultam num mapa dinâmico de infestação, que serve de subsídio para ações pontuais de prevenção, educação em saúde, e também para a organização dos serviços de saúde de maneira tempestiva. O objetivo principal é a redução da ocorrência de óbitos por dengue, bem como do impacto das epidemias de arboviroses (Dengue, Chikungunya e Zika) para a população e para a rede de saúde.

“O diferencial dessa metodologia é que ela incorpora o fator humano na equação. Hoje não usamos LIRAA, nem ciclos de trabalho. Vinte e três agentes motorizados monitoram as ovitrampas, dezenove fazem a aplicação de UBV, e uma equipe de sete pessoas faz o monitoramento de pontos estratégicos”, descreve Carlos André.

A partir dessa nova metodologia, a vigilância se tornou mais sensível. Com o Vigi@Dengue, foi possível a identificação da introdução de Chikungunya no município devido à busca ativa de casos suspeitos para arboviroses. Também foi essa metodologia que ajudou a identificar a reintrodução do vírus do tipo DEN-3, a partir da coleta de vetores adultos.

Outro importante resultado do Vigi@Dengue foi a redução do período epidêmico em relação a anos em que se fazia a utilização da metodologia de ciclos; e a redução de óbitos por dengue em 100% quando comparados os anos de 2015 e 2016. Houve ainda um aumento do percentual de casos investigados e encerrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

No momento, o município trabalha no constante aprimoramento da metodologia. A perspectiva é que o mapa de risco seja estratificado a partir de setores censitários, ao invés de bairros, como forma de fiscalizar melhor as ações de prevenção e combate às arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti*.

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Município</b>                | Natal (RN)  |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Luiz Roberto Leite Fonseca  |
| <b>Responsável pelo Projeto</b> | Carlos André Nascimento Silva   |
| <b>Outros autores</b>           | Ruana Clara Bezerra Gonçalves<br>Alessandre Medeiros Tavares<br>Isabelle Ribeiro Barbosa<br>Marcia Cristina<br>Bernardo de Melo Moura |
| <b>Contatos</b>                 | (84) 98802-6193<br>cczsalatecnica@gmail.com   |

## Gestão das unidades otimiza o planejamento

---

Estabelecida a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentada pelas Leis 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/90, a descentralização da gestão e das políticas da saúde no país é um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2011, o Decreto nº 7.508 estabeleceu um novo arranjo para a descentralização, desencadeando a transferência de decisões e ações antes centralizadas. Neste processo, os municípios estruturaram uma ampla rede de serviços de saúde, no nível da Atenção Básica, tornando-se os principais gestores da força de trabalho no SUS.

Para que a Atenção Básica desempenhe sua função como porta de entrada preferencial do sistema público de saúde, e também como ordenadora do cuidado na rede de atenção à saúde, tem fundamental importância o papel exercido pela gerência da unidade básica de saúde como mediadora, articuladora intra e inter setorial. Neste sentido, o gerente da UBS deve atuar na produção de intersubjetividades e de processos de tomada de decisões coletivas, em que seja trabalhada a grupalidade; que se atente para a necessidade de qualificação dos espaços de gestão, destinando-lhes lugar e tempo, além de suporte e manejo.

O município de Presidente Médici iniciou a última gestão enfrentando um bloqueio de recursos da Estratégia Saúde da Família e de Saúde Bucal. Até então, o município não tinha histórico de gerenciamento das três Unidades Básicas de Saúde existentes. Começou-se um processo de qualificação dessa gestão. Partindo do pressuposto de que a boa administração se pauta no planejamento, a gestão municipal priorizou a implantação de gerências nas UBS. Segundo o secretário municipal de Saúde, Gil Layon de Sena Carvalho, os primeiros seis meses de gestão foram dedicados a um diagnóstico para entender os motivos pelos quais o município não conseguia atingir os objetivos na área da saúde.

A pesquisa foi realizada em duas fases. Numa primeira etapa realizou-se um estudo exploratório sobre o perfil profissional daqueles que exercem a função gerencial nas UBS. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário semiestruturado, aplicado aos gerentes e à comunidade local nos meses de janeiro e fevereiro de 2017, e os dados dos questionários foram duplamente encaminhados ao setor de controle e avaliação da Secre-

taria Municipal de Saúde de Presidente Médici/MA (SEMUS) e apresentados por meio de frequência simples.

A segunda etapa buscou compreender como é desenvolvido o trabalho gerencial em UBS. Para obtenção dessas informações, optou-se pela realização de duas sessões de grupo focal, em que participaram os três gerentes de unidades de saúde, cujas discussões foram orientadas por um roteiro, conduzidas pelo pesquisador. Os debates no grupo focal possibilitaram refletir de modo coletivo sobre uma temática que é parte integrante do cotidiano dos gerentes - conhecer o processo dinâmico de interação entre eles, além de observar como as controvérsias se manifestam e são resolvidas.

As principais deficiências identificadas foram: atualização cadastral das famílias e territórios; o paralelo entre a referência e a contrarreferência; o acompanhamento dos casos para avaliação do atendimento prestado, especialmente no Tratamento Fora do Domicílio (TFD). Elas se tornaram, a partir daí, o foco da qualificação da gestão para melhoria dos resultados. Com o avanço nos indicadores nessas áreas, em 90 dias o município conseguiu recuperar os recursos que estavam bloqueados e retomar as equipes.

O trabalho mostrou, na prática, como o melhor desenvolvimento de indicadores da atenção básica auxilia no planejamento, avaliação e monitoramento dos serviços e, em última instância, resulta no alcance dos objetivos de saúde. Dentre todas as ferramentas oferecidas no auxílio da gestão de unidades básicas de saúde, o questionário aplicado nas UBS de Presidente Médici/MA revelou que a gerência de unidades básicas de saúde é exercida, majoritariamente, por mulheres enfermeiras com vasta experiência profissional e gerencial.

O estudo mostrou ainda a dupla dimensão do trabalho do enfermeiro gerencial-assistencial. As gerentes alegavam que a função assistencial fica prejudicada, porém admitiram que a atuação gerencial também possibilita o não afastamento do cuidado. Além disso, o estudo revelou como o acompanhamento diário do cuidado – ou seja, de como é feita a supervisão da equipe de enfermagem nas diversas unidades de produção – é fundamental para a identificação das fragilidades dos trabalhadores e para a definição de intervenções necessárias à melhoria da qualidade da atenção prestada.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Presidente Médici                        |
| <b>Secretário de Saúde</b>      | Gil Layon De Sena Carvalho               |
| <b>Responsável pelo Projeto</b> | Gil Layon De Sena Carvalho               |
| <b>Contatos</b>                 | (98) 98734-1764<br>gil.layon@hotmail.com |

## Arteterapia melhora a autoestima de usuários do CAPS

---

*“A criatividade é o catalisador por excelência das aproximações de opostos. Por seu intermédio, sensações, emoções, pensamentos, são levados a reconhecerem-se entre si, a associarem-se, e mesmo tumultos internos adquirem forma”.*

(Nise da Silveira)

A médica alagoana Nise da Silveira foi a inspiração para o projeto Arte no CAPS, saúde na vida, no município de Santa Luzia, na Paraíba. “Quando tive a ideia do projeto, estava estudando sobre ela”, lembra o assistente social Natálio Medeiros. Era o final de 2016 e o CAPS de Santa Luzia passava por dificuldades que impediam a implementação de projetos de arteterapia com os quase cem usuários. “O atendimento ambulatorial, as medicações, estavam sendo oferecidos normalmente, mas não tínhamos material para trabalhar com as oficinas de arte”, conta.

Assim nasceu a proposta de criar uma associação vinculada ao CAPS e buscar apoio material e financeiro no comércio local. A iniciativa deu certo e, desde janeiro de 2017, o CAPS passou a oferecer atividades como pintura artística, customização de sandálias, artesanato com criação de acessórios para decoração, oficinas de poesia, pintura em tecido, etc. Hoje, 83 usuários do CAPS participam das atividades.

O projeto “Arte no CAPS, saúde na vida” destaca-se pela sua proposta terapêutica de, através da arte, externar o eu do sujeito em sofrimento psíquico, procurando levá-lo à organização psíquica e ao desenvolvimento de suas potencialidades, como também gerar renda e ressocialização, por meio da exposição e venda desses materiais e produtos artesanais em feiras, locais e eventos de grande circulação.

Em pouco mais de um ano, acima de cem usuários do CAPS passaram pelas oficinas. “A adesão dos comerciantes não precisou ser grande, apenas o suficiente para viabilizar as primeiras oficinas. Depois, passamos a reinvestir a maior parte dos recursos obtidos com a venda nos próprios trabalhos. Hoje, somos autossustentáveis e não precisamos mais de patrocínio”, revela Natálio, que coordena uma equipe de três arte-educadores.

Segundo ele, o principal ganho, ao buscar apoio da comunidade, foi a aber-

tura de espaço para a exposição dos trabalhos. “Os pacientes passaram a ter orgulho de ir ao CAPS, de participar das oficinas de artesanato. O estigma que costuma ser associado aos pacientes da saúde mental foi, aos poucos, desfeito”, analisa o assistente social. “Tivemos casos de pessoas que chegaram com situações bastante agravadas e que encontraram na arte um caminho para se reaproximar da família, para se expressar sem serem julgadas”, conta.

O projeto tem proporcionado a geração de renda, com a venda dos produtos aos visitantes do CAPS, instituições sociais, além da exposição em eventos, feiras, entre outros. Do total de recursos advindos dessa comercialização, 20% são revertidos para os usuários, e 80% são reaplicados na aquisição de novos materiais para as oficinas, que ocorrem três vezes por semana. Às terças e quintas-feiras, as oficinas são de poesia. “Estamos viabilizando a publicação de um livro de cordéis escritos pelos pacientes”, comemora Natálio Medeiros.

A experiência, segundo ele, contribui para melhorar a autonomia, autoestima e a criatividade, abrindo uma porta de (re)entrada em sociedade. O projeto permite envolver usuários e seus familiares, demonstrando o quanto esses pacientes são capazes, quando lhes é dado espaço para que sejam cidadãos atuantes. É uma proposta que visa a abrir perspectiva de novos horizontes para os usuários com transtornos mentais ou que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e drogas. “A parceria com projetos como este é a costura consistente entre os que sonham em ser considerados como seres humanos, longe de preconceitos, e a possibilidade de construir uma vida nova, sustentados nesta credibilidade”.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Município</b>                | Santa Luzia  |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Maria Mirtes da Nóbrega  |
| <b>Responsável pelo Projeto</b> | Natálio de Medeiros Júnior   |
| <b>Outros autores</b>           | Natálio de Medeiros Júnior<br>Allyni Pinheiro Araújo<br>Waléria Frazão Ramos de Araújo |
| <b>Contatos</b>                 | (83) 3461.2134<br>mirtesleao@hotmail.com   |

## Projeto “A mais bela voz”

---

“A melhor hora sempre é agora/E o melhor lugar é sempre onde você está/E a luz nunca se apaga, juízo sempre acaba/E a nossa música vai começar”. Os versos da canção de Jorge e Mateus anunciam: é o início de mais uma edição do projeto A Mais Bela Voz, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) Dona Quinca, no município de São Bento/PB. Abrem-se as cortinas e começam as apresentações. Um a um, os pacientes tomam o palco e cantam suas dores, superações e conquistas. Fazem do canto e da expressão corporal um alívio e também um recurso de tratamento e de ressocialização. Toda quinta-feira é dia de cantar. Tem sido assim há sete anos.

“Nós queríamos que os usuários fossem vistos pela comunidade de uma forma mais humanizada, sem o estigma de ‘doente mental’”, conta a psicóloga e coordenadora do projeto, Gerlane Santos. Assim nasceu a iniciativa, paralelamente às aulas de música que já eram oferecidas no CAPS, apostando no potencial que a musicalidade tem para acionar memórias boas e ruins, sofrimentos de cada indivíduo.

“O canto é uma ferramenta para acessar não só as angústias, mas também o humor, o lado cômico de cada pessoa. Com ele podemos trabalhar, de maneira científica, interativa, o desenvolvimento da memória, da atenção, a concentração, a autoestima, o raciocínio lógico, dentre outros”, explica a coordenadora. O perfil da maioria dos usuários do CAPS é de não-alfabetizados. Muitos possuem déficit cognitivo. “Então, a música de abertura do projeto funciona como uma senha, um chamado em uma linguagem universal. Não importa se o paciente tem ou não noção de tempo ou déficit cognitivo, quando toca a música, eles sabem que é hora do show”, conta Gerlane.

Nos dias do projeto, eles ensaiam de manhã e à tarde se apresentam. Além da psicóloga, um professor de música e uma terapeuta ocupacional dão suporte ao grupo. Cada show dura aproximadamente duas horas, em que 12 a 16 usuários do CAPS se apresentam. Ao longo de sete anos, dezenas já passaram pelo projeto.

Com o tempo, a experiência se expandiu. Hoje, as apresentações ocorrem dentro e fora do CAPS, com a presença de convidados e participação do grupo em atividades promovidas pela gestão municipal junto às comunidades e eventos locais. “Nesses eventos a gente percebe o real significado da inclusão social na área da saúde mental no nosso município. Cada pessoa que passa pelo projeto ou que assiste às apresentações muda a visão sobre como funcio-

na um CAPS e também sobre o tratamento de saúde mental, o que contribui para uma maior adesão dos próprios pacientes e de seus familiares”, conclui Gerlane Santos.

Com o projeto A Mais Bela Voz, os usuários participam ativamente das atividades, conseguem trabalhar a atenção, a memória, a percepção e a timidez, resgatando a autoestima por meio da música. Assim, além de obter resultados positivos no tratamento do portador de sofrimento psíquico, as apresentações funcionam também como um grande atrativo e suporte àqueles que necessitam de tratamento e têm resistência em procurar o serviço, por preconceito.

Com o apoio da gestão local, a equipe do CAPS já prepara agora uma nova proposta, voltada à prevenção do suicídio. Com pouco mais de 34 mil habitantes, São Bento teve mais de 50 tentativas de suicídio somente em 2017, das quais quatro se concretizaram. Em 2018, já houve um suicídio na cidade. “Notamos que esse é um tema que precisa ser trabalhado”, reforça a psicóloga. O projeto, que está em fase de implementação, vai se chamar “Eu me importo com sua vida” e inclui a criação de um telefone de plantão da equipe do CAPS para atender e orientar familiares de pessoas com potencial suicida e, a partir disso, planejar as intervenções.

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Município</b>                | São Bento   |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Lindinalva Dantas dos Santos                            |
| <b>Responsável pelo Projeto</b> | Gerlane Costa dos Santos                                |
| <b>Outros autores</b>           | Lindinalva Dantas dos Santos,<br>Márcia Almeida Marques |
| <b>Contatos</b>                 | (83) 99975 - 1163<br>gerlanepsic12@hotmail.com          |



## CAPS busca ressocialização de pessoas com transtornos mentais

---

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiram como um dispositivo anti-manicomial, um modo de se trabalhar com transtornos mentais graves a partir da Reforma Psiquiátrica. O CAPS é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo. Nos últimos anos, os CAPS vêm consolidando seu papel como centros de promoção da ressocialização dos usuários.

Contudo, mesmo com os avanços alcançados, em termos de ampliação da rede de serviços de atenção psicossocial e das modalidades de cuidado com foco extra-hospitalar, ainda há um problema recorrente que constitui um desafio nas políticas de saúde mental: são os casos de cárcere privado envolvendo pacientes com transtorno mental. Trata-se de uma prática secular, mais antiga que a própria psiquiatria, porém, que ainda hoje se perpetua como resposta ao transtorno mental, assim como o preconceito que afasta o paciente do convívio social.

Com foco no desencarceramento e na busca do restabelecimento do convívio social de pessoas com transtornos mentais, o município de São Pedro, no Piauí, desenvolveu um projeto de intervenção no CAPS da cidade. Com uma população estimada de 14 mil habitantes, São Pedro tem 2,8 mil pessoas registradas no CAPS. Ou seja: 20% da população fizeram ou fazem uso de serviços especializados de saúde mental. Nesse contexto, a equipe verificou a existência de vários casos de cárcere privado e de profundo isolamento social de pessoas com transtornos mentais.

Nessa intervenção, a equipe realiza busca ativa de casos de cárcere privado, em sua maioria de pacientes psicóticos, e inicia um trabalho de resgate da singularidade do sujeito, de sua autonomia e da possibilidade de constituição de um laço social, assim como a manutenção para evitar o retorno ao cárcere. O trabalho busca ainda promover a inclusão social, minimizar o preconceito da sociedade e dos familiares, melhorar a qualidade de vida das pessoas em sofrimento psíquico e reduzir o uso de medicação psicotrópica.

Usuários e familiares são estimulados à mudança de hábitos. Para isso, a equipe lança mão das mais diversas ferramentas, tais como: visitas domiciliares; atendimento individual e familiar; atividades coletivas; oficinas

terapêuticas para fortalecimento de vínculos familiares e sociais; grupos de convivência; projeto de alfabetização; atendimento em saúde geral e bucal em parceria com a ESF (Estratégia Saúde da Família) e o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família); atividades físicas e esportivas; passeios educativos; arteterapia; ações sociais e cursos de geração de emprego e renda.

Os profissionais fazem o acompanhamento de 20 pacientes, com idades entre 18 e 60 anos, observando a evolução e o projeto singular individual nos prontuários. A avaliação acontece de forma qualitativa e continuada no decorrer do processo de acompanhamento e, a cada atividade realizada, a equipe analisa os objetivos alcançados, buscando sempre o reforço positivo no intuito de prevenir o retorno ao cárcere.

O resultado do projeto foi a diminuição dos casos de cárcere privado e das medicações, maior aceitação da comunidade e redução do preconceito familiar. Pacientes que antes eram mantidos em uma espécie de prisão, hoje estão reinseridos no convívio social e com harmonia nas relações familiares e sociais. Houve pacientes cuja evolução foi tão positiva, que possibilitou a alta do tratamento. Outros conseguiram voltar ao mercado de trabalho, alguns foram alfabetizados, e todos puderam ter a garantia da assistência regular à saúde.

A experiência conseguiu alcançar seus objetivos de promover a qualidade de vida dos pacientes, antes estereotipados como loucos, inúteis ou pessoas que representam perigo à sociedade, e mostrou que eles podem conviver harmoniosamente com a sociedade, fazendo parte dela como cidadãos.

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Município</b>                | São Pedro (PI)  |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Ana Lourdes Lúcio Ribeiro Aquino  |
| <b>Responsável pelo Projeto</b> | Leonel Santiago De Amorim   |
| <b>Outros autores</b>           | Adoaldo Rodrigues da Silva<br>Fabio Pereira de Carvalho<br>Patrícia Soares de Alencar<br>Juarez Lobo Bessa<br>Maria Creuza da Silva |
| <b>Contatos</b>                 | (86) 99931.6532/99939.4755<br>leoamorim1@hotmail.com  |

## Projeto Cavalinho Amigo oferece equoterapia para crianças com deficiência

---

Equoterapia é um método terapêutico que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas com deficiência ou com necessidades especiais. Nela, o cavalo é usado como ferramenta para atividades que visam resultados físicos e psíquicos, pois é uma atividade que exige a participação do corpo inteiro, contribuindo, assim, para o desenvolvimento de força muscular, relaxamento, conscientização do próprio corpo, aperfeiçoamento da coordenação motora e do equilíbrio.

No município de Simão Dias, a 100 km de Aracaju, a equoterapia tem sido oferecida pela Secretaria Municipal de Saúde, desde janeiro de 2015, para tratamento de crianças e jovens com deficiências. A ideia do projeto Cavalinho Amigo surgiu no início de 2014, quando uma associação de equoterapia apresentou ao município uma proposta de parceria. Em outubro do mesmo ano, após cumprir todas as etapas formais de habilitação, o projeto foi autorizado e, no início de 2015, dez crianças com deficiência começaram a frequentar o centro de equoterapia, que hoje atende a 35 pacientes, além do acompanhamento sócio-educativo de seus pais e acompanhantes.

O Centro de Equoterapia Presente de Deus é custeado pela gestão municipal, mas gerido pela associação. O encaminhamento para essa terapia é feito pelo neurologista da rede municipal de saúde. Em alguns casos, a depender do tipo de deficiência do paciente, também é necessária a liberação por outras especialidades, como cardiologia e ortopedia.

A equipe do centro é composta por um tratador, um equitador, uma equoterapeuta e uma fisioterapeuta, e mantém quatro cavalos que se revezam na terapia com os pacientes. “Cada animal tem uma altura, uma passada e uma aparência diferente, e isso tudo é importante para estimular os pacientes”, explica a equoterapeuta Danilla Lírio, coordenadora do centro.

Antes do primeiro contato com o cavalo, a criança passa por uma avaliação detalhada com a equipe, que serve para determinar qual a abordagem mais adequada a cada caso: reabilitação ou socialização. A primeira é mais indicada para crianças com deficiências físicas diversas, e a segunda a

crianças com autismo ou com deficiências que interferem na autonomia e no comportamento.

A duração limite da equoterapia como recurso para reabilitação física é de dois anos. Porém, o vínculo do paciente com o animal e a evolução de cada caso podem fazer com que o tratamento se estenda por mais tempo. Ao longo do cuidado, a equipe documenta a evolução de cada paciente. Anualmente, o relatório individual é atualizado para acompanhamento de indicadores e metas. Quando o paciente atinge a meta evolutiva ou alcança um grau de autonomia adequado, recebe alta.

Ao longo dos três anos do projeto, o perfil dos pacientes tem mudado. Se no início o foco era mais na reabilitação física, hoje ele tem recebido muitas crianças com autismo, com tratamento mais focado em socialização. Isso, segundo Danilla, exige um processo um pouco mais longo de adaptação e tratamento, buscando melhorar o autocontrole e a autonomia da criança, além da abordagem de reabilitação física.

Embora o custo e a complexidade de implantar um centro de equoterapia desestimule alguns gestores, os resultados obtidos em Simão Dias têm mostrado que a proposta é adequada e inovadora no tratamento de crianças e jovens com deficiência. Todos os pacientes adquirem mais autonomia e qualidade de vida. O resultado disso é que o centro de equoterapia, que começou com apenas dez pacientes, hoje atende a 35 e tem fila de espera.

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Município</b>                | Simão Dias  |
| <b>Secretário de Saúde</b>      | Lenivaldo Nunes Conceição                           |
| <b>Responsável pelo projeto</b> | Danilla Alves Lírio                                 |
| <b>Contatos</b>                 | (79) 99965-3092<br>danillaequoterapeuta@hotmail.com |

## “Bingo da Saúde” aproxima equipes de saúde da comunidade

---

As atividades lúdicas no campo da saúde se configuram como métodos alternativos, que auxiliam no processo de aprendizagem. Por meio dessa ferramenta, a Secretaria de Saúde do município de Sinimbu/RS apostou em um projeto de promoção da saúde e de acolhimento da população de abrangência da Estratégia Saúde da Família da localidade de Rio Pequeno. Assim nasceu, em março de 2017, o grupo “Mais Saúde”, com o intuito de cuidar da saúde dos usuários que residem na zona rural do município.

Considerando a localização, o território de abrangência e o perfil da população, a equipe de saúde e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) perceberam que o sucesso do grupo dependia da realização de atividades inovadoras, lúdicas, criativas e atrativas. A solução foi criar um jogo, o “Bingo da Saúde”.

Para a atividade, levantaram-se os temas a serem abordados, como por exemplo: Saúde do homem; saúde da mulher; atribuições da ESF; vacinação; problemas de saúde comuns na próxima estação do ano; alimentação saudável; prática de exercícios físicos; uso de chás; acupuntura; envelhecimento saudável; sexo seguro; amamentação; saúde bucal; religiosidade, entre outros.

A partir dos temas, realizou-se a busca, na internet, de imagens que correspondem aos assuntos selecionados, totalizando 52. As imagens escolhidas foram agrupadas em cartelas com 8 figuras cada, totalizando 35 cartelas. A proposta do jogo era assinalar, nas cartelas, as imagens conforme sorteio realizado pela equipe de saúde. Considerava-se ganhador o participante que completasse toda a cartela.

A cada imagem sorteada, a equipe de saúde realizava uma breve explicação sobre o tema, estimulava discussões sobre o que a figura representava, valorizava o saber popular, realizava orientações de saúde utilizando uma linguagem simples e de fácil entendimento, o que favoreceu o acolhimento e aproximação entre o serviço de saúde e os usuários. No decorrer do jogo, o participante que completasse a cartela era premiado com brindes doados pela própria comunidade: frutas da época, artesanatos, leguminosas, vegetais, kits de higiene bucal, entre outros.

A ESF de Rio Pequeno fica no interior do município. A equipe é composta por um médico da família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e cinco ACS. Para tornar a unidade acolhedora, os atendimentos são realizados me-

diante agendamento, salvo casos de urgência. Nas quartas-feiras, no turno da tarde, são realizadas visitas domiciliares.

Ao considerar o perfil, condições de vida, fonte de renda e atividades laborais dos usuários, o grupo “Mais Saúde” foi criado visando romper com os métodos tradicionais de promoção da saúde e facilitar a participação dos usuários nas atividades coletivas em locais mais próximos às suas residências.

A ESF de Rio Pequeno conta com cinco microáreas e uma população estimada de 2,5 mil pessoas, que residem no interior do município de Sinimbu-RS. Devido à grande extensão territorial e à dificuldade de comunicação, a qual se dá muitas vezes apenas por meio dos ACS, a atividade foi desenvolvida uma vez em cada microárea, com intervalos de aproximadamente 15 dias, o suficiente para que os ACS pudessem convidar a população de sua localidade.

A distância entre algumas das localidades e a ESF chega a 25 km, trajeto percorrido em estrada de chão batido. Por isso, nos dias de realização do bingo, a equipe de saúde se deslocou até os locais apontados pela própria comunidade, em vez de fazer com que os moradores fossem até a ESF.

No decorrer do projeto, o sucesso das experiências promoveu um verdadeiro boca a boca entre os moradores de cada microárea e a participação da comunidade aumentou progressivamente. Do primeiro ao último encontro registrado (a experiência continua) a participação saltou de 13 para 62 moradores.

O Bingo da Saúde comprovou que, no que diz respeito à promoção da saúde e ao acolhimento, o trabalho em equipe precisa estar sempre em evidência, com foco na construção coletiva das dinâmicas em grupo a partir de uma lógica criativa. O projeto mostrou ainda a necessidade de promover atividades acolhedoras voltadas ao público masculino e de estimulá-lo a buscar atendimentos na ESF. O sucesso da iniciativa reforça que atividades dessa natureza podem contribuir para a construção de um SUS realmente universal, integral e equânime.

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Município</b>                | Sinimbu   |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Sinara Cristina Klafke Dhiel  |
| <b>Responsável pelo projeto</b> | Daniel Soares Tavares   |
| <b>Outros autores</b>           | Silvana Beatriz Roesch da Silva,<br>Solange Henn Schultz<br>Zelia Francini Dias<br>Gislaine Muller<br>Iraci de Carvalho |
| <b>Contato</b>                  | (51) 3708-1232<br>(51) 999856967<br>daniel_tavares_ctg@yahoo.com.br   |

## Remodelação de processos de trabalho na AB

---

Sítio Novo do Tocantins localiza-se no extremo norte do Tocantins, região conhecida como “Bico do Papagaio”. Com uma população de 9.097 habitantes, segundo dados do IBGE 2012, o município possui dez unidades de saúde, com um quadro de 162 profissionais. Apesar do tamanho reduzido, o município enfrentava diversos problemas relacionados à Atenção Básica: em junho de 2013, todas as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) estavam com recursos bloqueados, devido a dificuldades encontradas no desenvolvimento do processo de trabalho, como: falta de cumprimento de carga horária por parte de alguns profissionais; falta de capacitação; salários atrasados por ausência de recursos, gerando desmotivação; metas pactuadas não alcançadas; e, como resultado final, a insatisfação do usuário no atendimento do SUS no município.

Percebeu-se a necessidade urgente de um apoio institucional em saúde e uma gestão participativa para o desenvolvimento de ações que remodelassem o processo de trabalho. A gestão da Saúde do município elaborou então um projeto, tendo como objetivo principal qualificar e instrumentalizar os profissionais do SUS que atuam na Atenção Primária, com base nas Políticas Nacional de Atenção Básica (PNAB), de Humanização (PNH) e de Educação Permanente (EP). A iniciativa visava preparar os profissionais para atuarem nos territórios enquanto agentes transformadores no processo saúde-doença, utilizando metodologias do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB).

A ferramenta usada que deu o ponto de partida para nortear esse processo foi o caderno de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). Todos os profissionais, com o apoio institucional, responderam ao caderno da AMAQ de forma compartilhada, o que permitiu a visão de como organizar o processo de trabalho. Daí surgiram as matrizes de intervenção e os instrumentos para trilhar caminhos. As ações foram traçadas de acordo com as metas pactuadas e os profissionais passaram a entender o que são os indicadores de saúde e como calcular e monitorar mensalmente para conseguir alcançar resultados.

O desenvolvimento do projeto se deu por meio de reuniões mensais com todos os profissionais das equipes de Atenção Básica, seguindo um cronogra-

ma previamente estabelecido de avaliações do processo de trabalho. Cada etapa foi planejada, desenvolvida e monitorada, juntamente com as equipes de Saúde da Família do município. Os profissionais receberam instruções e orientações sobre o que é o PMAQ, qual sua metodologia, objetivos, o que esse programa impacta no cotidiano e no trabalho das equipes e, ainda, os benefícios da implantação dessa metodologia de trabalho.

As equipes passaram a desenvolver e entender a fundo os objetivos da organização do processo de trabalho, com discussão e qualificação dos indicadores. Também foram promovidas reuniões específicas com os enfermeiros, para o desenvolvimento de um instrumento de avaliação por equipe com premiação mensal.

Entre os resultados de maior destaque, o município comemora o alcance de 92% das metas do SISPACTO (sistema de pactuação), o cumprimento da carga horária de todos os profissionais e a ausência de filas nas unidades de saúde, além do melhor vínculo entre usuários e profissionais de saúde. O município implantou duas equipes de Saúde da Família, com apoio do Programa Mais Médicos, e um CAPS 1 com atendimento semanal de psiquiatria, além de melhorar a oferta de especialidades como pediatria, ginecologia e dermatologia.

Graças a essa ampla reformulação, a saúde de Sitio Novo deu um salto nos últimos quatro anos e está apresentando os melhores indicadores já analisados, tanto de diretrizes e metas das ações de saúde como financeiros. A gestão apresenta como estratégia básica as políticas de saúde envolvendo os profissionais que compõem o sistema, com sua valorização, e o predomínio sobre a humanização do atendimento ao usuário do SUS.

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Município</b>                | Sítio Novo do Tocantins (TO)                  |
| <b>Secretária de Saúde</b>      | Maria das Dores Abreu Farias                  |
| <b>Responsável pelo Projeto</b> | Rosemeire Vieira Pereira Aquino               |
| <b>Outros autores</b>           | Caltamídia Vasconcelos e Silva Pereira        |
| <b>Contatos</b>                 | (63) 98472.3414<br>enfrose.aquino@hotmail.com |



