

TROCA DE EXPERIÊNCIAS - EIXO GESTÃO

1. Acreditação Institucional da Rede de Ouvidorias SUS da Cidade de São Paulo

Dora Alves Guimarães Aaltonen

A Divisão de Ouvidoria do SUS é a instância gestora e a referência técnico-administrativa da Rede de Ouvidorias SUS da Cidade de São Paulo. A Rede é composta por 59 unidades de Ouvidoria descentralizadas, localizadas nas Coordenadorias Regionais de Saúde e suas respectivas Supervisões Técnicas de Saúde, nos hospitais da rede municipal de saúde, no Hospital do Servidor Público Municipal e no Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU).

A acreditação consiste em um método de avaliação e certificação, por meio de padrões e requisitos previamente definidos, que busca promover a qualidade e a segurança da assistência em ouvidorias. O processo envolve reconhecimento formal por um órgão certificador, que verifica se a instituição, no caso a unidade de Ouvidoria, atende a estes requisitos e demonstra ser competente para realizar suas atividades com confiança. Os requisitos não precisam ser atendidos integralmente, mas devem indicar que a Ouvidoria está no caminho da qualidade, em busca de melhorias contínuas, em diferentes graus de maturidade. O processo de Acreditação Institucional da Rede de Ouvidorias SUS pressupõe 5 etapas. Após cumprir as etapas de pactuação de adesão, autoavaliação e concluir a etapa de avaliação, a unidade de ouvidoria segue para as próximas duas etapas: Parecer e Referendo da instância avaliadora. Estas próximas fases pressupõem análise de todo o percurso.

O Projeto de Acreditação Institucional da Rede de Ouvidorias SUS da Cidade de São Paulo busca qualificar os processos de trabalho da Rede de Ouvidorias SUS, efetuando uma gestão atualizada e comprometida com os princípios e diretrizes do SUS. O Documento Referencial de Qualidade e o Manual de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS no Brasil foram redigidos pela equipe de pesquisa do Departamento de Ciências Sociais, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (DCS/ENSP/Fiocruz) e pelo Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, do Ministério da Saúde (DOGES/Sgep/MS). Os documentos foram utilizados como sustentação para o Projeto de Acreditação Institucional da Rede de Ouvidoria do SUS da Cidade de São Paulo. Para atingir a meta de certificar toda a Rede de Ouvidorias, além de sensibilizar os gestores de toda a Rede, foi desenvolvido sistema informatizado para proceder à autoavaliação das unidades de ouvidoria, o Sistema de Avaliação da Rede de Ouvidoria – SARO, em parceria com o Departamento de Tecnologia da Informação e Comunicação (DTIC) da Secretaria Municipal da Saúde. Além disso, está em construção uma parceria com a Controladoria Geral do Município de São Paulo para as etapas de

formação de avaliadores (a ser viabilizado pelo Centro de Formação em Controle Interno - CFCI), avaliação e certificação das unidades, visto que a FIOCRUZ não participará mais da certificação.

A Divisão de Ouvidoria do SUS foi acreditada em dezembro de 2023, até o momento, a Divisão de Ouvidoria do SUS executou projeto piloto para a acreditação, com aplicação da autoavaliação em sala reservada com computadores na sede da Secretaria Municipal da Saúde. Para isso, em outubro de 2024 foram agendadas data e horário para a vinda de duas equipes de Ouvidoria: do Hospital Municipal Prof. Dr. Alípio Corrêa Netto e do Hospital do Servidor Público Municipal. Cada membro das equipes respondeu individualmente ao questionário, com a presença da equipe de suporte do Departamento de Tecnologia da Informação e Comunicação (DTIC) da Secretaria Municipal da Saúde (SMS). No momento, as equipes estão em fase de redação do relatório de autoavaliação e dos planos de ação. Foi elaborado um cronograma para realizar a autoavaliação das demais unidades, que deve acontecer no decorrer dos próximos meses, com previsão de conclusão em maio de 2025.

2. Planejamento Gerencial e Assistencial em Unidades de Saúde do Território de Penha: Uma Construção Colaborativa

Mariana Delega Souza

A construção colaborativa do modelo de planejamento gerencial, individualmente com cada gestor de Unidade, e assistencial, por meio de oficinas, se deu pela necessidade de aprimorar a gestão dos serviços de saúde com foco nas particularidades de cada serviço, na organização das linhas de cuidado e no acompanhamento de indicadores pré-estabelecidos, padronizando o olhar macro para os processos de trabalho e dando base para a construção do planejamento junto às equipes de saúde no âmbito local.

Envolvimento das equipes da STS Penha, equipe técnica da OSS Seconci e equipes das Unidades de Saúde, resultando em benefícios a todos os usuários do SUS no território.

Espera-se que o modelo de planejamento construído de forma colaborativa promova melhorias na qualidade do atendimento, maior eficiência na gestão de recursos, fortalecimento das equipes de saúde e da governança local, tornando o processo mais dinâmico e eficaz para melhoria contínua dos serviços de saúde.

Para a construção do modelo de planejamento não foram dispensados recursos adicionais. O modelo foi construído em discussões individuais com cada gestor sobre o planejamento gerencial, bem como oficinas realizadas com os gestores e profissionais das Unidades de Saúde, apoiadas e mediadas pelo Departamento Técnico de Atenção à Saúde da OSS Seconci e equipe STS Penha. Os resultados dos indicadores estabelecidos foram avaliados e discutidos trimestralmente pelos Coordenadores de Atenção

à Saúde, responsáveis pelo apoio técnico das unidades, junto ao Gestor local e será realizada reavaliação em relação ao planejamento gerencial ao final do ciclo.

Após a realização das oficinas, o modelo foi implementado em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território (20 unidades), alcançando 100% de cobertura. Foram estabelecidas 13 ações e objetivos para monitoramento, distribuídos nos seguintes eixos: Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Sífilis, Tuberculose, Gestantes, Saúde do Idoso, Mortalidade Materno-Infantil e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. A definição desses eixos ocorreu após análise dos indicadores do Contrato de Gestão e do programa Previne Brasil, considerando os principais desafios enfrentados em cada linha de cuidado da assistência. A avaliação dos resultados foi conduzida pelos Coordenadores em 08 unidades (40%) até o terceiro trimestre de 2024, em outubro. Em todos os eixos estabelecidos, foi possível observar o alcance dos resultados esperados em pelo menos um dos objetivos propostos. Adicionalmente, os resultados evidenciaram uma maior participação das equipes de saúde na construção de estratégias assistenciais e no monitoramento dos resultados, o que fortaleceu o apoio à gestão nas decisões relacionadas ao cuidado. Observou-se também uma melhoria nos instrumentos utilizados para a coleta de dados sobre a saúde da população nas UBS que não contam com equipes de Saúde da Família (eSF), além de uma ampliação da percepção sobre as linhas de cuidado, que passou a considerar aspectos além dos indicadores do Contrato de Gestão. Essa abordagem permitiu identificar e ajustar os principais nós assistenciais, promovendo as alterações necessárias ao longo do ano. Após a conclusão do processo, prevista para janeiro de 2025, será possível realizar uma avaliação completa dos resultados anuais das ações implementadas, fornecendo subsídios para os planejamentos assistenciais futuros.

Uma das principais dificuldades enfrentadas na implementação da experiência foi a disponibilidade de dados nas UBS tradicionais, o que dificultou o acompanhamento preciso dos indicadores e o monitoramento contínuo dos resultados que não estavam relacionados aos indicadores pré-estabelecidos, que possuem relatórios que facilitam o processo. A ausência de eSF, também impactou a coleta de dados e a execução de ações. Esses problemas se refletiram diretamente na necessidade de um acompanhamento constante e ajustado dos indicadores, exigindo mais tempo e recursos humanos. O tempo limitado para a implementação completa do modelo também foi um desafio, pois as dificuldades de adaptação às novas ferramentas de gestão e monitoramento estenderam o processo de integração, comprometendo alguns prazos estabelecidos. Esses fatores, combinados, exigiram ajustes contínuos no planejamento e nas estratégias, mas também proporcionaram aprendizados importantes para a melhoria do processo. A avaliação dos resultados permitirá aprimorar o processo nos próximos anos, de forma que os desafios enfrentados ao longo do ano não comprometam significativamente a continuidade e a eficácia das ações nos anos subsequentes.

3. Painel de Monitoramento de Agravos e Coberturas de Vacinas (DRVS - CRS Norte)

Fabiano Quinteiro de Araujo

A coleta de dados é uma das etapas mais complexas no processo da Vigilância Epidemiológica, e para facilitar a análise e a investigação dos agravos e das coberturas vacinais da população abrangida pela Coordenadoria Regional de Saúde Norte, desenvolvemos o painel de monitoramento para apoiar os serviços na interpretação de dados e intervenção oportuna, pois não havia um instrumento disponível neste formato. Esta ferramenta é usada diariamente pelas UVIS, STS, DRVS, Coordenadoria Norte e colaboradores envolvidos.

Principais desafios: aprimoramento de processos, facilitação de acesso às informações, evolução nas rotinas de monitoramento e colaborar na tomada de decisão.

Recursos para a implementação da experiência: Excel e o PowerBi, programas do pacote Office 365. Como ferramenta para armazenar, organizar, compartilhar e acessar informações de qualquer dispositivo foi utilizado o Share Point do pacote Office 365.

Com base na situação anterior a implantação painel, observamos alguns pontos importante destacar: economia de tempo na obtenção dos dados; maior domínio sobre os dados dos agravos; desenvolvimento de novas estratégias a partir das informações do painel; melhor planejamento das ações; detalhamento de informações por UVIS ou unidade selecionada.

Após a implantação houve aceitação rápida e acessos frequentes pela UVIS, DRVS Norte e STS, crescimento do número de acessos, relatos da importância na tomada de decisões, facilidade na apresentação dos dados, monitoramentos dos agravos com mais rapidez, limpeza e correção dos bancos de dados, interação dos canais de informação, controle de ações realizadas, acompanhamento de casos específicos.

Principais desafios e enfrentamentos: Falta de conhecimento avançado em informática – busca de informações em sites e vídeos; Computadores desatualizados – troca para máquina mais atualizadas; Mudança de local de trabalho devido reforma – mudança da rotina e manutenção dos objetivos; Desenvolvimento do projeto associado a rotina do serviço diário – mudança na rotina; Alimentar e manter o projeto funcionando – modernização e organização na coleta dos dados.

A maior lição aprendida é manter o foco diante das mais variadas situações e que todo conhecimento adquirido será importante para melhorar o resultado final. Aprender e se acostumar a trabalhar com banco de dados, priorizando os principais objetivos ou os mais simples e posteriormente evoluir para os mais complexos.

4. O Planejamento Estratégico no Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM)

Fernanda Campos

O Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM), vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, implantou um Planejamento Estratégico pioneiro em 2004, após aderir ao Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). Esse planejamento visa aprimorar o atendimento, otimizar recursos e alinhar-se às melhores práticas em saúde, com foco na humanização e segurança do paciente.

A elaboração contou com ampla participação de funcionários, colaboradores e pacientes, integrando ferramentas como análise SWOT e Lean Six Sigma. Revisões periódicas ocorreram em ciclos de 2015-2018, 2019-2023 e 2024-2028. A versão atual define cinco diretrizes principais: qualidade e humanização, inovação nos serviços, gestão de tecnologia e infraestrutura, desenvolvimento de recursos humanos e sustentabilidade.

Resultados incluem maior engajamento organizacional, concretização de metas e uso de ferramentas como o Mapa Estratégico (BSC) e Painel de Bordo para monitoramento.

Apesar de desafios como resistência cultural e mudanças externas, o planejamento estratégico trouxe melhorias significativas na gestão hospitalar. A experiência destaca a importância da integração de diferentes perspectivas e reforça a necessidade de adaptação contínua a cenários dinâmicos.

5. Desafios na construção de um indicador de meta regional (CRS Oeste)

Patrícia Ferraz

A assessoria da CRS Oeste teve contato, em maio de 2022, com o primeiro instrumento de planejamento, o RDQA1-2022, para o acompanhamento das ações que auxiliariam no alcance das metas estabelecidas. Neste instrumento já constava o indicador da meta selecionada (percentual de pessoas confirmadas com HAS no cadastro das equipes de ESF que referiam ser hipertensas), o valor base de referência – 16.000, em 2021, a meta prevista para 2022 – 3.200 e a meta quadrienal – 12.800. A equipe debruçou-se nos relatórios e informações disponíveis nos diversos sistemas em uso.

O primeiro desafio foi entender o valor base, para construir o processo de acompanhamento. A primeira percepção foi que o cadastro individual preenchido no e-SUS, sistema definido para o registro das ações da Atenção Básica, não trazia o número de hipertensos que as equipes haviam informado. Embora as unidades ESF da STS Butantã tenham passado a usar o prontuário Fast Medic entre novembro de 2020 e agosto de 2021, os tablets para os ACS só chegaram em meados de 2022. Portanto, os cadastros

estavam defasados e parciais nos sistemas e-SUS e Fast Medic (cujos dados são inseridos no e-SUS via thrift).

O segundo desafio foi encontrar uma fonte que não fosse a criação de mais um formulário/planilha para preenchimento de uma informação. Os relatórios extraídos do e-SUS, além de não serem regulares (base em processamento que não permite a conclusão do relatório), precisam ser solicitados por equipe nas unidades mistas, e trazem o resultado consolidado, não sendo possível comparar se a pessoa cadastrada é a mesma que passou em atendimento com CID/CIAP de HAS. Verificou-se que, entre os indicadores do Previne Brasil, havia um relacionado às Doenças Crônicas: Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre. Este indicador no e-Gestor/SISAB tem a possibilidade de extração individualizada por equipe, trazendo se a pessoa tinha a HAS informada no cadastro e se passou em consulta e aferiu PA nos últimos 6 meses. Assim, aqueles que tinham consulta e cadastro com hipertensão informada eram nosso indicador. Com este relatório preenchemos a avaliação parcial da meta (até agosto) do RDQA2 – 2022 com 2.919 hipertensos confirmados.

Em 2023 ao responder o RDQA3- 2022 utilizamos a mesma metodologia, mas alterando a fonte: o relatório do sistema Fast Medic, com os mesmos parâmetros do e-Gestor/SISAB, mas em base única. Após a apresentação do RAG 22 (Relatório Anual de Gestão 2022) e devolutiva ao Controle Social, foi corrigido o indicador, já que a meta falava de percentual de hipertensos confirmados, e a unidade de medida era número. Também para o RDQA 1 2023 a planilha foi substituída pelas fichas, que incluíam a descrição da forma de cálculo: $(\text{Número de pessoas diagnosticadas com HAS} / \text{Número de pessoas autodeclaradas HAS no cadastro das equipes de eSF}) \times 100$.

Entre as ações definidas para o ano de 2023 foi incluída a sistematização do monitoramento de registros de dados nos cadastros, e a partir do RDQA2-2023 a ação foi concluída (julho de 2023), sendo definido o relatório quadrimestral do Fast Medic, de extração baseado nos critérios de acompanhamento de HAS do Previne Brasil com os seguintes filtros: contagem distinta (excluindo nomes repetidos), com seleção dos INE das eSF (excluindo equipe de Atenção Primária/eAP) e sendo contabilizados apenas os indivíduos que refere na ficha de cadastro serem hipertensos e terem consulta, em quaisquer quadrimestres.

Ao final deste longo processo definimos a metodologia de cálculo do indicador definido, o que trouxe para o GTPR uma maturidade no que diz respeito à construção de meta, suas bases de cálculo e fontes, para assim construir um indicador factível. Outros impactos positivos que estão sendo percebidos tratam da melhoria da coleta de dados individuais realizados pelos ACS e o registro correto das consultas realizadas por médicos e enfermeiros na ESF.

TROCA DE EXPERIÊNCIAS - EIXO ASSISTÊNCIA

1. Grupo de Estimulação Oportuna para crianças com atraso de desenvolvimento - STS Mooca Aricanduva

Kaline Neves Marinho

O objetivo do projeto foi a implantação em todas as unidades básicas de saúde do território da Supervisão de Saúde Mooca Aricanduva, do grupo de estimulação oportuna para crianças de 0 a 6 anos com algum atraso de desenvolvimento neuropsicomotor, a partir de maio de 2024, dividido por faixa etária de acordo com a demanda e capacidade de cada UBS. As equipes multidisciplinares se intercalam na participação semanal do grupo. A criança é observada por no mínimo 4 encontros, onde os profissionais fazem estimulação adequada para cada faixa etária e apoio ao núcleo familiar. A qualquer momento a unidade pode solicitar os exames que achar pertinentes ao caso. Ao final do primeiro mês de estimulação a equipe reavalia a permanência da criança no grupo na Atenção Básica ou a possibilidade de encaminhamento para outros grupos específicos da própria unidade, bem como a necessidade de encaminhamento para rede especializada CAPS IJ ou CER, para os que não tiverem a evolução esperada. Mesmo os pacientes encaminhados para rede especializada, mantém o seguimento longitudinal em sua unidade básica de saúde.

Com os grupos esperamos redução dos encaminhamentos feitos pela atenção básica aos serviços especializados, e que esses sejam feitos de forma mais qualificada, e a manutenção do acompanhamento dentro desta esfera de cuidado em saúde enquanto aguardam agendamento na atenção especializada.

Comparando o segundo quadrimestre de 2024 com o primeiro, houve uma redução de 23% nas inserções de crianças de zero a 6 anos com atraso de desenvolvimento para o CER do nosso território. De abril a outubro houve redução de 30% na demanda espontânea de crianças com este perfil nos CAPS IJ do nosso território. Identificamos o envolvimento dos profissionais das unidades básica de saúde com a ação dentro das suas áreas de atuação.

A principal dificuldade no início foi o receio da equipe multidisciplinar sobre quais atividade proporcionar para o grupo e como as crianças se comportariam. As equipes multidisciplinares passaram por um momento de capacitação realizado pela STS Mooca Aricanduva em 03 de abril de 2024, onde foi abordado a importância do brincar, o acolhimento com as famílias e como deveriam funcionar os grupos. A assessoria técnica da STS Mooca Aricanduva realizou visitas nas unidades para acompanhamento dos grupos e três reuniões de alinhamento com as equipes multidisciplinares e gestores das UBS para compartilhamentos das experiências e fortalecimento dos profissionais, contornando assim as questões que envolviam a insegurança dos mesmos.

Outras dificuldades encontradas foram: a imprevisibilidade de grupos envolvendo essa faixa etária, não comparecimento das crianças por doenças comuns da idade, não estarem dispostos naquele momento a fazer atividade proposta.

Segundo o escritor Raffi Cavoukian, "se mudarmos o começo da história, mudamos a história toda". A atuação das equipes da atenção básica focada na primeira infância, o período mais sensível para o impacto da falta de estímulos, faz com que as crianças tenham a possibilidade de atingir seu pleno desenvolvimento ou em alguns casos tenham um encaminhamento a serviços especializados mais qualificado e preciso.

2. Mulheres em situação de rua: direito à saúde sexual e reprodutiva (STS Santa Cecília)

Marco Broitman

A meta proposta pela STS Santa Cecília para o Plano Municipal de Saúde 2022 - 2025 foi: Implantar projeto de planejamento familiar para a população em situação de rua no território com foco na ampla divulgação dos implantes contraceptivos reversíveis de longa duração, em consonância com o Decreto nº 58.693 de 02/04/2019. Com o decorrer das abordagens pode-se observar uma baixíssima adesão ao método Implanon® em mulheres em situação de vulnerabilidade, bem como um viés ético em se manter uma meta objetivando o maior número possível de colocação de implantes e, neste cenário, entendendo que o planejamento reprodutivo consiste em ofertar os métodos contraceptivos ofertados pelo SUS e a garantia do direito de escolher de ter filhos ou não, a abordagem das equipes passou a investir em ações educativas e decisões compartilhadas.

As equipes de CNR realizaram abordagens sistemáticas, visando informar, acolher e promover a decisão compartilhada sobre os métodos contraceptivos, bem como a própria decisão de usar ou não.

Foram identificadas cerca de 80 mulheres em vulnerabilidade no território, variando mensalmente e foi possível abordar de 98 a 100% dessas mulheres.

Principais resultados: aproximação de outras interlocuções da STS Santa Cecília com as equipes do CNR; apresentação de casos exitosos através da abordagem dialogada sobre direito reprodutivo e decisões compartilhadas; melhor compreensão do trabalho desenvolvido pelas equipes de consultório na rua; apresentação dos dados de abordagens realizadas às mulheres em idade fértil no CONAC da STS e CRS-C; o grupo de planejamento da STS Santa Cecília passou a ter mais familiaridade com os instrumentos de gestão do SUS; uma maior aproximação com o Comitê Regional de Planejamento fez com que todos os membros pudessem entender a importância de se pensar e planejar estrategicamente, mesmo que em meio a tantas atribuições; maior entendimento das necessidades das mulheres em situação de vulnerabilidade.

Identificamos que o método de preferência não é o implantável e algumas mulheres têm o desejo de engravidar. Essas informações nos nortearão para as próximas ações planejadas no território.

Todas as equipes de saúde, independentemente no nível hierárquico devem organizar o seu tempo para planejar, levando em contas os dados demográficos, epidemiológicos, socioeconômicos a fim de se realizar uma distribuição de serviços equânime, de qualidade e que otimize recursos públicos. É fundamental que os níveis hierárquicos estejam integrados.

O planejamento proposto, dentro de um arcabouço teórico, nem sempre coincide com a real necessidade de uma determinada população. A implantação prática permite vislumbrar os erros e acertos das propostas.

3. Câncer Bucal no Município de São Paulo: perfil epidemiológico, fluxos de notificação e estratégias para diagnóstico precoce, prevenção e enfrentamento

Samanta Pereira De Souza

Desde 2020, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo tem implementado ações para melhorar a vigilância e o controle do câncer bucal, um importante problema de saúde pública no Brasil. O monitoramento da incidência da doença é feito por meio de notificações detalhadas dos casos confirmados (fichas “Anexo 7” e “Anexo 7.A”), o que ajuda a identificar o perfil sociodemográfico dos pacientes, os locais mais afetados e os tipos de câncer predominantes. Essas informações orientam as estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da doença.

O processo de notificação começa nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde pacientes com suspeita de câncer são encaminhados para Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) para biópsias. Após confirmação do diagnóstico, os dados são registrados e enviados para a Assessoria Técnica de Saúde Bucal, que monitora os casos e realiza campanhas de conscientização, como a Campanha de Prevenção ao Câncer Bucal e a Semana Nacional de Prevenção ao Câncer Bucal. A gestão também promove ações educacionais e eventos, como o Novembro Azul e campanhas antitabaco, além de capacitar os profissionais da rede de saúde para a identificação precoce das lesões.

O monitoramento permite observar o aumento gradual no número de casos notificados e traçar um perfil epidemiológico da doença. A maior parte dos pacientes é do sexo masculino, acima de 60 anos, com histórico de tabagismo e etilismo, e a língua é a área mais afetada, sendo o carcinoma espinocelular o tipo mais comum. Embora a notificação esteja crescendo, o diagnóstico ainda é frequentemente tardio, o que contribui para a alta taxa de morbimortalidade.

Além disso, a gestão enfrenta desafios relacionados à oferta de tratamento oncológico no SUS, especialmente devido à alta demanda. No entanto, o fluxo de monitoramento tem se mostrado uma ferramenta eficaz para identificar áreas com maiores necessidades e melhorar a atuação das equipes de saúde, fortalecendo a prevenção e a detecção precoce. O objetivo é aprimorar continuamente o processo, com análises mais detalhadas, para proporcionar melhores resultados no prognóstico dos pacientes.

4. A construção da Cartilha de Apoio à Assistência Pré-Natal para as Mulheres Haitianas

Ana Paula Kawahisa Rodrigues

A UBS Recanto dos Humildes identificou uma nova comunidade de imigrantes haitianos no território de abrangência. Posteriormente, a STS identificou também uma concentração desta população em um assentamento no território de abrangência da UBS Parque Anhanguera. O Comitê de Mortalidade Materno Infantil de Perus identificou, também, índices de mortalidade mais altos entre a população haitiana do que entre o restante da população de Perus.

Esperava-se, com o uso da Cartilha, aproximar as mulheres haitianas gestantes da UBS e incluí-las no acompanhamento pré-natal afim de diminuir os índices de mortalidade materna e infantil entre a população haitiana.

Foram realizadas visitas às ocupações com carros oficiais; houve apoio da Associação de Moradores do Recanto dos Humildes para realização de atividades formativas com os profissionais do território; o CRAI articulou o apoio de uma antropóloga que estuda a cultura haitiana e seu comportamento migratório para a construção do documento e das formações; contou-se com médicos, enfermeiros, sanitaristas, assistentes sociais, ACSs e outros profissionais de saúde para a adequação da Cartilha aos protocolos de pré-natal de risco habitual e encaminhamento ao pré-natal de alto risco de SMS; o CRAI garantiu a tradução do documento através de um profissional haitiano; ASCOM foi responsável pela diagramação do conteúdo conforme a identidade visual da PMSP e do Programa Mãe Paulistana; a Humanização da SES buscou referências de trabalhos realizados em outros municípios para auxílio na construção do trabalho.

De 2018 a 2021, foram registrados 77 nascidos vivos de mães haitianas, 3 óbitos infantis, e 5 óbitos maternos de mulheres haitianas no território da STS Perus. Em 2022 e 2023, foram registrados 27 nascidos vivos, nenhum óbito materno e 2 óbitos infantis.

Hoje, há adesão das mulheres haitianas ao pré-natal. Foi realizado um grupo de gestantes haitianas em crioulo haitiano com o auxílio de um profissional do CRAI.

O entendimento da população haitiana do funcionamento do sistema de saúde no Brasil vem mudando à medida em que mais e mais famílias se vinculam às UBSs.

A sensibilização dos profissionais quanto às diferenças culturais e necessidades específicas em saúde sobre a população haitiana foi um desafio que só pode ser superado com o apoio do CRAI e sua rede diversa de profissionais.

A essência da construção deste material foi a dedicação da equipe em entender o comportamento migratório da população haitiana, de que forma mulheres haitianas vivem o processo do gestar, como é feito o pré-natal e a configuração do sistema de saúde do Haiti para que a Cartilha contivesse as informações necessárias para que esta população compreendesse de que forma tudo isso se dá no Brasil e para que as equipes das UBSs adequassem sua atuação no território de forma a englobar este grupo populacional.

5. Acolhimento de crianças e adolescentes trans na rede municipal de saúde

Tania Regina Correa de Souza

A SMS tem uma rede de atenção para o cuidado da população LGBTIA+, oferecendo acompanhamento no processo de afirmação de gênero. Tudo é realizado na Rede SAMPA Trans, organizada para atender a população LGBTIA+ acima de 18a. Com o aumento da demanda ficou expressivo o número de crianças e adolescentes com variabilidade de gênero e o sofrimento de pais, pois não havia referências MSP.

Criou-se uma parceria com AMTIGOS para capacitação, supervisão clínica e matriciamento das equipes de saúde das 09 Unidades da Rede SAMPA Trans definidas como referência no acompanhamento de adolescentes e seus familiares.

O projeto teve como principal entrega a implantação de 09 unidades de referência, distribuídas nas CRS no acompanhamento de adolescentes e seus familiares na Rede SAMPA Trans. Para isso foi necessário estabelecer novos fluxos para ampliação da rede de cuidado e acolhimento de crianças e adolescentes trans: até 12a e 10m são encaminhadas para o AMTIGOS, com acompanhamento amplo e longitudinal. A partir dos 13 anos, são acolhidas na UBS e encaminhadas para às referências de adolescentes no MSP, através de vaga regulada, com acompanhamento de estratégias de atuação além da hormonização, grupos de pais, de adolescentes e acolhimento de outras demandas de saúde.

Aos profissionais de saúde foram ofertadas 3 turmas do EAD: “Atualização sobre Atendimento a Pessoas Transexuais, Travestis e com Variabilidade de Gênero”. Além disso, foi realizada uma capacitação online em “Acolhimento de adolescentes trans na AB” e 4 turmas da capacitação teórica presencial – “Necessidades em Saúde da População Trans - hormonização”.

A AT LGBTIA+ elaborou um documento técnico com as diretrizes do MSP e tendo como finalidade orientar o acolhimento e o acompanhamento de adolescentes de 13 a 17 anos e 11 meses nas unidades da Rede SAMPA Trans. Este documento, valida a Resolução 2.265/2019, do Conselho Federal de Medicina

autorizando o início da hormonização cruzada em adolescentes entre 16 e 18 anos, sob anuência dos responsáveis legais e independente da realização prévia de bloqueio puberal. Além de fluxos, esse documento aborda as intervenções biológicas e sociais e atribui as competências das unidades da Rede SAMPA Trans no acompanhamento de adolescentes.

Do início de 2023 até agosto/24 foram atendidos 210 adolescentes de 13 a 17a e 11m, sendo que 61 destes em hormonização.

Resultados qualitativos do projeto:

- Construção de um modelo de atenção para o acolhimento de crianças e adolescentes trans ou com variabilidade e gênero que abre novas perspectivas sobre as formas de atuação que grandes parcerias podem trazer para melhora no acesso à saúde da população trans.

- A SMS elaborou uma linha de cuidado para crianças, adolescentes e familiares, inédito no Estado de São Paulo, oferecendo acolhimento, consultas individualizadas, grupos terapêuticos e educativos, com extensão do cuidado a familiares.

- Essa linha de cuidado tem início no acolhimento/atendimento na UBS da residência da criança ou adolescente para posteriormente serem encaminhadas/os às referências de atendimentos para crianças e adolescentes de sua CRS.

- Estabelecida parceria com a Fundação Casa e o CR POP TT. Todas/os os adolescentes trans que desejarem, podem ser acompanhadas/os no processo de afirmação de gênero.

- Profissionais capacitadas/os refletindo tanto na qualidade do atendimento quanto na qualidade do trabalho, empoderadas/os nas temáticas que poderão surgir no seu dia a dia.

- Equipe da Coordenadoria de Atenção Básica/SMS/Saúde da Criança e Adolescente está sensibilizada, incluindo o tema nas discussões do Programa de Saúde Escolar.

- Maior visibilidade de crianças e adolescentes trans ou com variabilidade de gênero no Município, comprovando a máxima: crianças trans existem.

- Aprimoramento do acolhimento das famílias nas unidades de saúde.

- Fortalecimento das relações/articulações com a equipe do AMTIGOS.

TROCA DE EXPERIÊNCIAS - EIXO MÉTODOS PARTICIPATIVOS

1. Encontros de Qualidade e Segurança do Paciente como ferramenta de gestão compartilhada (HM Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha – Campo Limpo)

Angelica Alves Rodrigues

A experiência foi idealizada como uma ferramenta para apresentar os resultados das ações desenvolvidas pelo Escritório de Qualidade e Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha, e buscou enfrentar a fragmentação das informações e servir como um canal de comunicação com as lideranças institucionais.

O público-alvo direto é composto por coordenadores, gerentes e diretores do hospital, que participam mensalmente dos encontros de forma presencial e são responsáveis por capilarizar as informações. O público-alvo indireto são os colaboradores assistenciais que recebem as informações por seus coordenadores.

Tivemos como objetivo inicial melhorar o fluxo de informação e a comunicação entre os gestores e criar um ambiente para a apresentação de resultados de maneira trimestral. Após intervenção da diretoria técnica houve a mudança para encontros mensais.

Os recursos necessários dependem da dinâmica proposta, mas de modo geral são: anfiteatro ou sala com cadeiras, computador, impressora, papel A4, canetas, retroprojetor, internet, microfone, caixa de som. Os recursos humanos são compostos pela equipe do escritório de qualidade e não há custos financeiros para sua execução.

Com o passar dos meses observamos que houve uma transformação da proposta inicial, deixando de ser um espaço de comunicação e se tornando um espaço de construção compartilhada de processos de trabalho, tendo agora o objetivo de qualificar a gestão e os gestores do hospital. A cada encontro se delimita um novo rumo a ser seguido baseado nas experiências e sugestões apresentadas, com a realização de pactuações entre os gestores e prazos para o seu cumprimento. O objetivo central no momento é a superação de dificuldades e a melhoria contínua da qualidade na assistência prestada ao paciente. Um resultado significativo é o engajamento dos gestores com participação tanto de servidores, parceiros e terceirizados. Favorecendo a comunicação, fortalecendo os laços e o trabalho em equipe.

A principal dificuldade enfrentada foi o engajamento dos gestores. A princípio não houve adesão a proposta, tendo o primeiro encontro a presença de somente 21 participantes. Após o primeiro encontro houve reunião entre a coordenação do Escritório de Qualidade e Diretoria Técnica do hospital, para elaborar plano de adequação. Foi proposta a mudança para encontros mensais com participação obrigatória dos gestores. A construção de lista de presença nominal e tabulação de presença. As informações são repassadas para o

Diretor técnico, que faz apontamentos direcionados caso necessário. Desde as medidas adotadas houve aumento expressivo de participação dos gestores, contando em média com 79 participantes em cada encontro.

Dos diversos aprendizados, temos como ponto central a construção da gestão compartilhada, valorização dos saberes e principalmente o fortalecimento de vínculos e apoio mútuo. Houve um esclarecimento coletivo dos diferentes níveis de gestão e produção, e que há uma disparidade entre unidades e setores em todo o hospital, com fragmentação de processos e resultados. É evidente que precisamos nos igualar para depois evoluir e que existe uma relação direta de dependência para tais conquistas, o que exige o trabalho em equipe e a gestão compartilhada.

2. Fortalecimento da Participação Social no Planejamento em Saúde: Uma Experiência de Construção Colaborativa no Território de São Mateus

Marta Moreira

A experiência surgiu no contexto do Plano Municipal de Saúde 2022-2025, em que a STS São Mateus identificou desafios relacionados à participação efetiva da sociedade civil e da gestão na definição de metas e indicadores. Além disso, foi constatada a necessidade de esclarecer o papel do Conselho Gestor na construção e acompanhamento dos Instrumentos de Gestão Municipal. As metas prioritárias em desenvolvimento são: 1) Alcançar 80% da avaliação dos resultados de VDRL para RN expostos à sífilis congênita até 40 dias após o parto (Diretriz 4.44.1); e 2) Realizar 80% das atividades programadas conjuntamente entre Núcleo de Prevenção à Violência (NPV), Programa Saúde na Escola (PSE) e Saúde Mental (Diretriz 4.43.1).

Os beneficiários diretos foram: 72 Conselheiros Gestores das unidades e serviços do território de São Mateus; 36 gestores de unidades e serviços da região; e população usuária do SUS no território, indiretamente beneficiada pelo aprimoramento da gestão e execução do plano.

Objetivos desta experiência: Promover o diálogo entre sociedade civil e gestão sobre os Instrumentos de Gestão Municipal; Garantir a participação efetiva dos Conselhos Gestores na definição de temas e indicadores do Plano Anual de Saúde (PAS); e Alinhar as metas locais aos objetivos gerais do Plano Municipal de Saúde.

Resultados esperados: Inclusão de sugestões dos participantes no PAS 2025; Fortalecimento da participação social no planejamento em saúde; e Maior clareza sobre as metas e indicadores prioritários da STS.

Recursos utilizados na experiência: Recursos humanos – Equipe de planejamento da STS São Mateus, assessoria da CRS Leste, gerentes das unidades e Conselheiros Gestores; Recursos materiais – Filipetas para

dinâmica interativa, material de escrita (canetas, papéis), projetor multimídia para apresentações; e Infraestrutura – Auditório para realização da oficina, equipamentos de áudio e vídeo.

A experiência foi implementada na STS São Mateus, abrangendo todos os Conselhos Gestores das unidades e Gestores das Unidades e Serviços do território, com reuniões extraordinárias realizadas em um auditório regional.

Resultados alcançados e impactos gerados pela experiência: Inclusão das sugestões apresentadas pelos participantes no PAS 2025; Melhoria na compreensão dos Conselheiros sobre o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde; Fortalecimento do vínculo entre sociedade civil e gestão; e Criação de uma dinâmica replicável para futuras consultas e oficinas.

Dificuldades e/ou desafios enfrentados: Compreensão inicial dos participantes quanto à relevância do tema; Logística para reunir todos os Conselhos Gestores em um mesmo evento; e Necessidade de abordagem técnica de termos e conceitos de planejamento para uma linguagem acessível.

Contornos realizados: Utilização de uma assessoria experiente em planejamento (CRS Leste); Realização de duas sessões para contemplar diferentes grupos de interesse; e Elaboração de materiais pedagógicos claros e dinâmicas interativas.

Lições aprendidas: A participação social efetiva é crucial para o sucesso de instrumentos de planejamento em saúde; O uso de dinâmicas interativas aumenta o engajamento dos participantes; e A colaboração entre diferentes níveis da gestão favorece o alinhamento de metas e indicadores.

Recomendações: Planejar previamente as dinâmicas e ferramentas de interação; Garantir um ambiente acolhedor e inclusivo para os participantes; e Fornecer feedback imediato sobre as sugestões recebidas durante o processo.

3. Processo de Elaboração de uma Diretriz Técnica para Cuidados Paliativos na Atenção Domiciliar

Karina Dib

A experiência ocorreu na Secretaria Municipal de Saúde/Área Técnica Programa Melhor em Casa e se deu devido à meta incluída no Plano Municipal de Saúde indicado pela Área Técnica da Atenção Domiciliar e o envelhecimento populacional, aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e a demanda crescente por cuidados paliativos. Nesse contexto, a Atenção Domiciliar assume um papel estratégico na promoção da qualidade de vida para pacientes em cuidados paliativos. Assim, tornou-se essencial qualificar as práticas assistenciais, orientando ações e intervenções por meio da elaboração de uma diretriz técnica direcionada ao cuidado no ambiente domiciliar.

População envolvida e/ou beneficiada com a experiência: Profissionais de Saúde e Gestores que atuam na Atenção Domiciliar.

Principais objetivos e resultados esperados com a implementação da experiência: Descrever o processo de elaboração das diretrizes técnicas para cuidados paliativos na Atenção Domiciliar.

Recursos utilizados na experiência: Recursos Humanos – professor especialista no assunto para participação durante os encontros do World Café; Recursos financeiros – realização do café; Equipamentos e infraestrutura dos locais próprios da Secretaria Municipal de Saúde.

Foi utilizada uma metodologia participativa, de caráter qualitativo, aplicada nos Serviços de Atenção Domiciliar da cidade de São Paulo entre junho e outubro de 2023. A elaboração contou com a participação de 215 profissionais de saúde de diversas categorias, incluindo membros das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), além de gestores locais e regionais. A coleta de dados foi realizada por meio de 7 encontros estruturados com base na metodologia World Café: 1) Um encontro piloto, destinado à adequação do método; 2) Cinco encontros regionais, abrangendo as seis Coordenadorias Regionais de Saúde; 3) Um encontro final com todos os gestores envolvidos na Atenção Domiciliar da Secretaria Municipal de Saúde. Seis perguntas norteadoras foram utilizadas para guiar as discussões. O ambiente dos encontros foi cuidadosamente preparado, com acolhimento e oferta de café, para estimular a participação e o engajamento dos participantes. Os dados coletados foram transcritos integralmente e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo. O processo colaborativo resultou na produção da Diretriz Técnica dos Cuidados Paliativos na Atenção Domiciliar, que foi oficialmente lançada em evento com a presença do Secretário Municipal de Saúde. A diretriz foi disponibilizada na Biblioteca Virtual em Saúde e no site da Secretaria Municipal de Saúde, sendo adotada como documento norteador para a Atenção Domiciliar no Programa Melhor em Casa e na Atenção Primária à Saúde. O processo de elaboração da diretriz foi marcado pelo caráter participativo e rigor metodológico. A utilização da metodologia World Café para coleta de dados e análise de conteúdo garantiu a qualidade e a relevância do documento produzido. Além disso propiciou um espaço de discussão e educação permanente. O impacto foi significativo, consolidando a diretriz como política pública e contribuindo para a qualificação e integração das práticas de cuidados paliativos na cidade de São Paulo.

O principal obstáculo enfrentado foi o tempo limitado para a estruturação e operacionalização da Diretriz Técnica dos Cuidados Paliativos. Desafios: Envolver equipes EMAD, EMAP e AB, garantindo a compreensão e adesão às práticas preconizadas; necessidade de treinar equipes multiprofissionais dentro de uma janela de tempo reduzida; e garantir a comunicação eficaz entre os pontos de atenção e a continuidade do cuidado paliativo.

Lições aprendidas e recomendações para replicação da experiência: O método utilizado e o envolvimento das equipes na construção da Diretriz foram essenciais sendo replicável na elaboração de diferentes documentos que necessitem de um rigor coletivo e participativo.

4. Um Olhar para o Voluntariado no Território (COGEP)

Ana Cecília Freitas

A experiência ocorreu em um contexto marcado por mudanças no modo de gestão da saúde pública, especialmente devido à participação crescente de organizações sociais na administração dos serviços de saúde. Com essas transformações, surgiram novas demandas, tecnologias e comportamentos, exigindo maior capacidade de adaptação e inovação por parte dos interlocutores de voluntariado, gestores de recursos humanos.

Nesse cenário, tornou-se necessário reavaliar as atividades realizadas, identificando pontos de melhoria e estratégias para alinhar a prestação dos serviços às novas realidades. Além disso, buscou-se garantir que as mudanças não comprometessem os princípios fundamentais do SUS, como a universalidade, a integralidade e a equidade, mas, ao contrário, serviriam como um acontecimento

Para o ano de 2024, a coordenação do programa, a partir de reuniões de planejamento estratégico com o Departamento de Gestão em Saúde, elaborou uma proposta focada no desenvolvimento das pessoas no contexto do voluntariado. Nesse sentido, as visitas às regiões foram utilizadas como recurso metodológico, com o objetivo de incentivar os agentes do voluntariado, bem como supervisores, coordenadores locais e unidades hospitalares, a desenvolverem ações que despertassem o envolvimento da comunidade. Com o propósito de fortalecer o Programa Voluntários da Saúde e promover uma articulação que respeitasse as especificidades de cada território, optou-se por realizar encontros regionais. A lógica territorial foi escolhida como eixo estruturante, favorecendo a troca de experiências, o diálogo e a construção de estratégias que atendessem às realidades locais. Como ponto de partida, a metodologia foi ancorada na pergunta norteadora: “Da solidariedade à promoção à saúde: como o Programa Voluntariado na Saúde colabora para o desenvolvimento destas ações?”

Essa pergunta possibilitou uma reflexão ampla sobre o papel do programa e os impactos que ele pode gerar na promoção da saúde.

Da execução da proposta metodológica, desenvolvemos: 1) Apresentação Inicial – O primeiro momento de cada encontro foi dedicado à integração dos participantes. Cada pessoa se apresentava, destacando o tempo de envolvimento no voluntariado da SMS. Essa etapa inicial permitiu criar um ambiente acolhedor e promover o reconhecimento das trajetórias individuais; 2) Histórico do Programa – Para

contextualizar os participantes, apresentamos a linha histórica do Programa Voluntários da Saúde, ressaltando marcos importantes, desafios superados e resultados alcançados ao longo dos anos. Essa etapa buscava reforçar a relevância do programa e inspirar os participantes a se engajarem no fortalecimento das ações; 3) Sensibilização por Meio de Audiovisual – A exibição do vídeo “Entenda como funciona o trabalho voluntário”, disponibilizado pelo Canal Gov (link para o vídeo), foi utilizada para sensibilizar os participantes. O conteúdo reforça o papel do voluntariado como uma ferramenta de transformação social; 4) Dinâmica de Discussão e Reflexão – Para fomentar a troca de ideias, foi pensado dois tipos de metodologia, uma para grupos de até dois participantes e outra para grupos com mais de 10 participantes.

Ao final de cada encontro, os grupos apresentavam as considerações do grupo, e em todas as regiões identificaram a necessidade de continuar as tratativas, por meio de criação de Grupo de Trabalho.

Para cada região, a Coordenação do Programa Voluntário da Saúde enviou o registro das deliberações e pactuações realizadas pelos participantes, bem como o cronograma das ações planejadas. Entre as ações previstas, as regiões definiram as seguintes ações: (1) mapeamento das unidades do território, (2) Identificação de atividades voluntárias alinhadas ao perfil e às necessidades específicas do território, (3) alinhamentos de fluxos, (3) criação de canais de divulgação do programa visando captação de novos voluntários, (4) Bem como a apresentação e a troca de experiências bem-sucedidas no território.

Objetivo Geral: Estimular os agentes envolvidos com o voluntariado em todas as esferas e espaços para que pudessem gerir as atividades voluntárias de forma organizada e integrada, promovendo cidadania, solidariedade e envolvimento comunitário. Este processo foi orientado pelo princípio do desenvolvimento de pessoas, conforme as diretrizes estabelecidas na Portaria Municipal nº 314/SMS.G/2023.

Resultados esperados: 1. Organização e integração das atividades voluntárias em todas as unidades de saúde, com alinhamento às diretrizes da Portaria Municipal nº 314/SMS.G/2023; 2. Engajamento ampliado de voluntários e agentes envolvidos, promovendo maior solidariedade e cidadania; 3. Fortalecimento da identidade comunitária e do senso de pertencimento entre os participantes, contribuindo para o desenvolvimento social e humano; 4. Capacitação dos agentes responsáveis, garantindo que as atividades voluntárias sejam planejadas e executadas de maneira eficaz e com impacto positivo; 5. Promoção de ações inovadoras e replicáveis, que possam ser implementadas em outras áreas, servindo de exemplo para políticas públicas de voluntariado; 6. Desenvolvimento de pessoas, valorizando o crescimento pessoal e profissional de voluntários e interlocutores envolvidos no programa.

Nas reuniões realizadas, utilizou-se o espaço das Coordenadorias Regionais de Saúde como ponto de convergência, garantindo a participação ativa de todos os agentes do território, incluindo as unidades hospitalares e organizações sociais. Essa abordagem permitiu uma visão integrada e colaborativa, respeitando a lógica territorial e promovendo o envolvimento conjunto na construção e execução das ações propostas.

Espera-se que cada região apresente seus “produtos/ações” em encontro final em 16/12, a partir da visita. A captação de novos voluntários é um aspecto fundamental do Programa Voluntário da Saúde e foi diretamente impactada pelas visitas realizadas. Antes das visitas, a média de ingresso de novos voluntários era de 37 ao mês. Após as ações nos territórios, esse número aumentou significativamente, passando para 76 voluntários ingressantes ao mês, gerando um aumento de aproximadamente 105,41%. Diante disso, entendemos que houve impacto positivo das visitas na sensibilização e no engajamento dos agentes envolvidos no Programa Voluntários da Saúde. Esse resultado destaca a eficácia das estratégias adotadas e reforça a importância de manter e ampliar iniciativas que promovam o voluntariado.

Desafios enfrentados: Articulação da Coordenação do Programa com as áreas técnicas e organizações sociais; Problemas de comunicação; Quadro de pessoal restrito; mudança significativa no perfil dos voluntários e nas práticas de voluntariado; Desconhecimento do Programa Voluntários da Saúde por parte de alguns agentes envolvidos com o programa.

Lições aprendidas: A Importância de uma Gestão Integrada e Articulada; A necessidade de Capacitação Contínua; A Necessidade de Planejamento e Avaliação Constante; Poder do Reconhecimento e Valorização; A Flexibilidade para Adaptar-se às Necessidades Locais. Recomendações: Estabelecer Parcerias Sólidas; Investir em Comunicação e Divulgação; Promover Momentos de Integração e Reconhecimento; Garantir Infraestrutura Adequada; Monitorar e Avaliar os Resultados Continuamente; Fomentar o Sentimento de Propósito.