

Secretaria Municipal de Saúde

Relatório de Gestão 2001-2004

Introdução

Este relatório constitui-se numa prestação de contas a todos os segmentos interessados na construção do SUS no município de Campinas. Sintetiza as mudanças ocorridas ao longo destes 4 anos do Governo Democrático e Popular, com ênfase nos dois últimos anos da gestão. Apresenta também os resultados obtidos, bem como os limites colocados a avanços mais significativos.

Nunca se investiu tanto na Saúde em Campinas quanto o Governo Democrático e Popular, ao longo destes quase quatro anos. Os gastos em saúde saltaram de 180 milhões em 2000 para 280 milhões em 2004. A prefeitura investiu, neste ano, 23% do seu orçamento, o que nos torna uma das cidades que mais investe em saúde no país. Expandimos a atenção à saúde como nunca antes havia acontecido na nossa cidade e, o mais importante, priorizando as regiões mais carentes. Contudo não seriam obtidos os resultados que ora apresentamos se não fosse pela participação ativa, muitas vezes anônima, de trabalhadores e usuários na construção de um Sistema de Saúde em defesa da vida.

O Colegiado Gestor da Secretaria de Saúde, portanto, agradece a participação de todos e deseja que esta batalha, a de se construir uma política com as dimensões que a Reforma Sanitária propõe num país tão injusto, continue com o mesmo denodo na próxima gestão que ora se inicia.

Apresentação

Este relatório de gestão foi elaborado pelos vários Departamentos da Secretaria de Saúde obedecendo à consigna de apresentar aquilo que foi realizado ao longo dos quatro anos, enfatizando os dois últimos, bem como os limites e dificuldades que impediram que mais avanços fossem alcançados. Para que o documento não se tornasse muito extenso, solicitou-se que cada um dos atores envolvidos fizesse uma síntese para compô-lo, mas que, ao mesmo tempo se produzisse um documento mais detalhado que pudesse estar disponível aos interessados (na forma de anexos).

Este documento está dividido em 2 partes. Na primeira se descreve as principais atividades desenvolvidas pelos vários serviços, os projetos e tarefas realizadas, bem como os principais resultados alcançados. Na segunda se faz uma análise geral da Secretaria de Saúde ao longo destes anos, onde, além da perspectiva dos gestores, se apresenta o ponto de vista dos trabalhadores e usuários.

Parte 1 – Descrição das atividades desenvolvidas e resultados alcançados

A implantação do novo Modelo Assistencial – O Programa Paidéia de Saúde

Embora houvesse reconhecimento da importância da rede de serviços de saúde de Campinas e do quanto se avançou na construção do SUS ao longo das últimas décadas, havia uma percepção, por parte do novo governo municipal, do muito que havia por mudar: ampliar a capacidade da rede fazer prevenção e promoção da saúde, ampliar o acesso principalmente nas regiões mais carentes da cidade, abrir as portas das unidades para os casos agudos e, principalmente, humanizar as relações entre os profissionais de saúde e o sujeito em cuidado.

Buscou-se um modelo de saúde que, incorporando as diretrizes do Programa de Saúde da Família, pudesse ampliá-lo para responder à complexidade sanitária, epidemiológica e de transição demográfica da cidade de Campinas. A primeira mudança deu-se por substituir o conceito de saúde como ausência de doença (que apesar de velho, era ainda o orientador das práticas e da organização dos serviços de saúde) por outro – o de saúde como fruto da sociabilidade, da afetividade, da subjetividade, da organização da vida cotidiana, da cultura, do lazer, das relações com o território e com o meio ambiente. Para operar este conceito e a sua complexidade, propôs-se diretrizes e novos arranjos capazes de trabalhar com a gestão dos serviços e a produção de saúde a partir de uma ética profundamente comprometida com a defesa da vida e com a humanização da atenção. Este modelo, portanto, incorpora os arranjos do Programa de Saúde da Família, mas modifica-os e propõe outros arranjos.

(Para melhor compreensão do Programa Paidéia de Saúde, vide o anexo 1.)

Gestão Participativa – O Método da Roda: a constituição do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições.

Lidar com a complexidade dos problemas de saúde, a maioria deles não estruturados ou apenas quase estruturados, em um contexto de retração de investimento, nadando contra uma maré neoliberal e suas políticas públicas reduzidas a distribuição de migalhas, não pode ser tarefa de um pequeno grupo de “iluminados”, por melhores intenções e saberes que tenham. Não é tarefa de um único partido ou de um grupo político ou fruto do voluntarismo, embora este seja importante. É tarefa de muitos, quicá de todos, e que se realiza com um método. Parafraseando Gastão, nosso ex-secretário de saúde, precisa-se de “sonhos e vontade, mas também método. Um método constituído com categorias rigorosas, porém sempre precisando recriação e apropriação crítica”.

Buscou-se, ao longo destes anos, a implantação de um método denominado Método da Roda, que, embora estejamos todos o aprendendo na prática, permitiu um salto de qualidade na gestão da saúde. Consiste em estabelecer espaços coletivos (as Rodas) de “ofertas e demandas”, que submetidas à análise cotidiana, se transformam em projetos, tarefas ações.

Estas rodas não são espaços dos gestores: são também dos trabalhadores e usuários para que se construam sujeitos coletivos com cada vez maiores capacidades de análise e de propor intervenções sobre as várias realidades. São muito hoje os apoiadores, coordenadores e trabalhadores que assumem papéis importantes como co-gestores, ou seja, capazes de colocar nas rodas desejos e interesses e lidar com eles, utilizando-se do trabalho em equipe como cenário pedagógico e de gestão, onde as pessoas constroem e são reconstruídas. Transitam destes espaços para o universal com mais naturalidade. Constroem-se coletivamente Objetos de Investimento.

Lenta e gradualmente amplia-se a democracia institucional como produto da intervenção deliberada de sujeitos concretos e que produz também novos sujeitos. Hoje todas as Unidades tem reuniões gerais de equipe, reuniões das equipes de referência, dos Núcleos de Saúde Coletiva, Colegiados Gestores e Conselhos Locais, além de rodas que se formam para resolver problemas que vão surgindo no cotidiano (afinal o imponderável faz parte do nosso dia-a-dia) e que não podem aguardar espaços formais para que o problema seja resolvido, sob pena da burocratização e da ineficácia.

Como na saúde, o trabalho humano não é apenas o produtor de um bem ou serviço, mas, principalmente, é produtor de cuidados que vão se tecendo através de relações entre sujeitos detentores de saberes e poderes, o Método da Roda tem contribuído para a reconstrução do sentido do trabalho e dos espaços onde eles se dão. Um dos sentidos mais importantes, bem mais claro hoje em qualquer unidade de saúde, é que a produção de uma “obra” (a saúde de um indivíduo, de uma família, ou de um território) é o trabalho de um Coletivo (da Equipe de Referência, dos Núcleos de Saúde Coletiva, dos Colegiados Gestores e Conselhos de Saúde com participação dos usuários) e que esta produção não se dá mais em um consultório. Ele é produzido em vários espaços, inclusive no domicílio, no território e com a interface de vários outros sujeitos. O trabalho nas unidades tem se tornado muito mais criativo e tem permitido surgir experiências como as que retirou uma paciente da sua “casa-manilha de esgoto”, ou que reconstrói o sentido de vida de um alcoólatra que vivia no lixo ou que permite que idosos ganhem saúde dançando em bailes-terapêuticos: “Trabalho criativo de Valores de Uso. Uma categoria aplicada não somente à ciência e arte, mas à área de serviços, no nosso caso, à saúde”.

Saúde Bucal

A principal marca desta gestão foi a inclusão, de forma pioneira, dos dentistas, ACDs e THDs na Equipe de Saúde da Família (Equipe de Referência), o que proporcionou inovações e as mais diversas experiências na área de saúde bucal. Procurou-se reforçar o processo de trabalho multidisciplinar, de tal forma que a saúde bucal fosse realmente integrada aos demais profissionais das equipes, através da execução de inúmeros projetos e ações com outras áreas da própria unidade ou inter-setoriais. Dessa forma, o paradigma da equipe de saúde bucal trabalhando sob uma perspectiva isolada sofreu profundas transformações.

Esta participação também se processou em outras áreas dentro das unidades, como por exemplo, nos colegiados gestores, nos núcleos de saúde coletiva, na elaboração dos projetos terapêuticos singulares, no controle social e na participação expressiva de Cirurgiões Dentistas nos processos seletivos para coordenação de UBSs.

Do ponto de vista da gestão, criou-se um Colegiado Técnico, composto pela Área Técnica de Saúde Bucal do N.A.A.S. e pelos apoiadores desta área nos 5 Distritos de Saúde e por uma consultoria contratada (Marco A. Manfredini). Este colegiado tem como principais atribuições: processar as demandas técnicas, operacionais e políticas advindas dos vários espaços da Secretaria e transformá-las, na medida do possível e da necessidade, em projetos, tarefas, etc; propor ações, projetos e tarefas; apoiar tecnicamente a implementação dos mesmos.

As decisões e propostas do Colegiado eram remetidas ao Colegiado Gestor da Secretaria, para análise e posterior operacionalização das ações propostas.

Listam-se abaixo as atividades e ações implementadas ao longo destes quatro anos:

1) Atenção à Saúde Bucal

- 7ª Semana de Prevenção de Câncer Bucal em conjunto com o departamento de Cirurgia Buco Maxilo Facial Hospital Municipal Dr Mário Gatti (2001)

- Retomada do Sistema Municipal de Vigilância da Fluoretação das águas de abastecimento Público (2002) - análises realizadas em convênio com a PUCC;

- Organização e realização do SB 2000, em parceria com a DIR XII - O município organizou as calibrações técnicas para os municípios participantes da região e os trabalhos de levantamentos e tabulações realizados em 2002;

- Realização de campanhas de Prevenção de Câncer Bucal em outubro de 2002 e 2003, em parceria com a ACCD.

- Realização de campanhas anuais de detecção de câncer bucal durante a Campanha de Vacinação do Idoso (2002, 2003, 2004)

- Vários projetos singulares, desenvolvidos nas várias unidades de saúde, de promoção e educação em saúde bucal;

- participação da Saúde Bucal em vários projetos multidisciplinares e intersetoriais desenvolvidos nas suas equipes de referência ou unidades de saúde.

2) Assistência em Saúde Bucal:

- Reordenação final do Modelo em Assistência Bucal: a equipe de saúde bucal como parte da Equipe de Referência, com equipamentos fixos nas Unidades de Saúde ou em equipamentos móveis. Retirou-se, portanto, todos os equipamentos e dentistas das escolas, alocando-os nos Centros de Saúde, nas Equipes de Referência ou em Ambulatórios de nível secundário.

- Incorporação do critério de risco como forma de organização de acesso aos serviços.

- Cadastramento junto ao Ministério da Saúde de 52 Equipes de Saúde Bucal na Modalidade I e 16 Equipes de Saúde Bucal na Modalidade II (até 2004);

- Ampliação do acesso com a criação de 12 novos consultórios odontológicos:

8 deles nas unidades menores de PSF (os denominados módulos: Nova América, Oziel, Monte Cristo, Village , Campo Belo e Conceição) e 4 nas unidades inauguradas em 2001 (União de Bairros e Itajaí)

3) Assistência Odontológica Especializada

- Criação da Referência em Radiologia odontológica para o Distrito Sudoeste (2002)

- Ampliação (em carga horária) das Referências em Endodontia nos Distritos Norte e Sudoeste (2002-2003)

- Criação do Serviço de Diagnóstico Bucal, em parceria com a ACDC, na qual a SMS participa com RH especializado (2003)

- Criação de Referências em Periodontia (CS São José e CS Vila Ipê) (2003)

- Criação da Referência em Endodontia para o Distrito Noroeste no CS Florence (2003)

- Criação da Referência em Periodontia no Distrito Sudoeste (Ambulatório Ouro Verde – 2004)

- Implantação do Projeto de Prótese Dental nos 5 Distritos (Leste - CS Costa e Silva, Noroeste - CS Florence, Norte - CS Boa Vista, Sul - DETI e Sudoeste - Ambulatório Ouro Verde) – (2004)

- Convênio com a ACDC na implantação da Referência em Diagnóstico Bucal e no estabelecimento de fluxos de pacientes oriundos das UBSs para atendimentos especializados em cursos de especialização da entidade (2003);

- Implantação do Projeto assistencial com o IES São Leopoldo Mandic nas áreas de Radiologia (80 radiografias panorâmicas) e 48 tratamentos endodonticos/ mês (2003)

4) Valorização do Pessoal da Saúde Bucal:

Foram realizados vários seminários e capacitações, mantendo-os atualizados e aumentando a sua capacidade de análise, do contexto do Modelo Assistencial Paidéia e da própria inserção da Saúde Bucal nos novos arranjos e diretrizes.

Destaca-se a Capacitação técnica específica em saúde bucal para Cirurgiões Dentistas em convênio com a FOP-UNICAMP, como parte da Capacitação para o Programa Paidéia. Foram realizados 4 módulos de 96 hs/aula cada e capacitados 110 Cir. Dentistas. (2002)

5. Infra-estrutura

- Implantação do “ Projeto minha caneta”: cada dentista recebeu a posse de uma caneta de alta rotação, pela qual se torna responsável. Com isto reduziu-se substancialmente as inúmeras quebras do equipamento. No total foram adquiridos pela SMS 275 canetas de alta rotação.

- Compra de 50 aparelhos periféricos odontológicos;

- Recebimento em caráter de doação de 14 consultórios odontológicos reformados da ACDC, de 01 consultório odontológico da UNIODONTO e 02 consultórios odontológicos de pessoas físicas que substituíram aqueles das unidades de saúde em condições inadequadas;

- Elaboração do projeto junto ao Ministério da Saúde que contempla o município com 15 consultórios odontológicos para Equipes de Saúde Bucal modalidade II (previsão de entrega dos equip/ dez 2004) (2004);

- Ampliação da oferta de Exames Radiológicos

Saúde Mental

1. A Saúde Mental na Atenção Básica:

Foram as seguintes as diretrizes que orientaram a operacionalização da Saúde Mental na atenção primária, ou seja, no Programa de Saúde da Família:

a) Contribuir na construção da clínica ampliada das Equipes de Referência e, ao mesmo tempo, transformar sua própria clínica com a elaboração de projetos terapêuticos, contribuindo para que as Equipes do Paidéia se tornem mais resolutivas, responsabilizando-se pelas famílias de seu território e incorporando em suas ações as necessidades de saúde mental.

b) As ações de saúde mental na atenção primária devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, com base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas, buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento.

As ações desenvolvidas foram:

a) Experiências relevantes de construção de Projetos Terapêuticos com as Equipes de Referência, através do apoio matricial, produzindo resultados positivos no cuidado de pacientes com transtornos mentais na própria Unidade de Saúde, mesmo onde não há equipe de saúde mental;

b) Incorporação, pelos médicos generalistas e equipes de referência, da subjetividade do usuário no atendimento à demanda;

c) Responsabilização na clínica ampliada por casos anteriormente encaminhados à saúde mental;

d) Construção de novos dispositivos de atenção, incorporando além dos profissionais de saúde, outros atores:

- centro de convivência e cooperação;

- experiências de frentes de geração de renda trabalho.

e) Participação dos profissionais da SM, equipes de referência, profissionais de outras secretarias na construção das redes;

f) Oferta de supervisão para todos os trabalhadores da mental, através do convênio com a Clínica de Psicologia da PUCC/

A Rede de Reabilitação em Saúde Mental

Diretrizes:

a) Os CAPS são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de Atenção em Saúde Mental.

Ações Desenvolvidas

Discussão da política de Saúde Mental para o Município, realizando a I Conferência Municipal de Saúde Mental , após cinco Pré-Conferências Distritais:

Implementação de Modelo de Assistência com a criação das três redes:

Reabilitação Psicossocial,

Atenção à Dependência Química

Atenção à Criança e ao Adolescente.

3- Fechamento do Hospital Psiquiátrico Tibiriçá com realocação do recurso, tanto financeiro quanto humano, na própria rede substitutiva (Caps) no município;

4- Implantação da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico:

4.1- Um Caps III em cada um dos Distritos, com 8 leitos cada:

Caps Estação - maio/2001;

Caps Novo Tempo - janeiro/2002;

Caps Toninho - janeiro/2002;

Caps Esperança - maio/2002;

Caps Integração - novembro/2004;

4.2 - Um Caps II na região Sudoeste (Caps David Capistrano) - julho/2003;

4.3. - Efetivação pelo Caps Novo Tempo da proposta de substituição dos leitos hospitalares co-responsabilizando-se pelo primeiro atendimento junto com Samu e acompanhamento dos usuários inclusive em situação de crise, assim como pelo atendimento noturno dos usuários do Caps II David Capistrano;

4.4-Humanização do atendimento em urgência e emergência em saúde mental (teve como uma de suas conseqüências, a retirada das grades das viaturas do SAMU;

4.5- Compor a equipe do SAMU com psiquiatra para emergência e primeiro atendimento no território;

4.6 - Um Centro de Convivência e Cooperação em cada Distrito:-

C.C “Tear das Artes” Sudoeste;

C.C. “Portal das Artes” – Sul;

C.C. Cultural -Leste

C.C. “Boa Vista” –Norte;

C.C. Noroeste

4.7- Instalação de Oficinas de Geração de Renda, passando de 09 em 2001 para 20 em 2004;

4.8- Implementação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), passando de 20 moradias em 2001 para 33 em 2004;

4.9- Viabilização da criação de Associação de Usuários, Familiares e Profissionais da SM em andamento;

4.10- Organização do I Encontro Nacional de Caps III (Campinas-SP);

4.11 - Instituir a Supervisão Institucional em todos os Caps;

4.12-Ampliação do convênio com a PUCC (HMCP), com um termo técnico específico para a Saúde Mental, possibilitando a contratação de profissionais para compor as equipes do Caps III Integração e David Capistrano;

Rede de Atenção às Dependências

As dependências à drogas lícitas e ilícitas são hoje no país consideradas um grave problema de saúde pública, consideradas pelo MS com dimensões epidemiológicas de tal amplitude que requerem na sua atenção ações intersetoriais, com eixo no resgate da cidadania.

Diretrizes

1 - Garantir o acesso e atenção aos usuários em uso prejudicial e/ou abuso e dependência química;

2 - Garantir que a atenção deva ocorrer na rede de Caps, ambulatório e articulado com Centros de Saúde e demais equipamentos extra-hospitalares;

3 - Reverter a lógica da internação como ação prioritária da atenção aos usuários com dependência química;

4 – Garantir que a internação, quando necessária, ocorra em hospitais gerais e sejam de curta duração;

3 – Incrementar práticas intersetoriais, no sentido de responder as demandas em sua complexidade;

4- Transformar o tema “dependências” um problema de atenção dos Núcleos de Saúde Coletiva.

Nesta área desenvolveram-se as seguintes ações:

a) Realização da capacitação para equipes do PAIDÉIA (médicos, enfermeiros);

b) Processo de discussão para descentralização da rede, possibilitando que as equipes possam se apropriar dessa demanda no território podendo contar com o apoio dos Caps ad e também a discussão com novos parceiros, na lógica do trabalho intersetorial;

c) Implementação de ações no Centro de Saúde São José e Paranapanema por parte das equipes do PSF, com resultados bastante positivos;

d) Realização de Apoio Matricial pelas equipes do Craisa, Criad e Nadeq;

e) Instituição da política de redução de danos em nossos serviços;

f)Instituição da Supervisão Institucional e Clínica no Criad.

Práticas Integrativas em Saúde[4]

c.1. A Homeopatia

A Homeopatia iniciou-se na rede pública de Campinas com a inauguração do Ambulatório Municipal de Homeopatia em 18/04/1989, que apesar das várias dificuldades enfrentadas manteve-se em funcionamento e hoje se localiza na Policlínica II, contando com 6 médicos homeopatas, sendo apenas um concursado especificamente para a especialidade.

Para fornecimento de medicamentos homeopáticos gratuitamente aos pacientes atendidos há um convênio com uma farmácia homeopática que dispensam os remédios prescritos mediante apresentação de receita.

Em 2002, o Departamento de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde criou o GETRIS (Grupo de Estudos e Trabalhos nas Racionalidades Integrativas em Saúde), com a tarefa de elaborar propostas para a implantação e implementação de políticas públicas no Município com referência à estas práticas, que incluem a Homeopatia, além da Acupuntura e Fitoterapia, entre outras.

Com este propósito, foi feito um levantamento de todos os homeopatas que trabalhavam na rede pública, atuando ou não em Homeopatia. Criou-se um Grupo de Trabalho com um homeopata de cada distrito além do responsável técnico pela área para formular propostas de expansão da homeopatia nos serviços de saúde pública.

Definiu-se que os médicos com formação em homeopatia poderia dedicar parte de sua carga horária para atuarem nesta especialidade, atendendo além dos pacientes do seu território, outros de áreas vizinhas, conforme regionalização prévia. A Secretaria conta hoje com 38 médicos com formação em Homeopatia, contando com profissionais em cargos gerenciais (3) e no Hospital Mário Gatti (3). Destes, 19 utilizam parte de sua carga horária na especialidade, totalizando aproximadamente 198 horas semanais de atendimento, e destas, 146 horas no Ambulatório Municipal de Homeopatia (73,7 % do total). As restantes 52 horas de atendimento (26,2 %) são em sua quase totalidade resultantes do incentivo da SMS nos últimos 2 anos, e se distribuem pelos 5 Distritos de Saúde(32 horas no Distrito de Saúde Norte, 6 horas no Noroeste, 6 horas no Leste, 4 horas no Sul e 4 no Sudoeste).

Realizações da área:

- aprovação do projeto de lei que instituiu a Semana de Homeopatia no município de Campinas em ;
- publicação da portaria que instituiu as diretrizes de funcionamento dos serviços de homeopatia da secretaria municipal de saúde em;
- organização da Primeira Semana Municipal de Homeopatia organizada pelo GETRIS em novembro de 2003;
- formalização do convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Escola Paulista de Homeopatia (EPH), que possibilita aos profissionais homeopatas que atuam no SUS o acesso à informação, atualização e aperfeiçoamento, bem como o estímulo à pesquisa, colocando a rede de saúde como campo de estágio para os profissionais em formação na E.P.H.

Medicina Chinesa Tradicional e Acunputura

Em 2003 formou-se uma comissão para implantação Medicina Tradicional Chinesa e Acupuntura no SUS local.

Levantou-se o número de profissionais da rede com especialização em acupuntura e com a participação destes a Comissão elaborou a normalização da assistência (normas técnicas, compra de materiais, locais de atendimento, fluxo de encaminhamentos, etc).

Em novembro de 2003 foi publicada a portaria que oficializou o atendimento em MTC/Acupuntura no SUS/Campinas e o atendimento iniciou-se em 8 Centros de Saúde e, em janeiro de 2004, no Hospital Mário Gatti.

Fitoterapia

Avanços da área:

- a) Oficialização do Programa Municipal de Fitoterapia- portaria 13/01 de novembro de 2001
- b) Criação da Semana Municipal de Fitoterapia- lei nº11.385 de 15 de outubro de 2002
- c) Curso para agentes de saúde: "Montagem da paisagem do conhecimento tradicional" com prof Moacir Biondo da Universidade do Amazonas-local CETS-participação 80 agentes de saúde
- d) Curso para profissionais médicos com Dr Gutemberg Tupinanbá- médico especialista em plantas medicinais- Brasília
- e) Cultivo de plantas medicinais no serviço de saúde Dr Cândido Ferreira; Viveiro: área destinada: 360 m2 com capacidade de 30.000 mudas; Plantio área destinada: 1 hectare, espécies já plantadas: espinheira santa, guaco e calêndula;

- f) Assessoria CPQBA-UNICAMP para cultivo; outras parcerias com IAC, GDR e CATI ;
- g) Criação da Botica da Família (inaugurada em setembro de 2004) com o objetivo de fornecer medicamento fitoterápicos à rede;
- h) Criação do site: <https://saude.campinas.sp.gov.br/unidades/fitoterapia>
- i) Criação de hortos de plantas medicinais em algumas unidades básicas de saúde; visitas técnicas nas mesmas;
- j) Novembro de 2004-Portaria que normatiza a prescrição de enfermeiros para os fitoterápicos tópicos
- k) dia 14/12 reunião CATI, com agrônomo sobre cultivo orgânico de Plantas Medicinais.

Outras realizações do Getris:

- a) Maio- Curso " Manutenção da Saúde através da Medicina Tradicional Chinesa – técnicas corporais, massagem, nutrição e fitoterapia"- ofertado para 30 profissionais de nível médio da SMS, com duração de 3 meses;
- b) Julho - início da participação da SMS/ área de Saúde Integrativa na Política Nacional de Medicinas Naturais e Práticas Complementares (PMNPC), do Ministério da Saúde; junto ao subgrupo da MTC/ Acupuntura;
- c) Julho - estabelecimento de convênio com IPEMA (Instituto de Pesquisas e Ensino Médico em Acupuntura);
- d)Julho-início de atendimento pelos alunos do IPEMA no CS Integração (matriciamento para pacientes do Distrito Noroeste) e no Ambulatório de Especialidades do Mário Gatti (matriciamento para pacientes dos Distritos Leste, Norte e Sul);
- e) Agosto - início do treinamento em Meditação C`han Tao e Qi Gong para profissionais acupunturistas do IPEMA e da rede.

Centro de Referência de Saúde do Trabalhador

AVANÇOS

1. Inclusão do CRST Campinas na RENAST
2. Matriciamento/Capacitação dos CSs para LER/DORT
3. Matriciamento da Rede referente ao fluxo de CATs
4. Melhoria da relação interinstitucional em ações em saúde do trabalhador (INSS, DRT, MPT, DIR XII, etc.)
5. Maior clareza dos papéis das lideranças sindicais (Conselho Gestor, Comissão Intersindical)
6. Descentralização da vigilância
7. Maior capacitação técnica da equipe do CRST
8. Seminário de 2002 com VISAs e COVISA para o estabelecimento de um primeiro esboço de diretrizes para as ações de vigilância em saúde do trabalhador
9. Aumento da equipe do CRST com a inclusão de novos profissionais
10. Constituição do núcleo de saúde do trabalhador do Poleste
11. Realização do curso de saúde do trabalhador pelo Pólo
12. Apoio jurídico para ações de vigilância

Especialidades

Os anos de 2003 e 2004 foram de muitas realizações e significativos avanços na gestão da atenção secundária (consultas médicas especializadas e exames complementares). Foi um período de grande envolvimento dos diversos atores, com muita solidariedade, construindo de fato um espaço democrático de formulação/proposição, operacionalização e avaliação.

O principal dispositivo para isto foi a Câmara Técnica de Especialidades (CTE) que, vinculada ao NAAS, passou por uma reformulação em sua forma de organização, ampliando seu olhar, suas atribuições e seus membros participantes. Um importante instrumento norteador foi o plano de trabalho traçado em julho de 2003, revisado em dezembro de 2003 e junho de 2004.

Apresentam-se, a seguir, os projetos priorizados pela CTE, com um breve relato dos avanços obtidos.

a) Implantação do Sistema Informatizado para agendamento

1. Sistema informatizado de agendamento (SOL) em operação desde 03/11/2003, em todas as UBS, Módulos e UR, tendo sido treinados cerca de 350 operadores;
2. Elaboração de proposta com 8 novos módulos no programa para o aprimoramento do sistema;
3. Elaboração de proposta para implantação de uma Central de Apoio ao SOL;
4. Emissão mensal do Boletim do SOL;
5. Monitoramento da utilização dos recursos disponibilizados no SOL;
6. Constituição de sub-grupos de trabalho para o aprofundamento e formulação de propostas para grandes enfrentamentos; 7. Instituída nova fórmula para cálculo de atribuição de cotas para as unidades; 8. Constituição de um WEB-Grupo de discussão: esp_camp2@yahoogrupos.com.br
9. Participação efetiva nos processos de renovação dos convênios.

b) Instituir sistemática de gestão da Atenção Secundária Ambulatorial (Consultas de especialidades e SADT)

1. Reorganização da CTE;
2. Estabelecimento de plano de trabalho e monitorização sistemática;
3. Constituição experimental de um Núcleo Executivo da CTE;
4. Monitoramento da Demanda Reprimida nas UBS para todas as Especialidades e SADT;
5. Monitoramento da utilização dos recursos disponibilizados no SOL;

c) Qualificar a relação entre unidades de referência e a rede de saúde

1. Construído instrumento balizador para apropriação, por parte das equipes de gestão distrital e local, da organização da atenção secundária nas unidades;
2. Construído o texto base para discussão e efetiva implantação do Matriciamento;
3. Elaborados Manuais de Orientação, com critério de risco, para o encaminhamento qualificado em 4 áreas: Oftalmologia, Cardiologia, Ultrasonografia e Neurologia;
4. Em especial para a Oftalmologia, cujo processo mais avançou, fora elaborado instrumento de avaliação de impacto do matriciamento;
5. Participação na elaboração e operacionalização de processo de Capacitação dos Trabalhadores no Módulo Introdutório Paídeia para as Especialidades, com cerca de 250 participantes em 10 turmas

d) Ampliar os espaços de discussão nos Distritos e Nível Central

1. Levantamento detalhado do recurso alocado, produção e produtividade em 5 especialidades (oftalmo, cardio, dermato, ortopedia e cirurgia vascular) e 2 exames (usg e endoscopia), nos serviços próprios;
2. Formulação e execução de mudanças na organização da oferta destes recursos, buscando diminuir perdas/bloqueios nas agendas;
3. Apropriação de todos os convênios e contratos em vigor;
4. Apresentação dos principais projetos nos colegiados gestores da SMS, garantindo respaldo e legitimidade às propostas.

e) Instituir mecanismos de avaliação dos próprios

1. Feito primeiro diagnóstico junto aos serviços próprios, com o objetivo de identificar a forma como cada unidade se insere no sistema e quais os princípios norteadores de sua organização

A Atenção às Urgências

A área de apoio à gestão para a atenção às urgências foi constituída em abril de 2002, com a missão de se realizar um

diagnóstico deste setor e, posteriormente, planejamento para os próximos anos, fortalecendo-se os laços entre os diversos equipamentos afins e a integração dos serviços de urgência com a rede básica sob a ótica do Paidéia, de atenção às pessoas.

O Diagnóstico, realizado com a Câmara Técnica de Urgência, existente desde 1998, mostrou:

- a) Os prontos-socorros Anchieta e S. José estavam sucateados, necessitando de reformas urgentes, bem como de insumos e equipamentos;
- b) O P. S. Ouro Verde, embora em prédio adequado, carecia de insumos, equipamentos e pessoal;
- c) todos os prontos-socorros, pela falta de leitos no município, mantinham (como mantém até hoje), pacientes em observação por mais tempo que o previsto, sem a infra estrutura adequada;
- d) As unidades básicas abriram suas portas para as urgências sem a infra-estrutura adequada(falta de equipamentos e insumos).
- e) O SAMU encontrava-se em estado falimentar, sem frota própria e completamente desorganizado. Os trabalhadores se sentiam desacreditados e com muito pouco estímulo para o trabalho.
- f) Os Hospitais terciários, mesmo o nosso, participavam pouco do espaço de discussão que se constituiu com a Câmara Técnica de Urgência e Emergência em 1998.
- g) Os conflitos eram freqüentes, o trabalho truncado e o acolhimento de porta difícil de ser pactuado.
- h) Para os pacientes que necessitavam de leitos de retaguarda observávamos um número persistente de mais de 100 pessoas esperando vagas de internação diariamente em nossos prontos-socorros.
- i) Faltavam (e faltam) leitos de UTI, equipamentos e gente, muita gente.

Realizações da área:

- a) Participação da Câmara Técnica de Urgência no Comitê Regional de Urgência e Emergência em parceria com a DIR XII, das universidades, polícia, bombeiros, etc.
- b) Ampliação dos recursos para a área através de parcerias com o Ministério da Saúde, Hospital Mário Gatti, Pucc e Unicamp: equipamentos e ampliação da UTI do Mario Gatti, recursos para a UTI da Unicamp e verba de custeio e investimento para o SAMU com o Projeto do MS. Só neste último item Campinas recebeu até o momento oito viaturas de urgência e R\$ 150.000, 00 para a reforma da sede do SAMU, além do recurso de custeio que beira os R\$ 300.000, 00 / mês.
- c) Implantação da classificação de risco nos Serviços de Atenção à Urgência da Secretaria de Saúde;
- c) parceria com o Pronto Socorro da Unicamp para implantação da classificação de risco e acolhimento dos pacientes com quadro agudos;
- d) Reforma da Unidade não Hospitalar de Urgência do Anchieta;
- e) construção do novo prédio da unidade não hospitalar de urgência do S. José.
- f) completou-se o quadro de plantão destas unidades (infelizmente, por causa do grande "turn-over" de médicos, há sempre "buracos" na escala, muitas vezes preenchidos emergencialmente com o pagamento por R.P.A).
- g) equipou-se adequadamente todas as 3 unidades de Atendimento não hospitalar de urgência para se tornarem bases estabilizadoras de pacientes com problemas agudos graves;
- h) O SAMU foi reequipado, em parceria com o Ministério da Saúde e com o OP, e foram novos respiradores de transporte, desfibriladores, aspiradores, material para atendimento a catástrofes, além de novas ambulâncias;
- i) O SAMU recebeu equipamentos para a gravação das ligações telefônicas, o que permite uma gestão mais adequada das chamadas e maior controle social.
- j) Implantou-se o Colegiado Gestor no SAMU, o que tem permitido trabalharmos a humanização do serviço e garantir melhores condições de trabalho para aqueles servidores;
- k) Há 2 meses foram entregues os novos uniformes a todos os trabalhadores, reivindicação antiga , prometida desde os primeiros instantes deste governo.
- l) Conseguiu-se recursos com o M. S para a reforma predial do SAMU;
- m) o trabalho no Comitê Regional de Urgência permitiu uma maior integração dos serviços municipais com o HC e a PUCC

- n) Implantou-se o componente da Urgência e Emergência no IVQ da PUCC;
- o) ampliou-se a oferta de leitos de retaguarda com a contratação de mais 18 leitos no Hospital Beneficência Portuguesa e a ampliação de leitos na Unidade do S. José;
- p) capacitou-se grande parte dos Centros de Saúde para o atendimento da urgência;
- q) revisou-se a chamada maleta de urgência e se equipou 10 unidades com equipamentos e materiais para o atendimento da urgência mais complexa;
- r) disponibilizou-se materiais como colares cervicais, material para entubação, aspiradores, etc para toda a rede.

Área da Criança e do Adolescente:

Esta área pautou-se por:

- a) estimular que cada unidade de saúde tivesse autonomia para que, respeitando-se as diretrizes do Paidéia e o conhecimento acumulado no cuidado à criança, “criasse” seus programas de atenção à criança, com ações voltadas à prevenção dos principais agravos, ações de promoção da saúde e do cuidado à saúde;
- b) Coordenar ou participar ativamente de projetos de caráter intersetoriais capazes de enfrentar situações de maior gravidade capazes de colocar em risco a saúde e a vida das crianças mais vulneráveis, que se encontram listados abaixo:

1- Assistência Integral às Crianças com Desnutrição:

- a) Criação do Grupo de Trabalho “Bolsa Alimentação” com representantes dos Distritos, Coordenação de Informação e Informática (CII) e do NAAS, com encontros mensais. Este grupo tinha como objetivo operacionalizar a transferência das Famílias cadastradas no Bolsa Alimentação para o Bolso Família, corrigindo as inúmeras falhas do programa federal e buscando mecanismos de, no nível municipal, adequá-lo às nossas especificidades.

2- Ações de Incentivo ao Aleitamento Materno:

Criou-se um Comitê Municipal de Incentivo ao Aleitamento Materno, multiinstitucional, com o objetivo de se definir estratégias e ações para ampliar o tempo de amamentação das crianças em Campinas.

3- Programa de Triagem Neonatal:

Foram capacitados profissionais de saúde para a realização da triagem na unidade, permitindo àqueles que não a realizaram na maternidade pudesse também fazer os exames na rede.

Instituiu-se um Sistema de Vigilância do programa, bem como um “Manual de Coleta do Exame de Triagem Neonatal” elaborado pelo CIPOI e distribuído para os CS

4- Projeto Asma:

- a) Instituiu-se um GT Projeto Asma com representantes dos CS, PUCC, UNICAMP, Especialistas do HMMG, COV, Poli II com o objetivo de se preparar a rede para dispensação de medicamentos inalatórios, ao mesmo tempo que se capacitou médicos e enfermeiros para qualificar a atenção a esta patologia.

5- Ações Intersetoriais e Interinstitucionais:

a) Programas do Plano Municipal Para Infância e Juventude

QUEBRANDO O SILÊNCIO (Enfrentamento do fenômeno da Violência contra criança e adolescente)

- a) Participação no Grupo de Trabalho intersetorial e interinstitucional;
- b) Capacitação regional intersetorial realizada em todas as regiões.
- c) Finalização da Ficha de Notificação e do Sistema de Notificação de Violência -SISNOV

CRIANDO REDE DE ESPERANÇA (Criança e adolescente em situação de rua)

- a) Participação no Grupo de Trabalho intersetorial e interinstitucional, construindo coletivamente proposta de política pública para atenção integral as crianças e adolescentes em situação de rua
- b) Criada Sala de Transição, no CEMEFEJA, funcionando desde agosto de 2003, nas dependências do Externato S.Jóao
- c) Pernoite Protegido (Centro de Convivência 24 hs.) inaugurado em novembro de 2004.

d) Elaborada proposta de Internação em Serviços de Saúde para crianças e adolescentes em situação de rua quando for necessário.

e) Criado Sistema de Comunicação Informatizado entre os serviços que compõe a Rede.

f) Abordagem e referenciamento realizado por profissionais do Projeto Aeronave da APOT

3) ROTAS RECRIADAS – CRIANÇAS E ADOLESCENTES LIVRES DA EXPLORAÇÃO SEXUAL

- Projeto intersetorial e interinstitucional proposto como política pública pelo CMDCA para enfrentamento da exploração sexual de crianças e adolescentes.

(Anexo relatório)

4) CRESCER ANTES: projeto em parceria com a Secretaria de Educação para prevenir gravidez na adolescência; (Gravidez adolescência)

5) PROTEGENDO A VIDA: projeto interinstitucional que busca prevenir o alto índice de homicídios entre adolescentes. (Alto índice de homicídios 14-19 anos)

6) CONSTRUINDO NOVAS HISTÓRIAS: projeto interinstitucional de promoção da saúde de crianças e adolescentes submetidos à Medidas Sócio Educativas.

Área do Adulto

1) Construídos os Antiprotocolos de Hipertensão, Diabetes, Tabagismo, Tumores de maior prevalência, LER/DORT, Urgência/Emergência, Ca de Colo, Pré-natal e Climatério;

2). Em construção os antiprotocolos de Redução de Danos para uso indiscriminado de silicone e hormonioterapia e Tuberculose;

3) Elaborada Lei, através de equipe interinstitucional, para regulamentar Casa de Longa Permanência para Idosos (em apreciação na Câmara Municipal), para servir como um dos instrumentos para fiscalização e acompanhamento;

4) Elaborado Manual de cuidadores domiciliares na terceira idade, através de equipe multiprofissional, para servir como um dos instrumentos de qualificação à atenção aos acamados.

5) Identificado na rede diversos profissionais com especialização em geriatria/gerontologia, para integrar equipe de matriciamento para o PSF.

3) Tabagismo:

-Elaborado Projeto para tratar das questões relacionadas ao tabagismo: abordagem mínima, ambiente livre de fumaça, tratamento para o tabagismo e educação em saúde.

-Implantado projeto piloto para abordagem e tratamento do tabagismo em UBSs, CRIAD e NADEC .

-Parceria com CIPA da prefeitura para implantar ambiente livre de fumaça nos locais de trabalho.

4) Esclerose Múltipla:

-apoio ao grupo de pacientes portadores do agravo, sendo constituídos: Associação dos Portadores, Fluxo de referência e contra-referência em parceria com UNICAMP;

5) Corpo em Movimento:

projeto implantado em todas as unidades com o objetivo de melhorar as condições de saúde de pessoas com patologias dolorosas crônicas, hipertensão arterial, obesidade, depressão, etc. Consiste de 3 atividades principais: o Liang-gong, a ginástica postural e caminhadas.

Área da Saúde da Mulher

No que se refere à incorporação do novo modelo fez diferença os agentes de saúde captando precocemente as mulheres para prevenção de câncer de mama e colo uterino, para o pré-natal, para a anticoncepção e climatério; as equipes junto com os generalistas assumindo ações do núcleo da saúde da mulher, e os ginecologistas dando os primeiros passos na implantação do matriciamento.O núcleo de saúde coletiva compartilhando dados e índices com as equipes, o comitê de Mortalidade Materna e as comissões gestoras das Maternidades parceiras para a intervenção na Mortalidade Materno-infantil, e nos casos de violência doméstica e sexual.

Principais realizações

1). Qualificação e Humanização da Assistência

A qualidade e a Humanização da Assistência evoluiu na maioria das ações. A implantação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (Campinas Cidade Mãe), do Cuidado com as Vítimas de Violência Sexual (Iluminar Campinas) e Doméstica (Quebrando o Silêncio) e na prevenção e cuidado às crianças e adolescentes vítimas de exploração sexual (Rotas Recriadas) programas que priorizaram a garantia dos direitos das mulheres, homens crianças e adolescentes como parte da Humanização da Assistência.

2). Qualificação e Humanização do Parto:

Permitiu a captação precoce das gestantes, aumento do número de consultas no pré-natal e “abriu” as maternidades para as gestantes e seus acompanhantes.

3). Prevenção e Assistência ao Câncer de Mama:

Neste setor vale ressaltar a participação das mulheres nos grupos educativos nas unidades de saúde, a realização de duas edições da Semana Municipal de Saúde da Mama e de incentivo ao aleitamento materno, o aumento expressivo na realização de mamografias (cerca de 2000 por ano), diminuíram consideravelmente a detecção precoce do tumor, chegando em 76% de tumores com menos de 2 cm, o que aumenta a chance de cura em 90%.

4). Mortalidade materna.

A implantação do Programa Campinas Cidade Mãe - humanização do pré-natal e nascimento, as ações integradas das comissões gestoras das maternidades parceiras junto com a criação do Comitê Municipal de Mortalidade materno – infantil, possibilitaram um avanço na prevenção, notificação das mortes maternas, fazendo com que a taxa de mortalidade materna saísse de 40,24 por 100.000 nascidos vivos em 2001 para 31,55 em 2003 das residentes em Campinas.

SAÚDE COLETIVA

A Saúde Coletiva no município de Campinas teve significativos avanços neste período de gestão de 2001 a 2004.

Destacamos a consolidação de diretrizes como:

- a) a descentralização com autonomia, tendo o nível local como o foco principal do sistema;
- b) estímulo ao desenvolvimento de sujeitos, na resolução de seus problemas de saúde;
- c) a integralidade das ações com mudanças das práticas e integração dos diversos serviços;
- d) o trabalho no território vivo;
- e) o enfoque de risco na tomada de decisão.

O trabalho desenvolvido pela assessoria de imprensa possibilitou melhora na comunicação com a população e com os profissionais da rede, na relação com a imprensa local, além de dar grande visibilidade às ações realizadas.

Doenças de Notificação Compulsória

As doenças de notificação compulsória de maior relevância nos últimos 4 anos foram a dengue (ocorrência de epidemia importante em 2002 e casos de dengue hemorrágico), febre maculosa (letalidade alta e extensão da área de transmissão para a área urbana), doença meningocócica (alta letalidade em 2004 e inversão do sorogrupo prevalente) e leptospirose (letalidade elevada). Ocorreram surtos importantes, com extensão para a maioria das regiões do município, de parotidite, conjuntivite e doença diarreica provavelmente por rotavírus.

Houve investimento nos Programas de Controle da Tuberculose e Hanseníase, com diretriz na horizontalização dos programas e gestão colegiada.

Destaca-se, entre outros, a implantação da notificação das DSTs, das gestantes HIV positivas e crianças expostas ao risco de adquirir o HIV, o Sistema de Notificação de Acidentes Biológicos, Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas, InVestigação de Surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos, Unidade Sentinela para Coqueluche, Vigilância da Triagem Neonatal, busca ativa de gestantes com sífilis e monitoramento da sífilis congênita.

O Comitê de Morte Materna passou a funcionar efetivamente a partir de 2001, com participação ativa dos técnicos da vigilância e sendo articulado pela vigilância do nível central.

Informação epidemiológica

Na atividade de disseminação e análise das informações, foram importantes as atividades de análise do Programa de Controle da Tuberculose, feita de forma participativa e ascendente considerando todos os níveis do sistema, e a construção do Painel Epidemiológico o qual agrega todas as áreas da saúde coletiva, possibilitando a articulação dos diversos setores da Secretaria de Saúde.

Foi implantado o SIVISA (sistema de informação em vigilância sanitária), que permite o registro padronizado das informações e todas as análises decorrentes.

Elaboramos planilha automatizada em Excel®, para utilização pelas unidades referenciadas na Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas – MDDA. A planilha permite avaliação dos casos ocorridos e atendidos nas unidades, segundo as semanas epidemiológicas e a evolução anual, inclusive através da visualização em gráficos.

Também foi implantado o novo sistema de informação de infecção hospitalar

Controle de zoonoses e da população animal

Campinas apresenta um sério problema de animais soltos em vias públicas, que trazem prejuízos, seja do aspecto de transmissão de zoonoses, do sanitário, do ambiental ou de acidentes de mordedura, ou até mesmo de trânsito.

Na busca de enfrentamento desta questão desenvolveu-se um projeto em parceria com a Associação Amigos dos Animais de Campinas (AAAC) e o Grupo de Apoio aos Animais de Rua (GAAR), denominado “Projeto Bicho Legal” que conta com duas vertentes: conscientização quanto às questões de posse responsável e castração de cães de áreas consideradas de maior risco e de regiões mais carentes.

Em 2003/2004 o número de animais castrados dentro do projeto foi de 77 animais através de projeto piloto desenvolvido na área de abrangência do C.S Florence.

A questão da posse responsável foi trabalhada através de palestras para os participantes do projeto e em escolas. Realizou-se o seminário “Posse responsável: uma questão de cidadania” em conjunto com a Câmara Municipal de Campinas e entidades de proteção animal.

Outras atividades desenvolvidas foram: feiras de doação, grafitação dos muros do Centro de Controle de Zoonoses, castração de animais do CCZ para facilitar posterior doação, elaboração de material didático sobre posse responsável, pesquisa sobre grau de conscientização sobre esse tema.

Procedimentos administrativos

a) Elaboração de projeto de lei acerca da atualização das taxas sanitárias devidas pelas atividades de interesse à saúde: produtos e serviços. Participação no processo de aprovação do projeto de lei pelo Legislativo Municipal. Divulgação da lei aprovada para sua implantação (Lei nº 11830, de 19 de dezembro de 2003).

b) Descentralização para as Visas e CCZ da emissão do DARD para pagamento das taxas e multas da Vigilância em Saúde.

c) Elaboração de decreto acerca dos procedimentos administrativos para a tramitação das Licenças de Funcionamento dos estabelecimentos e serviços de interesse à saúde e de assistência à saúde, em conjunto com o DUOS. Encaminhamento de demais providências de suporte para a implantação do decreto (espelhos de impressos, minuta de resolução e outras).

d) Elaboração da Lei Municipal 11819 - Ref.: Estabelece normas e padrões de funcionamento para instituições de longa permanência para idosos e a classificação segundo as modalidades de atendimento integral institucional e dá outras providências;

e) Pactuação da Vigilância Sanitária com Secretaria de Estado e com o Ministério da Saúde. Fizemos a primeira pactuação da Vigilância Sanitária para a execução de todas as ações de média e alta complexidade, com o respectivo repasse financeiro fundo a fundo.

Vigilância de alimentos

Participamos do Programa Paulista 2003/2004 de monitoramento da qualidade sanitária de alimentos e produtos alimentícios industrializados expostos ao consumidor e respectivos estabelecimentos comerciais em que se encontravam. As ações de capacitação, coletas e inspeções e providências decorrentes foram realizadas por dois técnicos: um da CoViSA e um da VISA Leste. Das coletas programadas para a abrangência da DIR XII coube a Campinas a coleta de dez produtos, cumprindo 100 % desta meta, com um índice de aprovação de 70 %.

Implantamos em parceria com o CEASA e com o Sindicato dos hotéis, bares, restaurantes e similares o Programa de Distinção pela Qualidade para restaurantes – Selo de Qualidade- com a entrega do selo para 5 restaurantes.

Desenvolvemos ações conjuntas com DUOS, PROCON, SANASA, SETEC e Ouvidoria em restaurantes e bares.

Em parceria com o SENAI, desenvolvemos um projeto de avaliação das condições higiênico-sanitárias das panificadoras.

Capacitações

Realizamos diversas capacitações para os técnicos da área. Podemos destacar a Capacitação Básica em Vigilância em Saúde, que foi desenvolvida em dois módulos: o primeiro, de noções de direito sanitário e procedimentos administrativos e o segundo de temas técnicos específicos. O primeiro módulo ficou sob a responsabilidade do Departamento de Saúde

Coletiva e da assessoria jurídica da SMS e o segundo a cargo das Visas e do CCZ.

Também realizamos curso de Controle de Infecção Hospitalar para os técnicos das Visas, da Coordenadoria de Avaliação e Controle e dos hospitais da cidade.

Foi desenvolvida capacitação sobre doenças transmitidas por alimentos para técnicos das Visas e também para médicos e enfermeiros do curso de especialização em saúde da família.

Participamos ativamente nas capacitações dos profissionais sobre o Paidéia.

Foram realizados simpósios de Dengue Hemorrágica e de Doenças Exantemáticas para os profissionais da rede pública e privada.

Vigilância em Saúde do Trabalhador

Em 2001 foi feita a descentralização da vigilância de saúde do trabalhador para as Visas, com repercussões muito positivas. Houve maior integração entre as áreas de atuação com reflexo direto na qualidade das ações, além do aumento das vistorias realizadas.

Manuais técnicos

A equipe técnica elaborou vários manuais como: Manual de Vigilância em Creches e Pré-Escolas, Manual de Casas de Idosos, Manual de Controle de Pragas Urbanas, Orientação para Profissionais de Saúde Bucal.

Casos conflituosos ou de grande repercussão

Sempre com o objetivo da defesa da saúde e dos direitos do cidadão, desenvolvemos ações relativas a casos importantes, que eram complexos ppela somatória de fatores: pelo risco à saúde apresentado, pela abrangência nacional, pela repercussão econômica, pelo envolvimento com diversas instituições. Podemos citar alguns exemplos, como: o ferro velho, a methylcelulose, as próteses mamárias, os saneantes, a criação de animais em área de proteção ambiental, áreas com contaminação ambiental. Em todos eles foi fundamental a participação da assessoria jurídica. Destacamos que temos feito progressos na relação com os Ministérios Públicos Federal e Estadual.

Saúde Ambiental

a) Água: coordenação das atividades do Pró-Água através dos Distritos de Saúde, com a coleta sistemática de amostras para análises tanto de água do sistema público de abastecimento quanto de fontes alternativas; iniciadas articulações com SANASA e DAEE para o Programa Ampliado de Vigilância da Qualidade de Água em Campinas. Item pactuado na PPI com 55 amostras/mês.

b) Áreas contaminadas: coordenação das atividades de identificação, cadastramento e controle das 10 áreas oficialmente (CETESB) reconhecidas como contaminadas em Campinas, além de outras 22 identificadas e classificadas como suspeitas de contaminação, através das equipes dos Distritos de Saúde.

c) Câmara Técnica de Saúde Ambiental do Comitê das Bacias Hidrográficas dos Rios Piracicaba, Capivari e Jundiaí: juntamente com suplência de técnico do Distrito Sudoeste de Saúde, representação da Prefeitura Municipal de Campinas na referida câmara Técnica, tendo colaborado nos trabalhos de confecção da Cartilha de Orientação para aplicação da então Portaria MS 1.469/00 (reeditada como Portaria MS 518/04), no Roteiro para Inspeção de Pesqueiros e na elaboração dos indicadores de saúde ambiental para os municípios, e nos trabalhos da Agenda 21 Regional (Projeto para Fundo Nacional de Meio Ambiente).

d) COMDEMA e Semana do Meio Ambiente: representação da Secretaria de Saúde no Conselho Municipal de Meio Ambiente de Campinas, exercendo a vice-presidência eleita do conselho e a coordenação da sua Câmara Técnica de Controle de Poluição e Gestão de Resíduos; colaboração na organização e implantação das Semanas Municipais do Meio Ambiente a partir dos Distritos de Saúde.

e) Radiação Ionizante: coordenação do Programa Municipal de controle de fontes de radiação ionizante em apoio às equipes dos Distritos de Saúde, com oferecimento de capacitação das equipes e acompanhamento da fiscalização dos serviços médico-odontológicos próprios municipais e do setor regulado; apoio técnico ao processo de remoção da fonte industrial de cobalto de empresa desativada.

f) Radiação Não Ionizante: participação na re-elaboração e implantação da legislação municipal e representação técnica nos grupos de trabalho estadual e federal de regulamentação da matéria.

g) Reconhecimento de Riscos Ambientais e Sociais em Barão Geraldo: em articulação com o Projeto Anhumas (UNICAMP/ IAC/PMC) e a partir do Centro de Saúde de Barão Geraldo e Distrito Norte de Saúde, a realização de duas oficinas de trabalho.

h) Resíduos Urbanos: colaboração com o Departamento de Limpeza Urbana na implantação e funcionamento da coleta seletiva do município e apoio técnico ao funcionamento sanitário, ambiental e ocupacional adequados das cooperativas de triagem de resíduos; retaguarda à Defesa Civil no controle de emergências com cargas perigosas; colaboração com o

Departamento de Meio Ambiente da PMC no controle de áreas clandestinas de depósito de entulhos.

i) Resíduos de Serviços de Saúde: colaboração e acompanhamento da revisão da norma nacional e implantação nos serviços próprios e no setor regulado dos Programas de Controle de Resíduos de Serviços de Saúde, em parceria com o Grupo Gestor de Resíduos da UNICAMP.

Departamento de Gestão e Desenvolvimento Operacional (DGDO)

Listam-se abaixo os objetivos do DGDO e ações desenvolvidas para implementá-los:

1) Coordenar o processo de planejamento na SMS, garantindo as ferramentas necessárias.

Ação 1 – Avaliar, adequar e aplicar as ferramentas da NOAS ao PAIDÉIA

Situação atual : implantada parcialmente – treinamento PPI para distritos.

Ação 2 – Coordenar a política de padronizações da SMS (protocolos, materiais, medicamentos, impressos, etc)

Situação atual : não realizada.

2) Garantir gestão integrada dos prestadores que aumente a qualidade.

Ação 1- Definir as competências do nível central e dos distritos na gestão dos convênios. Situação atual: em processo. Maior aproximação dos distritos na gestão dos convênios.

Ação 2 – Capacitar as comissões gestoras para acompanhamento dos convênios.

Situação atual: em processo avançado (Puc, maternidade, Sabin, irmandade, Mário Gatti).

Ação 3 – Formar grupos de trabalho para cada convênio, com pessoa responsável do nível central, UAC, VISA, Distrito.

Situação atual: Ocorrência de reuniões prévias a cada reunião da comissão gestora na Puc, irmandade, maternidade, Sabin.

3) Integrar a UNICAMP enquanto prestador do município

Ação 1 – Propor na CIR o Conselho Gestor Regional, propostas pontuais de integração

Situação atual: Maior integração, com ações tanto a nível de CIR quanto a nível de Câmara Técnica de Saúde da Região Metropolitana de Campinas; Urgência e emergência – participação no comitê; Pronto socorro referenciado com acesso por classificação de risco; maior integração com rede; atendimento ambulatorial – ampliação de ofertas de primeiras consultas em andamento (?)

Ação 2 – Transferir tetos financeiros da SMS em outros municípios para a UNICAMP

Situação atual: não realizada.

4) Manter participação ativa nos fóruns do SUS (externos)

Situação atual: Representação na câmara técnica da bipartite, na CIR e na executiva da CIR; Apoio técnico ao COSEMS.

5) Ampliar a participação dos distritos na formulação de políticas e diretrizes dos temas que são objeto das várias câmaras técnicas

Situação atual: transferências das câmaras técnicas para o NAAS (urgência e emergência e especialidades) com participação efetiva da UAC e CII

6) Consolidar as centrais de regulação (U/E e Média e alta complexidade)

Situação atual: SAMU com regulação de U/E e de leitos de retaguarda; UAC com regulação de média e alta complexidade, com informatização da agenda de média complexidade.

7) Definir o papel da Assessoria Jurídica de acordo com as diretrizes de governo da SMS

Situação atual: incorporação de uma procuradora à assessoria jurídica; aprimoramento da ação de apoio aos convênios; aprimoramento das ações de apoio à COVISA e às VISAs; aprimoramento nas ações judiciais que guardam relação com a SMS.

8) Implantar a sistemática de avaliação e controle intra-institucional

Situação atual: não instituído; realizado diagnóstico de situação em serviços de especialidades (Poli II e Ambulatório Ouro Verde); Maior integração com as VISAs no que diz respeito à alta complexidade

Principais realizações

1) CONVÊNIOS:

a) Renovação dos convênios com a PUCC, Irmandade, Beneficência, Sabin e Cândido;

b) Assinatura de convênio com o Penido Burnier

Resultados:

- Predominância da lógica da necessidade, - comissões gestoras com participação de usuários, - otimização, racionalização e aumento do número de internações, - aumento da oferta de SADT (US, tomo, endoscopia, diagnose em cardio, diagnose em oftalmo,), - litotripsia, - aumento de cateterismo (unicamp), - aumento da oferta de especialidades (cardio, oftalmo, ortopedia, gastro, cirurgias eletivas, cirurgia vascular, urologia;

- ampliação de serviços (apoio ao PAIDÉIA, SADs, CAPS, urgência e emergência);

2) COORDENADORIA DE AVALIAÇÃO E CONTROLE:

a) Mudança do modelo de avaliação e controle , saindo da lógica do controle cartorial para um processo de avaliação de serviço.

Instrumentos: - elaboração de prontuário institucional, - participação nas reuniões prévias das comissões gestoras dos convênios, - mudança no processo de trabalho da auditoria, - participação na avaliação de satisfação dos usuários (puc e maternidade), - aproximação com as VISAs, - participação na câmara técnica de especialidades, - participação, como piloto, no processo de descentralização do processamento das informações, patrocinado pelo MS.

b) Mudança de endereço do serviço, para imóvel mais adequado.

3) COORDENADORIA DE INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA:

a) Contratação, através de parceiro, de equipe técnica em informática;

b) Implementação do SOL;

c) manutenção do site da saúde;

d) Implementação do SIG 2 M;

e) Geoprocessamento (definição de micro-territórios);

f) pactuação dos indicadores da atenção básica;

g) iniciado o cadastramento dos usuários;

h) acompanhamento das internações hospitalares de risco.

OUTRAS AÇÕES DO DGDO:

- Apoio ao Departamento Administrativo, Fundo Municipal de Saúde e Coordenadoria Setorial de Relações de Trabalho;

- Elaboração de projetos de investimento e custeio junto ao MS;

- Apoio aos distritos nas áreas de informatização das consultas especialidades e urgência e emergência;

- Relação com outras secretarias (RH, Finanças, Gabinete da Prefeita, Administração, Negócios Jurídicos, Transportes)

- Relação com entidades externas (DIR, COSEMS, Bipartite, Ministério, Unicamp, RMC, PUCC).

Departamento Administrativo

O Departamento Administrativo é composto de 10 áreas: Gerência e apoio técnico, Coordenadoria Administrativa

(Compras), Coordenadoria de Contratos, Coordenadoria de Suprimentos – Almoxarifado, Comissão Permanente de Licitações Para Assuntos da SMS em parceria com a SMA, Setor de Engenharia, Setor de Manutenção, Setor de Transportes, Área de controle de contas públicas e patrimônio e Área de Contratos de Locação. Conta com 101 funcionários.

1 – PRINCIPAIS REALIZAÇÕES –

- a) Aquisição de 2.235 itens em 171 compras até novembro de 2004 (R\$ 14.821.960,70);
- b) Formalização e/ou renovação e controle de 51 contratos no valor anual de R\$ 11.372.623,74 em 2004;
- c) Implementação de gráfica própria com confecção dos impressos da SMS reduzindo o seu custo em mais de 50%;
- d) Início de experiência com contrato de manutenção predial que deverá ser aprimorado;
- e) Controle do almoxarifado pelo programa Sig2m, permitindo cálculos de consumo médio e outros dados que facilitam planejamento e gerenciamento;
- f) Incorporação na equipe de profissionais farmacêutico, médico, enfermeira e engenheiro clínico para apoio técnico interno e externo ao Departamento;
- g) Implantação e coordenação de Assistência Farmacêutica com conclusão de proposta de nova padronização de medicamentos;
- h) Disponibilização da lista padronizada de medicamentos no site da Secretaria de Saúde;
- i) Início de processo para cadastramento de pacientes acamados em parceria com outros profissionais da rede objetivando o planejamento e dispensação de materiais;
- j) Melhoria da sala de vacinas do Almoxarifado com maior controle da temperatura inclusive nos finais de semana e extensão deste controle para materiais e medicamentos que necessitam de refrigeração;
- k) Aquisição de motor gerador de partida automática para maior segurança da sala de vacinas;
- l) Melhora dos fluxos do Almoxarifado com a instalação de “Ponto Âncora” facilitando a dispensação’
- m) Manutenção de Comissão de Licitações para Assuntos da SMS de forma a agilizar as licitações e não ter que competir com as demais Secretarias na Comissão de Licitações de toda a PMC.

Núcleo de Apoio às Relações de Trabalho

Principais Avanços

1. Capacitações: a mudança de modelo pressupunha, além das mudanças operacionais e dos processos de trabalho, mudanças conceituais e outros saberes. O CETS, setor deste núcleo responsável pelas capacitações foi capaz de executar ou articular instituições para realizar cursos para mais de 4 pessoas ao longo dos 4 anos.
2. Ampliação e Regularização dos Estágios: embora a rede de serviços de saúde tenha tradição de anos como campo de estágios, estes aconteciam de maneira informal, sem avaliações ou sem compromissos dos estagiários com os serviços. Ao longo destes anos, além de se ampliar a quantidade de diferentes estágios, foram se aperfeiçoando instrumentos e normatizações que tornaram os estágios regulares e pactuados entre a Secretaria de Saúde, os estagiários e as instituições de origem.
3. Participação efetiva da Secretaria de Saúde na mudança curricular da medicina da Unicamp: além dos seminários com docentes e alunos da universidade onde se construíram as relações institucionais, foram capacitados funcionários da saúde para se tornarem tutores dos alunos quando dos estágios nos serviços municipais de saúde.
4. Descentralizou-se para os Distritos a gestão de pessoal.
5. Aproximação com os trabalhadores: participação no fórum de representantes, participação efetiva nas discussões do PCCS, etc
6. Realização, em parceria com a Secretaria de Recursos Humanos, dos vários concursos e do processo seletivo para Agentes Comunitários de Saúde.

Alguns Indicadores:

Ampliação do Acesso

Indicador	2000	2003	2004
Número de Unidades Básicas de Saúde	45 Centros de Saúde		61 (47 Centros de Saúde com pelo menos 2 equipes de Saúde da Família* e 14 unidades menores, cada uma com uma Equipe da Saúde da Família) (*Exceto J. Egídio, com 1 equipe)
Balanço Ampliação de jornada/redução de jornada			No balanço "No. de horas ampliadas – número de horas reduzidas", o número total de horas é positivo e equivale a uma ampliação equivalente a 95 pessoas, dos quais 63 médicos (vide anexo)
Quantidades de profissionais de saúde	3401	4333	4427
Número de Caps			
Números de leitos em P. Socorros			
Número de leitos hospitalares SUS/ 1000 hab	1,75	1,56*	1,67
Número de leitos hospitalares SUS/ 1000 hab (exceto leitos psiquiátricos)	1,47	1,42	1,55
Internações no Mário Gatti	6690	9947	8739 (até setembro)

* Foram fechados 140 leitos psiquiátricos em 2001 (em função da política de saúde mental, de tratamento em liberdade) em parte substituídos por leitos em CAPS. Fecharam-se também leitos na UNICAMP em função da sua política de contenção de despesas.

Indicadores Epidemiológicos	2000	2003
Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos	13,25	12,33 /1000
Mortalidade infantil neonatal	8,08	9,62
Mortalidade por doenças respiratórias em crianças menores de 5 anos por 100 000 hab da faixa etária	33,31	13,21
Mortalidade Materna (no. absolutos de óbito por causas ligadas à gestação e parto – mulheres residentes em Campinas)	6	3
Captação precoce das gestantes (início do pré natal no primeiro trimestre de gestação)	ND	70,61%
Proporção de gestações com mais e 7 consultas	62,97%	74,23%
Mortalidade por Doença isquêmica do miocárdio em menores de 50 anos por 100 mil hab na faixa etária	8,68	10,60
Mortalidade por AVC em menores de 60 anos por 100 000 hab da faixa etária	12,89	12,39

Mortalidade por câncer de colo por 100000 hab do sexo feminino	5,23	3,95
Mortalidade por câncer de mama por 100000 hab do sexo feminino	15,69	16,17
Coefficiente de Incidência de AIDS	28,20	11,59

Parte 2: Análise e Perspectivas

A construção e consolidação do SUS local vêm se dando, nas duas ou três últimas décadas de maneira consistente.

Nestes 4 anos buscou-se mudar, organizar e consolidar o modelo de atenção e gestão – implantação do PSF com características próprias, na nossa ótica, mais adequado para os grandes centros, ampliar e facilitar o acesso dos usuários, particularmente na atenção básica, qualificar a assistência, ampliar a capacidade de análise e intervenção dos trabalhadores e usuários através da gestão colegiada do SUS, ampliar a capacidade dos trabalhadores e unidades de saúde fazer promoção de saúde com as pessoas e com outros setores da sociedade e ampliar a capacidade da Vigilância em Saúde intervir sobre problemas complexos de saúde coletiva, próprios de uma cidade altamente industrializada e com alto potencial de agressão ao meio ambiente e às coletividades. Tudo isto sem perder de vista que as pessoas, não obstante vivam em comunidades e que as soluções devam ser construídas em redes de interação coletiva, cada um é único e singular.

Para tais mudanças e implementações se necessitou de mudanças na forma de organização da Secretaria de Saúde. Buscou-se mudar a relação hierarquizada dos departamentos para com os Distritos e unidades de saúde para uma relação horizontal, trocando-se as linhas de mando para linhas de apoio. Assim, as antigas supervisões, através de um plano estruturado, foram qualificadas para se tornarem apoios institucionais à gestão dos distritos e das unidades básicas de saúde. Buscou-se, portanto, uma maior integração entre os vários compartimentos da Secretaria, uma gestão mais capaz de coordenar e compartilhar ações e estratégias comuns a toda a Secretaria, mas cuja operacionalização considerasse contextos específicos e subjetividades dos atores que as estivessem implementando.

Consideramos que houve sucesso nesta estratégia: ampliou-se o acesso de maneira considerável, as unidades de saúde estão hoje com as suas portas mais abertas, todas as unidades têm Conselhos Locais funcionando e os trabalhadores participam, mais ou menos ativamente, da gestão local em suas unidades de trabalho. A relação com os parceiros se ampliou sobremaneira e a participação de usuários nas Comissões Gestoras foi fator preponderante para melhorar a assistência prestada à população. Outra medida importante do resultado positivo é que as unidades de saúde incorporaram, acreditamos que de maneira definitiva, uma agenda de produção de saúde coletiva e de intervenção sobre os determinantes sociais, culturais e ambientais do processo de saúde-adoecimento, trazendo para a cena as próprias pessoas envolvidas. Todas as unidades hoje têm pelo menos um projeto de promoção de saúde.

Mudanças desta complexidade, além de mudanças no processo de gestão, exigiram um enorme esforço voltado para a capacitação das pessoas para a implementação das novas diretrizes e, mais, exercerem a sua capacidade criativa para a construção de novas agendas, próprias e coletivas ao mesmo tempo. O Setor de Recursos Humanos, transformado em Núcleo de Apoio às Relações de Trabalho, desenvolveu um grande esforço e, apesar dos poucos recursos disponíveis, foi capaz de fazer cursos vários, onde a maioria dos profissionais de saúde receberam capacitação que os tornaram mais qualificados para os novos tempos.

Várias coisas, contudo, ficaram pelo caminho e não foram implementadas apesar de necessárias:

1. a descentralização de recursos para as unidades de saúde;
2. a informatização, embora ampliada nesta gestão, não foi suficiente para implementar as mudanças necessárias para que a informação e a comunicação fosse mais ágil e acessível aos trabalhadores e usuários, mais voltadas para a decisão de curto prazo e para uma gestão de recursos mais eficientes;
3. a manutenção, tanto predial quanto de equipamentos, ainda deixou muito a desejar e impediu que maiores avanços fossem alcançados;
4. o pronto socorro odontológico no Mário Gatti conforme planejado;
5. ainda há pacientes em macas nos corredores do Pronto-socorro ou que permanecem em observação mais do que o tempo necessário;
6. o consumo de medicamentos, exames e o número de encaminhamentos para especialidade superam os parâmetros preconizados, o que pode estar refletindo ainda uma clínica que precise ser mais bem qualificada;
7. demanda reprimida nas especialidades, embora não haja aproveitamento de 100% das consultas ofertadas. A perda está em torno de 20% por faltas do paciente e em torno de 7% por não marcação pelas unidades;

8. há dificuldades para acolher a demanda de casos de complexidade intermediária da Saúde Mental nas Unidades Básicas, bem como para atender a urgência grave;

9. filas em algumas unidades de saúde: algumas por falta de recursos humanos, outras por problemas nos seus processos de trabalho e acolhimento dos usuários;

10. não atingimos a meta de 160 equipes de referência completas, o que concorre para que haja repressão de demanda em alguns locais;

11. é alto o número de dias não trabalhados por causa das licenças médicas, em proporção maior que em qualquer outra área de serviços, mesmo da própria prefeitura.

12. não se fez uma reforma administrativa que considerasse as especificidades da saúde. Embora tenhamos trabalhado com uma lógica mais horizontal, de apoio às unidades e de maior profissionalização da gestão (gerentes como cargo de carreira e não de confiança), isto não se traduziu em novo organograma, atribuições, diferenciação das competências e salários dos gerentes pelo porte da unidade, etc;

13. Apesar do esforço em Educação Continuada e das inúmeras capacitações, ainda existe um número razoável de profissionais de saúde que não incorporaram o conceito de saúde como direito de sujeitos plenos de cidadania. Como consequência temos inúmeros casos de maus tratos a paciente e ainda pouco compromisso com o cuidado por parte de alguns funcionários da saúde.

14. Apesar dos avanços no cuidados a pacientes acamados, ainda são insuficientes para todas as necessidades.

15. embora se reconheça que tenha havido ampliação da participação popular e maior controle da sociedade sobre a Saúde, ainda há muita fragilidade na organização dos usuários, resultando em Conselhos pouco representativos dos anseios da comunidade e de pouca articulação entre eles.

17. Dificuldade de utilização do recurso financeiro da RENAST para investimento na saúde do trabalhador

18. Falta de um profissional de referência em saúde do trabalhador no nível central para as questões técnicas e políticas

19. Os processos burocráticos e a lentidão da máquina pública são incompatíveis com a agilidade exigida por um setor onde o imponderável faz parte do seu cotidiano;

20. Não fomos capazes de implantar o programa de informatização do almoxarifado (SIG2M) em todas as unidades de saúde;

21. O almoxarifado, pela quantidade de itens que armazena e pelo grande número de unidades nas quais os produtos são distribuídos (mais de 100 locais), necessita de infra estrutura mais adequada;

22) ainda é muito inadequada a manutenção predial e de equipamentos

Vários destes desafios são antigos e não resolvidos e outros são conseqüentes às próprias mudanças implementadas, visto que a solução de problemas nos lança sempre em outro patamar e criam-se novas necessidades. Neste contexto, é necessário enfrentá-los, mas no entender do Conselho, mantendo os eixos principais de intervenção*, pois o conjunto de resultados já alcançados demonstra estarmos no caminho certo e, assim, com as inovações e correção de rumo que deverão ser apontadas, poderá superá-los. Assim, compreendendo os limites colocados pela gestão pública, recursos finitos menores que a demanda por políticas sociais, lei de responsabilidade fiscal, etc, apresentamos sugestões para o próximo quadriênio que foram aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde em 15/12/2004 e entregues em anexo.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEZEMBRO/2004