



Prefeitura Municipal de Campinas
Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional

Relatório anual de gestão (RAG) da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas 2009

Apresentação:	2
Identificação:	2
Pacto pela vida: Sispacto	9
Departamentos	13
Departamento de Saúde	13
Atenção Básica:.....	13
Saúde da Criança	14
Saúde da Mulher.....	18
Saúde do Adulto e Idoso.....	18
Saúde Mental.....	19
Saúde Bucal.....	20
Saúde Integrativa.....	20
Intersetorialidade	22
Atenção especializada ambulatorial.....	25
Assistência farmacêutica	31
Saúde do Trabalhador.....	32
PM DST Aids.....	35
Reabilitação	36
Urgência e emergência.....	38
SAMU	40
Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional.....	46
Produção.....	46
Convênios	57
Regulação.....	64
Departamento de vigilância à Saúde.....	67
Departamento de recursos humanos	72
Gestão de pessoas	72
Educação em saúde	73
Departamento administrativo.....	73
Distritos	81
Distrito Norte.....	81
Distrito Sul	90
Distrito Leste	107
Distrito Sudoeste	111
Distrito Noroeste	116
Anexos	125
Anexo 1: Atenção básica: Uma Produção Coletiva: A Atenção Básica que queremos e que Campinas precisa.....	125
Anexo 2: Análise da mortalidade infantil em Campinas em 2009	136

Relatório anual de gestão (RAG) da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas 2009

Apresentação:

O Relatório anual de Gestão (RAG) da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas é um instrumento do planejamento e gestão de nossa organização, direcionado para o monitoramento e a avaliação do Plano municipal de Saúde de Campinas, possibilitando rearticulação de nossos esforços para a melhor qualificação do SUS em nosso município.

Foi elaborado conforme a Portaria Nº 3.176/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008 e de acordo com o Plano municipal de Saúde 2010-2013.

Presta-se aos gestores do SUS, ao conjunto dos trabalhadores da saúde, aos prestadores de serviços conveniados ao SUS em Campinas, à cidadania que exerce o papel de participação social para melhorar o Sistema Único de Saúde em Campinas e ao controle externo.

Identificação:

Município: Campinas SP 350950

Secretário Municipal de Saúde: Dr. José Francisco Kerr Saraiva

Conselho Municipal de Saúde:

Instrumento legal de criação: [Lei Nº 13.230 de 21 de dezembro de 2007](#)

Nome do presidente do CMS: Dr. Pedro Humberto Scavariello

Segmento de representação: Gestor

Informações sobre o Fundo Municipal de Saúde

Instrumento legal de criação: Lei 6.759 de 11/11/1991

Gestor do fundo: Fábio Forte de Andrade

CNPJ do Fundo Municipal de Saúde de Campinas: 51.885.242.0004-93

Relatório de gestão financeira 2009, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 10/03/2010, conforme ata disponível no [portal da SMS](#) na internet

Receitas de impostos municipais e transferências constitucionais legais

IMPOSTOS (I)		JAN A DEZ 2009
IPTU		282.409.813,53
IRPF		85.765.100,86
ITBI		37.529.841,89
ISSQN		352.438.332,35
MULTAS E JUROS DE MORA DE IMPOSTOS		22.769.268,27
MULTAS E JUROS DE MORA DA DIV.ATIVA		10.349.024,12
REC. DÍVIDA ATIVA DE IMPOSTOS		24.994.919,54
SUB-TOTAL		816.256.300,56
TRANSFERÊNCIAS DA UNIÃO (II)		
COTA-PARTE FPM		36.101.900,40
COTA-PARTE ITR		1.153.231,35
LEI KANDIR (LEI COMPL. 87/96)		4.130.524,23
SUB-TOTAL		41.385.655,98

TRANSFERÊNCIAS DO ESTADO (III)	
COTA-PARTE ICMS	527.789.230,05
COTA-PARTE IPVA	174.273.151,66
COTA-PARTE IPI - EXPORTAÇÃO	3.882.561,60
SUB-TOTAL	705.944.943,31
TOTAL (I+II+III)	1.563.586.899,85

Transferências de recursos do SUS

BLOCO DA ATENÇÃO BÁSICA	32.394.836,31
Componente PAB(Piso Atenção Básica) FIXO	18.403.216,31
Componente PAB(Piso Atenção Básica) VARIÁVEL	13.991.620,00
BLOCO DA At. De MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	140.336.493,10
Componente Lim.Financ. MAC (Teto/SAMU/CEO)	132.708.524,70
Componente FAEC (Fund. Ações Estrateg. e Compens.)	7.627.968,40
BLOCO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE	5.231.718,82
Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental +AIDS	1.267.899,08
Componente da Vigilância Sanitária	3.963.819,74
BLOCO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	4.261.117,68
Componente Básico	4.261.117,68
BLOCO DA GESTÃO DO SUS	146.700,00
FARMÁCIA POPULAR	150.000,00
CONVÊNIOS COM A UNIÃO	1.666.931,20
SUB-TOTAL	184.187.797,11
TRANSFERÊNCIAS DO ESTADO (XII)	2.598.331,67
REMUNERAÇÃO DE DEPÓSITOS BANC.(XIV)	1.102.446,85
TOTAL (XI+XII+XIV)	187.888.575,63

Despesa total com saúde 2009

Adm. Direta –PMC

DESPESAS CORRENTES (V)		
PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	316.868.869,74	50,34%
PRESTADORES CONVENIADOS	206.860.758,29	32,86%
MATERIAL DE CONSUMO	39.474.850,65	6,27%
OUTROS SERVIÇOS/OUTROS	51.052.098,91	8,11%
SUB-TOTAL	614.256.577,59	97,59%
DESPESAS DE CAPITAL (VI) - INVESTIMENTOS		
OBRAS E INSTALAÇÕES	5.578.742,53	0,89%
EQUIPAMENTO E MAT. PERMANENTE	7.730.956,61	1,23%
INDENIZ./DESAPROPRIAÇÃO/EX.ANT.	1.879.889,94	0,30%
SUB-TOTAL	15.189.589,08	2,41%
TOTAL LIQUIDADO (V+VI)	629.446.166,67	

Adm. Indireta - HMMG

TOTAL LIQUIDADO HMMG	23.709.582,22
----------------------	---------------

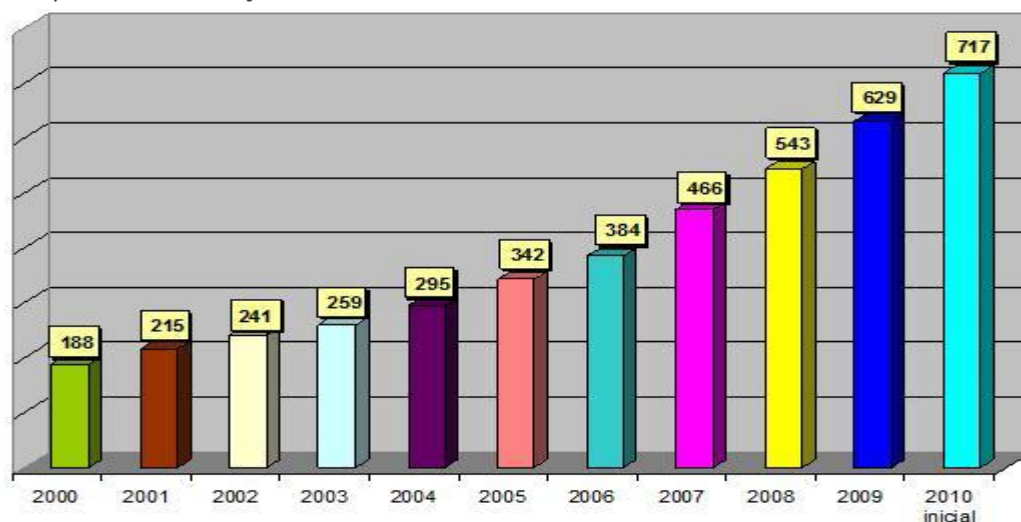
Adm. Direta + Adm. Indireta - HMMG

TOTAL LIQUIDADO	653.155.748,89
-----------------	----------------

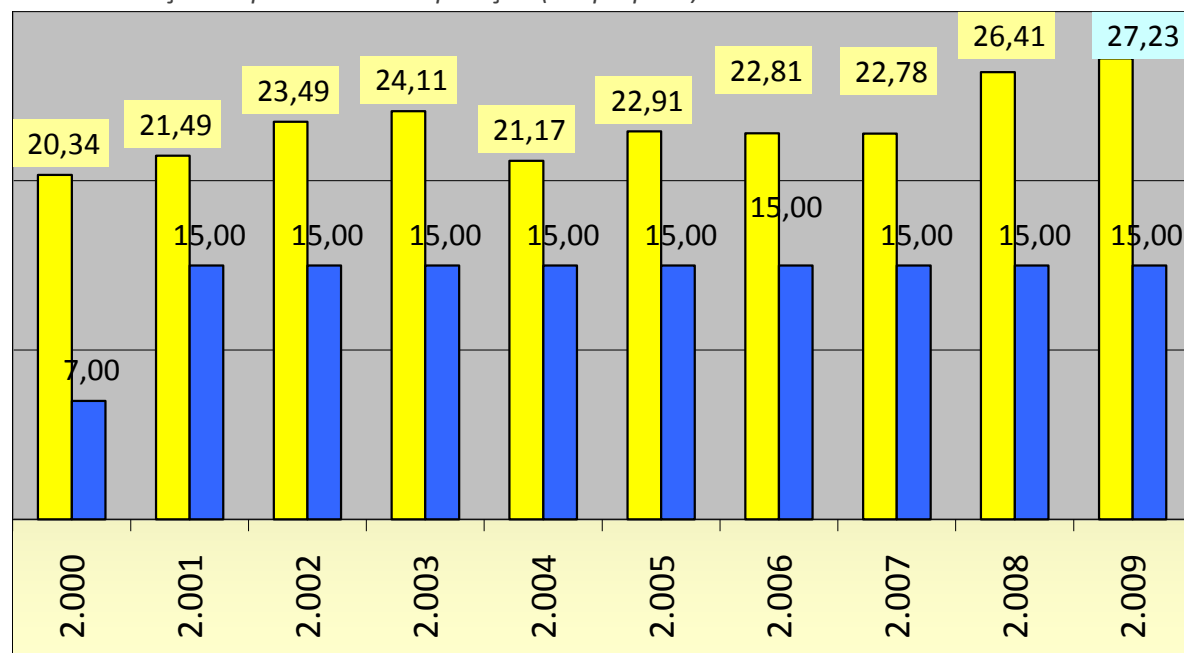
Despesa total com saúde por fonte 2009

ADM. DIRETA PMC			
DESPESA	REC.TES.MUNIC.	REC.FED.eEST.	GERAL
CUSTEIO			
PESSOAL SMS + HMMG*	316.868.869,74	-	316.868.869,74
PRESTADORES CONVEN.	58.865.772,33	147.994.985,96	206.860.758,29
MAT. DE CONSUMO	23.136.603,56	16.338.247,09	39.474.850,65
OUTROS SERVIÇOS/OUT.	47.367.901,33	3.684.197,58	51.052.098,91
SUB-TOTAL:	446.239.146,96	168.017.430,63	614.256.577,59
INVESTIMENTO			
OBRAS E REFORMAS	5.157.827,03	420.915,50	5.578.742,53
EQUIPAM. E MAT. PERM.	2.386.272,45	5.344.684,16	7.730.956,61
INDENIZ./DESAPROPR.	939.557,50	940.332,44	1.879.889,94
SUB-TOTAL:	8.483.656,98	6.705.932,10	15.189.589,08
TOTAL	454.722.803,94	174.723.362,73	629.446.166,67
PERCENTUAL	72,24%	27,76%	100,00%
ADM. INDIRETA = HMMG			
TOTAL	23.447.927,19	261.655,03	23.709.582,22
ADM. DIRETA PMC + ADM.INDIRETA HMMG			
	REC.PRÓPRIO	REC.FED.eEST.	GERAL
DESPESA TOTAL	478.170.731,13	174.985.017,76	653.155.748,89

Comparativos dos orçamentos executados em milhões de reais



Ec- 029 evolução do percentual de aplicação (rec próprios)



Despesa total de saúde por ano - administração direta

DESPESA TOTAL DE SAÚDE POR ANO - ADMINISTRAÇÃO DIRETA					
ANO	DESPESA TOTAL COM SAÚDE			PARTICIPAÇÃO	
	Total	SUS	PMC	SUS	PMC
2000	188.198.886,25	69.296.650,54	118.902.235,71	36,82%	63,18%
2001	215.722.091,88	74.971.066,61	140.751.025,27	34,75%	65,25%
2002	241.639.713,59	80.009.393,59	161.630.320,00	33,11%	66,89%
2003	259.675.361,13	88.560.021,55	171.115.339,58	34,10%	65,90%
2004	295.124.913,14	107.506.030,71	187.618.882,43	36,43%	63,57%
2005	342.036.987,28	123.133.017,67	218.903.969,61	36,00%	64,00%
2006	384.006.982,54	149.472.889,31	234.534.092,73	38,92%	61,08%
2007	466.597.657,18	157.896.081,29	308.701.575,89	33,84%	66,16%
2008	543.212.244,02	152.394.450,91	390.817.793,11	28,05%	71,95%
2009	629.446.166,67	174.723.362,73	454.722.803,94	27,76%	72,24%

Financiamento da saúde 2009

DESPESA POR HABITANTE - Recurso Público Municipal				
ANO	DESPESA POR HABITANTE			POPULAÇÃO* (IBGE-TCU)
	Total	SUS	PMC	
2000	195,43	71,96	123,47	962.996
2001	219,46	76,27	143,19	982.977
2002	242,85	80,41	162,44	995.024
2003	257,89	87,95	169,94	1.006.918
2004	286,01	105,52	180,49	1.031.887
2005	327,09	116,44	210,65	1.045.706
2006	362,47	116,44	246,03	1.059.420
2007	448,95	151,92	297,03	1.039.297
2008	514,09	144,22	369,87	1.056.644

2009	594,14	164,92	429,22	1.059.420
------	--------	--------	--------	-----------

Despesa total com saúde – outros serviços - prestadores sus 2009

CONVENIADOS DO SUS	REC. FEDERAL	REC.PROP.MUN	TT LIQUIDADO
SERV. CÂNDIDO FERREIRA Rede	12.222.173,01	43.865.772,33	56.087.945,34
SERV. CÂNDIDO FERREIRA Mental	24.316.099,32	-	24.316.099,32
HOSPITAL CELSO PIERRO (PUCC)	70.246.301,58	-	70.246.301,58
UNIFESP/SPDM	19.815.233,69	15.000.000,00	34.815.233,69
MATERNIDADE DE CAMPINAS	8.789.440,22	-	8.789.440,22
IRMANDADE DE MISERICÓRDIA	4.406.880,86	-	4.406.880,86
REAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA	3.068.334,60	-	3.068.334,60
INSTITUTO RASKIN	1.338.666,01	-	1.338.666,01
APAE-ASSOC. PAIS AMIGOS EXCEPC.	2.218.252,22	-	2.218.252,22
FUNDAÇÃO PENIDO BURNIER	842.677,76	-	842.677,76
FUNDAÇÃO SÍNDROME DE DOWN	572.120,10	-	572.120,10
CENTRO CORSINI	32.000,00	-	32.000,00
APASCAMP	16.288,63	-	16.288,63
ASSOC.MARIA PORTA DO CÉU	38.517,96	-	38.517,96
ASSOCIAÇÃO EQUOTERAPIA	72.000,00	-	72.000,00
SUB-TOTAL	147.994.985,96	58.865.772,33	206.860.758,29
HOSP. MÁRIO GATTI (Transferência)	21.653.539,14	1.147.000,00	22.800.539,14
TOTAL	169.648.525,10	60.012.772,33	229.661.297,43

Despesas Hospitais SUS – 2009

HOSPITAL MUN. MÁRIO GATTI	Valor Liquidado Anual	Média Mensal
DESPEZA FOLHA PAGAMENTO-SMS	82.730.292,48	6.894.191,04
TRANSFERÊNCIA CONVÊNIO-PMC	22.800.539,14	1.900.044,93
DESPEZA TOTAL HMMG	105.530.831,62	8.794.235,97

HOSPITAL C. PIERRO -PUCC	Valor Liquidado Anual	Média Mensal
TRANSFERÊNCIA CONVÊNIO-PMC	70.246.301,58	5.853.858,47
DESPEZA TOTAL PUCC	70.246.301,58	5.853.858,47

HOSPITAL OURO VERDE	Valor Liquidado Anual	Média Mensal
TRANSFERÊNCIA CONVÊNIO-PMC	34.815.233,69	2.901.269,47
DESPEZA TOTAL OURO VERDE	34.815.233,69	2.901.269,47

Obras/reformas iniciadas / concluídas em 2009

INICIADAS EM 2009

	Protocolo	Valor Total	Fonte	Valor 2009	Valor 2010
Reforma e Ampliação CS São Vicente	007/10/28.584	315.673,95		101.702,06	213.971,89
Reforma Instalações Elétricas Policlínica II	2008/10/31.214	104.355,62	Proprio Mun.	0,00	10.800,84
Reforma Prédio Botica da Família Adequação do Pronto Socorro Ouro Verde	008/10/59.351	114.511,28	SUS/Federal	0,00	114.511,28
Construção Do Pronto Socorro Suleste	007/10/40.589	5.985.831,71		323.406,39	5.662.425,32
Construção do CS Vila União	2007/1013.370	1.292.120,80		421.186,54	870.934,26
Construção do CS Jd. Campo Belo	2007/1013.370	1.245.929,34		477.096,69	768.832,65
Construção do CAPS Integração	2006/10/22.107	387.232,60	Proprio Mun.	370.847,81	16.384,79
TOTAL				1.694.239,49	

CONCLUÍDAS EM 2009

	Protocolo	Valor Total	Fonte	Valor 2009	Valor 2010
Construção do CS Orosimbo Maia	007/10/26.416	1.432.009,97	Proprio Mun.	1.432.009,97	
Implantação da Farmácia Popular II - Norte		108.860,27	Proprio Mun.	108.860,27	-
Reforma do CS Costa e Silva		44.433,57	Proprio Mun.	44.433,57	-
TOTAL				1.585.303,81	
TOTAL GERAL				3.279.543,30	

Plano Municipal de Saúde.

Ata ou reunião de aprovação: [Reunião do CMS em 28 de Outubro de 2009](#) e [Reunião do CMS em 4 de novembro de 2009](#) apresentação e aprovação do plano municipal de Saúde de Campinas 20010-2013 .

Termo de Compromisso de Gestão.

Deliberação CIB de aprovação: 229/2007

Relatórios de gestão anteriores:

2006 Aprovação no CMS em 04/07/2007 e Aprovação CIB em 27/11/2007, conforme Deliberação CIB 228/2007

2007: Apresentação em 18 de Junho de 2008 e [aprovação em 25 de Junho de 2008](#)

2008: Aprovação no CMS em 12/08/2009

Pacto pela vida: Sispecto

PRIORIDADE I Saúde do idoso

INDICADOR	Un	Res. 2006	Meta 2007	Res. 2007	Meta 2008	Res. 2008	Meta 2009	Res. 2009	Meta PMC 2010	Meta PMC 2011	Meta MS 2010	Meta MS 2011
Indicador 1: Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur	100,00/10.000	N.A.	N.A.	16,96	16,96	12,78	16,96	15,01	14,71	14,42	-2%	-2%

Fonte OBS.

DRS7 Aplicado sugestão do MS sobre o resultado 2009.

PRIORIDADE II Controle do Câncer de Colo De Útero e Mama

INDICADOR	Un	Res. 2006	Meta 2007	Res. 2007	Meta 2008	Res. 2008	Meta 2009	Res. 2009	Meta PMC 2010	Meta PMC 2011	Meta MS 2010	Meta MS 2011
Indicador 2: Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população alvo, em determ. local e ano.	razão	0,17	0,20	0,17	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	0,18	0,19
Indicador 3: Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero	%	N.A.	N.A.	100,00	100,00	3,13	100,00	12,41	15	20	15%	20%
Indicador 4: Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano	razão	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	0,15	0,2	0,25	>=0,12	>=0,16

Fonte OBS.

DRS7 Mantida a meta anterior.

DRS7 Adequado o valor da meta a realidade do SISCOLO.

DRS7 Meta reformulada em acréscimo de 0,05 ao ano.

PRIORIDADE III Redução da Mortalidade Infantil e Materna

INDICADOR	Un	Res. 2006	Meta 2007	Res. 2007	Meta 2008	Res. 2008	Meta 2009	Res. 2009	Meta PMC 2010	Meta PMC 2011	Meta MS 2010	Meta MS 2011
Indicador 5: Taxa de Mortalidade Infantil com seus componentes	100,00/1.000	N.A.	N.A.	N.A. (9,98)	N.A. (9,8)	N.A. (8,48)	N.A. (9,8)	11,40	9,8	9,6	-1%	-1%
Indicador 5: Taxa de Mortalidade Infantil com seus componentes a) Mortalidade Neonatal	100,00/1.000	7,67	7,5	7,16	7,1	5,98	7,10	7,60	7,1	7	-1%	-1%
Indicador 5: Taxa de Mortalidade Infantil com seus componentes b) Mortalidade Pós-neonatal	100,00/1.000	N.A.	N.A.	2,82	2,7	2,5	2,70	3,80	2,7	2,6	-3%	-3%
Indicador 6: Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados	%	100	100	100	100	100	100,00	88,90	100	100	45%	50%
Indicador 7: Incidência de sífilis congênita.	numero absoluto	N.A.	N.A.	23	20	20	20,00	11,00	10	10	reduzir 15%	reduzir 15%

CII Retomada a meta de 2.009

CII Retomada a meta de 2.009

CII Retomada a meta de 2.009

CII Mantida a meta anterior.

COVISA Aplicado sugestão do MS sobre o resultado 2009.

PRIORIDADE IV Fortalecimento da Capacidade de Respostas às Doenças

INDICADOR	Un	Res. 2006	Meta 2007	Res. 2007	Meta 2008	Res. 2008	Meta 2009	Res. 2009	Meta PMC 2010	Meta PMC 2011	Meta MS 2010	Meta MS 2011
Indicador 8: taxa de letalidade das formas graves de dengue (Febre Hemorrágica da Dengue: FHD /Síndrome do Choque da Dengue: SCD /Dengue Com Complicações: DCC)	%	N.A.	N.A.	7,6	6	0	6,00	16,70	7	7	7%	7%
Indicador 9: Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	%	87	88	92,3	90	89,36	90,00	76,60	83	84	minim o 83%	minim o 84%
Indicador 10: Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	%	71	75	75,2	80	73,44	80,00	72,90	75	77	78%	79%
Indicador 11: Índice Parasitário Anual (IPA) de malária.		N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

COVISA Aplicado sugestão do MS.

COVISA Aplicado sugestão do MS.

COVISA Adequado o valor da meta.

COVISA Não se aplica ao município de Campinas.

INDICADOR	Un	Res. 2006	Meta 2007	Res. 2007	Meta 2008	Res. 2008	Meta 2009	Res. 2009	Meta PMC 2010	Meta PMC 2011	Meta MS 2010	Meta MS 2011
Indicador 12: Proporção de amostras clínicas coletadas para diagnóstico do vírus influenza em relação ao preconizado.	%	27,2	80	23,1	80	10,76	80,00	60,38	80	80	80%	80%
Indicador 13: Proporção de casos de hepatite B confirmados por sorologia.	%	N.A.	N.A.	90,6	91	100	91,00	100,00	100	100	min. 90%	min. 93%
Indicador 14: Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade	xx,x x/10 0,00 0	N.A.	N.A.	4,8	3,6	4,26	3,60	2,79	1,2	1,2	1,20%	1,20%

COVISA Mantida a meta anterior.








COVISA Adequado o valor da meta.

COVISA Aplicado sugestão do MS.

PRIORIDADE V Promoção da Saúde

INDICADOR	Un	Res. 2006	Meta 2007	Res. 2007	Meta 2008	Res. 2008	Meta 2009	Res. 2009	Meta PMC 2010	Meta PMC 2011	Meta MS 2010	Meta MS 2011
Indicador 15: Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre em adultos.	%	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Indicador 16: Prevalência de tabagismo em adultos.	%	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.








PRIORIDADE VI Fortalecimento da Atenção Básica

INDICADOR	Un	Res. 2006	Meta 2007	Res. 2007	Meta 2008	Res. 2008	Meta 2009	Res. 2009	Meta PMC 2010	Meta PMC 2011	Meta MS 2010	Meta MS 2011
Indicador 17: Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família.	%	40	50	 47,68	52	 37,4	52,00	 13,48	28	28,5	28%	28,5%
Indicador 18: Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de prenatal.	%	83,35	85	 80,9	82	 83,68	82,00	 82,68	84	86	77,1%	78,3%
Indicador 19: Taxa de Internações por diabetes mellitus e suas complicações.	XX,X X/10.000	N.A.	N.A.	6,11	6	 4,61	6,00	3,79	3,5	3,4	<=3,6	<=3,5

CII Adequada a meta ao PROESF2

CII Aplicado acréscimos de 2% ao ano a meta anterior.

DRS7 Aplicadas reduções anuais ao resultado 2009.

INDICADOR	Un	Res. 2006	Meta 2007	Res. 2007	Meta 2008	Res. 2008	Meta 2009	Res. 2009	Meta PMC 2010	Meta PMC 2011	Meta MS 2010	Meta MS 2011
Indicador 20: Taxa de Internações por acidente vascular cerebral (AVC).	XX,X X/10.000	12,18	12	 11,97	11,8	 3,79	11,80	 3,89	3,8	3,7	<=5,5	<=5,45
Indicador 21: Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade.	%	N.A.	N.A.	10,26	10	 3,84	10,00	 2,19	2,1	2	<=3,6 %	<=3,5 %
Indicador 22: Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica.	%	N.A.	N.A.	28,59	28,59	 35,1	28,59	 44,70	46	47	>=46%	>=47%

DRS7 Aplicadas reduções anuais ao resultado 2009.


CII Aplicadas reduções anuais ao resultado 2009.

CII Aplicado sugestão do MS.





PRIORIDADE VII - Saúde do Trabalhador

INDICADOR	Un	Res. 2006	Meta 2007	Res. 2007	Meta 2008	Res. 2008	Meta 2009	Res. 2009	Meta PMC 2010	Meta PMC 2011	Meta MS 2010	Meta MS 2011
Indicador 23: Número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador constantes da Portaria GM/MS Nº. 777/04.	número absoluto	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	1.127	1296	1465	mais 15%	mais 30%

PRIORIDADE VIII - Saúde Mental

INDICADOR	Un	Res. 2006	Meta 2007	Res. 2007	Meta 2008	Res. 2008	Meta 2009	Res. 2009	Meta PMC 2010	Meta PMC 2011	Meta MS 2010	Meta MS 2011
Indicador 24: Taxa de Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)/100.000 habitantes.	XX,X X/100.000	N.A.	N.A.	1,11	1,21	1,23	1,21	 1,31	1,41	1,41	>=0,6	>=0,66

PRIORIDADES IX Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência, X Atenção Integral às Pessoas em Situação ou risco de violência e XI Saúde do Homem

PRIORIDADE	INDICADOR	Meta 2009	Res. 2009	Meta PMC 2010	Meta PMC 2011
PRIORIDADE IX Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência	Indicador 25: Número de Serviços de Reabilitação Visual habilitados pelo Ministério da Saúde	N.A.	 1,00	1	1
PRIORIDADE X Atenção Integral às Pessoas em Situação ou risco de violência	Indicador 26: Proporção de municípios prioritários do estado com rede de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantadas.	N.A.	 1,00	1	1
PRIORIDADE X Atenção Integral às Pessoas em Situação ou risco de violência	Indicador 27: Proporção de municípios prioritários do estado com notificação de violência doméstica, sexual e/outras violências implantadas.	N.A.	 1,00	1	1
PRIORIDADE XI Saúde do Homem	Indicador 28: Número de Estados e Municípios selecionados com estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem inseridas nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais.	N.A.	 1,00	1	1
PRIORIDADE XI Saúde do Homem	Indicador 29: Número de cirurgias de Prostatectomia Suprapúbica por local de residência.	N.A.	6,00	6	6

DS Meta estadual, informado o número de serviços do município que atendem ao critério.

Departamentos
Departamento de Saúde
Atenção Básica:

Ações anuais	Metas anuais		Observações
	Prevista	Realizada	
Construção de consenso sobre estratégias para a atenção básica	Oficina de atenção básica	Oficina com mais de 1000 participantes em momentos local, distrital e municipal	Vide Documento anexo 1: Resumo da Oficina da atenção básica
Gestão do cuidado em rede	apoio às equipes de PSF	3 unidades por distrito, início em outubro de 2009	
	sessões de atendimento compartilhado		
	reuniões clínicas interdisciplinares		

Saúde da Criança

LINHA DE CUIDADO	ESTRATÉGIAS	AÇÕES	Resultados
1. Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno	<p>1.1 Comitê Municipal de Estimulo ao aleitamento materno</p> <p>1.2 Banco de Leite Humano</p>	<p>1.1.1 Comemoração da Semana Municipal de estímulo ao aleitamento materno em Maio</p> <p>1.1.2 Comemoração da Semana Mundial de estímulo ao aleitamento em Agosto</p> <p>1.1.3 Reuniões periódicas do comitê</p> <p>1.2.1 Reforma física</p> <p>1.2.2 Ações Educativas</p>	<p>1.1.1.1 Evento para a rede de saúde no Salão Vermelho (com representantes dos distritos e unidades de saúde)</p> <p>1.1.2.1 Evento para a rede de saúde e rede intersetorial no Salão Vermelho trabalhando o tema definido pela OMS e Ministério da Saúde</p> <p>1.1.3.1 Realizado 1 reunião em junho com o comitê ampliado</p> <p>1.2.1.1 Conclusão parcial da reforma que está sobre responsabilidade da Maternidade de Campinas com financiamento da Secretaria do Estado de Saúde de SP</p> <p>1.2.2.1 Ações com hospitais e rede de saúde SUS de Campinas e região (palestras e visitas ao Banco de Leite humano)</p>

LINHA DE CUIDADO	ESTRATÉGIAS	AÇÕES	RESULTADOS
2. Atenção à saúde do recém-nascido	<p>2.1 Primeira Semana de Atenção Integral ao recém-nascido</p> <p>2.2 Assistência ao nascimento</p>	<p>2.1.1 Visita do agente comunitário de saúde e enfermagem</p> <p>2.2.1 Acompanhamento e auditoria dos nascimentos SUS nos hospitais conveniados através das comissões gestoras e relatórios de atividades (CAC)</p> <p>2.2.2 Ampliação dos leitos de UTI neonatal (projeto da secretaria de estado)</p> <p>2.2.3 Relatórios da Maternidade de Campinas sobre gestantes, parturientes e recém-nascidos de risco</p>	<p>2.1.1.1 Ampliação das UBS que utilizam esta estratégia</p> <p>2.2.1.1 Detecção de eventos sentinelas e adequação do cuidado, seja nas maternidades, seja nas UBS e serviços SUS</p> <p>2.2.2.1 Ampliação de leitos na Maternidade de Campinas (4), Hospital Ouro Verde (5) e Hospital e maternidade Celso Pierro (0)</p> <p>2.2.3.1 Relatórios mensais elaborados na Maternidade de Campinas (e enviados às UBS)</p>

LINHA DE CUIDADO	ESTRATÉGIAS	AÇÕES	RESULTADOS
3. Incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento	<p>3.1 Calendário de acompanhamento da criança</p> <p>3.2 Caderno de Saúde da Criança</p> <p>3.3 Patologias prevalentes</p>	<p>3.1.1 Agenda do pediatra e equipe de enfermagem disponível para realização das consultas de puericultura</p> <p>3.2.1 Efetivação e implementação desta diretriz de cuidado</p>	<p>3.1.1.1 Discutido tema em seminário EP de gerentes</p> <p>3.2.1.1 Reuniões nos distritos de saúde com coordenadores e apoiadores</p> <p>3.3.1.1 Grupo técnico; atualização do Caderno Técnico de Asma e publicação do mesmo</p>

		<p>3.3.1 Asma</p> <p>3.3.2 Tuberculose</p> <p>3.3.3 Diabetes mellitus</p> <p>3.3.4 Anemia</p> <p>3.4.1 Plano Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)</p> <p>3.5.1 Qualificação da atenção aos problemas de saúde mental nas crianças e adolescentes</p>	<p>3.3.1.2 Matriciamento a rede SUS: matriciadas UBS em todos os distritos</p> <p>3.3.2.1 adequação do protocolo conforme determinação do MS</p> <p>3.3.2.2 educação permanente em parceria COVISA, profissionais de referência, UNICAMP</p> <p>3.3.3.1 Qualificação do acompanhamento através da ampliação de consultas médicas e grupo multidisciplinar (ampliação em 12 hs/sem de endocrino pediatra na Poli II)</p> <p>3.3.3.2 adequação dos insumos para crianças e adolescentes (seringas de 50UI para crianças)</p> <p>3.3.4.1 projeto de suplementação de ferro do MS: não conseguido ampliar (aguardando adequação do projeto pelo MS)</p> <p>3.4.1.1 Comemoração das semanas municipal e mundial de estímulo ao aleitamento materno</p> <p>3.4.1.2 Elaboração de caderno técnico sobre Obesidade/vida saudável: não realizado por problemas técnicos</p> <p>3.5.1.1 Rede de atenção (saúde da criança, pediatras, enfermagem, profissionais de saúde mental, ACS,..)</p>
	3.4 Alimentação e Nutrição		
	3.5 Saúde Mental		

LINHA DE CUIDADO	ESTRATÉGIAS	AÇÕES	RESULTADOS
4. Vigilância da mortalidade infantil e fetal	<p>4.1 Comitê Municipal de Investigação de Óbitos materno-infantis</p> <p>4.2 Comitê regional de investigação de Óbitos infantis</p>	<p>4.1.1 Comitês distritais de investigação de Óbitos materno-infantis</p> <p>4.1.2 Investigação de 100% dos óbitos infantis e realização de ações específicas após análise dos mesmos (Evento Sentinela)</p> <p>4.2.1 Avaliar os óbitos infantis da DRS-7 (divisão regional de saúde da secretaria de estado de saúde)</p> <p>4.2.2 Ações para qualificar o parto e atenção ao recém-nascido</p>	<p>4.1.1.1 Sedimentar as ações dos comitês distritais</p> <p>4.1.1.2 Investigação de 100% dos óbitos infantis</p> <p>Vide Anexo 2: Análise da mortalidade infantil em Campinas em 2009</p>

LINHA DE CUIDADO	ESTRATÉGIAS	AÇÕES	RESULTADOS
5.Prevenção de Violência e promoção da cultura da paz	5.1 Atenção qualificada as vítimas de violência 5.2 Parceria com CMDCA	5.1.1 Criação de um ambulatório para atendimento das vítimas de violência com equipe multidisciplinar 5.2.1 Ações intersetoriais	5.1.1.1 Iniciado um atendimento específico somente com pediatra no ambulatório do Complexo Ouro Verde; os outros profissionais envolvidos no atendimento são, neste momento, profissionais das UBS e/ou dos ambulatórios de especialidade da rede Elaboração de uma resolução do CMDCA que define as diretrizes intersetoriais do cuidado as vítimas de violência: Observações Não foi possível essa ação foi reprogramada para 2010

LINHA DE CUIDADO	ESTRATÉGIAS	AÇÕES	RESULTADOS
6. Participação em comitês, grupos de trabalho	6.1 Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) 6.2 Rede da Criança 6.3 Bolsa Família 6.4 Comissão Gestora da Alimentação Escolar	6.1.1 Participação no CMDCA e nas suas comissões e GTs que necessitem de ações da secretaria da saúde 6.2.1 Criação de uma rede de parceria dos profissionais que atendem as crianças na rede SUS Campinas (saúde da criança, pediatras, enfermagem, profissionais de saúde mental, agentes comunitários de saúde,..) 6.3.1 Acompanhamento das famílias beneficiárias com perfil saúde 6.4.1 análise e adequação do cardápio escolar conforme diretrizes de alimentação saudável	6.1.1.1 Participação no conselho e suas comissões 6.2.1.1 Reuniões mensais com troca de experiência entre profissionais da saúde da criança, mental, enfermeiros e CETS 6.3.1.1 Acompanhamento das famílias em nº mínimo para conseguirmos IGD máximo 6.4.1.1 Adequação do cardápio com introdução de alimentos integrais e alimentos específicos para crianças com doenças específicas (ex; diabetes)

LINHA DE CUIDADO	ESTRATÉGIAS	AÇÕES	RESULTADOS
7. Saúde do Adolescente	7.1 Atenção Integral ao adolescente	7.1.1 Definição da política de atenção ao adolescente da rede SUS Campinas	7.1.1.1 Discussões sobre o tema nas diversas câmaras técnicas (saúde da criança e adolescente, saúde mental, especialidades, urgência e emergência, colegiado gestor e rede da criança)

			7.1.1.2 Distribuição de material técnico sobre saúde do adolescente 7.1.1.3 realização de Grupo Focal com pediatras da rede
--	--	--	--

Saúde da Mulher

- 1- Aquisição de setenta conjuntos Semina de saúde reprodutiva que foram adquiridos e distribuídos para as unidades básicas de saúde contendo rico material para ser utilizado na educação e promoção da saúde.
- 2- Capacitação da rede básica de saúde com técnicos da Semina que divulgaram as várias possibilidades de utilização dos conjuntos de saúde reprodutiva.
- 3- Inclusão de medicações na padronização farmacêutica e aquisição: imiquimod para tratamento de lesões do tipo papilomavírus, fluconazol para tratamento de candidíases, enoxaparina para tratamento de doença tromboembólica e abortos de repetição em casos indicados.
- 4- Implementação do sistema de informação SIS-Mama
- 5- Descentralização do atendimento do planejamento familiar em que parte do processo de avaliação passou a ser realizado nas unidades básicas (23 no total), permitindo assim uma agilização do processo de expedição das autorizações para realização das cirurgias de esterilização.
- 6- Implementação do diagnóstico rápido em mastologia, em que o ambulatório desta especialidade passou a realizar biópsias orientadas por ultrassom com utilização de agulhas do tipo tru-cut, agilizando assim o diagnóstico histológico que passou a ser definido em menos de cinco dias, além de evitar cirurgias desnecessárias no caso de patologias benignas.
- 7- Participação junto à Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo dos mutirões de mamografia, que permitiram a realização de pelo menos cinco mil exames adicionais para moradoras de Campinas.
- 8- Implementação da utilização de medidores de glicemia para controle de gestantes diabéticas, que assim puderam ter um melhor controle, evitando internações hospitalares que antes eram programadas com esta finalidade.
- 9- Participação na implementação do cargo de gestor técnico responsável pelo convênio da Maternidade de Campinas, que passou a monitorar os serviços realizados por esta instituição, que então puderam ser analisados de forma mais minuciosa e por fim participando de sua qualificação.
- 10- Participação e acompanhamento da reforma do banco de leite humano
- 11- Encaminhamento do projeto do Centro de Referência da Saúde da Mulher para o Ministério da Saúde que procedeu a aprovação técnica através do Fundo Nacional de Saúde
- 12- Realização do projeto arquitetônico e memorial descritivo do Centro de Referência da Mulher.
- 13- Participação das seguintes datas comemorativas: Dia Internacional da Mulher, Ação Global, Dia Internacional da Saúde da Mulher e Redução da Mortalidade Materna

Saúde do Adulto e Idoso

Ações anuais	Metas anuais		Recursos Orçamentários		Observações
	Prevista	Realizada	Previstos	Realizados	
1. Saúde do homem	Lançamento da Política Municipal	totalmente	75.000 (MS)	0	Não realizado o repasse
Implantação da política Municipal da Saúde do Homem	Implantação em todos os CS	parcialmente			
	Realizar capacitação para os profissionais da rede	parcialmente			
	Elaboração Caderno da Saúde do homem	parcialmente			
2. Saúde da pessoa idosa Promoção do envelhecimento saudável	Elaboração e lançamento do programa Viva Mais em parceria com a SMCAIS	totalmente			
Capacitação de profissionais para o olhar diferenciado ao idoso	Duas oficinas de capacitação para profissionais de 10 CS	totalmente			

Implantação da caderneta da pessoa idosa	Distribuição de 30.000 cadernetas	parcialmente			Não chegaram em número suficiente
Comemoração dos dias temáticos:	Realizar atividades em todos os dias	totalmente			
3.Saúde do adulto					
Saúde GLTTB Inserção do segmento nos CS	Capacitação da rede para atender este segmento	parcialmente			
	Oficina com CRGLTTB	totalmente			
Revisão dos protocolos HA e DM	Revisão total	não realizada			
Implantação do HIPERDIA	Implantação em todos os CS	não realizada			

Saúde Mental

Ações anuais	Metas anuais		Recursos Orçamentários		Observações
	Prevista	Realizada	Previstos	Realizados	
Redefinição do modelo de assistência do CRAISA que passou a ser CAPS i credenciado junto ao ministério da Saúde. Consequentemente, houve redefinição do território (distritos Sudoeste e Sul) e alteração dos critérios para definição da clientela, passando a seguir a lógica territorial.		realizada			
Ampliação da equipe do CAPS i CEVI, visando acompanhar o processo de reestruturação da rede de saúde mental da criança e do adolescente.		realizada			
Redefinição do espaço colegiado da saúde mental, que passou a funcionar como Câmara Técnica, ampliando o coletivo ao incluir os coordenadores dos serviços de saúde mental.		realizada			
Padronização dos recursos para manutenção, materiais terapêuticos, recursos humanos e supervisão clínica/institucional para todos os serviços de saúde mental e distritos sanitários.		realizada			
Instituição de recursos para manutenção e supervisão para todos os centros de convivência do município.		realizada			
Instituição da rede municipal da saúde da criança e do adolescente como espaço de troca de experiências exitosas e capacitações.		realizada			
Elaboração e produção do vídeo insitucional "FACES da Mente", que retrata a história da reforma psiquiátrica em Campinas contada pelos usuários		realizada			
Instituição da Comissão de Serviços		realizada			

Residenciais Terapêuticos como reguladora de todas as vagas das residências terapêuticas.					
Cadastramento junto ao Ministério da Saúde do CAPS - ad Independência		realizada			
Implantação de uma equipe de saúde mental na enfermaria da Santa Casa		realizada			

Saúde Bucal

Ações anuais	Metas anuais		Recursos Orçamentários	
	Prevista	Realizada	Previstos	Realizados
Início do funcionamento do CEO Centro de Especialidades Odontológicas Florence Campinas (Tipo II ofertando as especialidades de Endodontia, Periodontia, Diagnóstico bucal, Cirurgia, Atendimento a pacientes especiais e Prótese)	Abrangência a pacientes de UBSs do Distrito Noroeste	em andamento		
Realização da campanha de prevenção e detecção precoce de câncer bucal com 24470 exames realizados	Examinar 25% dos idosos vacinados durante a Campanha de vacinação do idoso	SIM		
Readequação do projeto de Prótese Dental com o início de oferta de próteses removíveis em cromo cobalto pelas referências , além das próteses totais ofertadas, 1309 próteses entregues a usuários em 2009	Entrega de 1200 peças protéticas dentais / ano	SIM	R\$150.000,00	R\$150.000,00
Realização de 2 turmas de estágio em cirurgia para Cirurgiões Dentistas da rede junto ao HM Dr Mário Gatti	Capacitar 20 Cirurgiões Dentistas da rede / ano	SIM		
Investimentos na infra estrutura da rede com aquisição de 48 novos consultórios odontológicos e 320 equipamentos periféricos	Readequar e qualificar as estruturas dos consultórios odontológicos das UBSs	parcialmente	R\$300.000,00	R\$300.000,00
Realização do Seminário sobre a reorganização dos PCs (procedimentos coletivos)	Realização dos procedimentos coletivos em 100% das unidades	em andamento		
Manutenção da clínica de Diagnóstico bucal junto a ACDC	Atendimento a 100% dos pacientes com necessidades de diagnóstico bucal encaminhados por unidades de Distritos que não possuem CEOs	parcialmente		
Manutenção do Projeto de Endodontia e Radiologia junto a Faculdade de odontologia São Leopoldo Mandic	Atendimento a pacientes com necessidades de endodontia e radiologia panorâmicas a rede toda	parcialmente		

Saúde Integrativa

Ações anuais	Metas anuais		Recursos Orçamentários		Observações
	Prevista	Realizada	Previstos	Realizados	

Realização de Grupos pilotos de Lian Gong com fins exclusivamente Terapêuticos, com enfoque para as patologias osteo-musculares e cardio-respiratórias, redirecionando os usuários que participam com objetivo de vivência para os outros programas.	Em todos os Distritos	Parcialmente			Fisioterapeuta com apenas dez horas para formação dos grupos, estamos com 53 locais
Trazer Meditação Tch'an Tao e vários exercícios de Chikung tais como: para a terceira idade, Lavagem de medula e Taiji chikung	introdução das técnicas na rede	Realizada			estamos com 20 locais realizando estas técnicas
Trazer Tai Chi Chuan para a rede Municipal de Saúde	Introduzir esta nova técnica na rede	em andamento			necessita-se de cinco anos para aprendizado da técnica 2 locais replicam esta técnica, o CRR e o CVI
Desenvolver programa de caminhada para a terceira idade.	Introduzir grupos de caminhada nas U.B.S.	Realizada			Estamos com 43 locais desenvolvendo grupos
Formar instrutores de Movimento Vital Expressivo	Formar 20 instrutores	Realizada	Prêmio do Ministério		Estamos com 38 locais
Trazer Dança Circular para a rede	Formar instrutores de Dança Circular	parcial			Em término de formação, estamos com 6 locais
Oferecer vagas para os distritos de Osteopatia	Manter convênio com a EOM	realizada			Atendimento ocorre no CHOV
Aumentar horas de atendimento dos Homeopatas	Em 20% das horas	não realizada			Demanda reprimida inexistente para tal ação
Manter o convenio com o IPEMA (Instituto de Pesquisa e Ensino Médico em Acupuntura de Campinas)	Atendimento dos caos complexos de ACP da rede	realizada			O IPEMA é a referência a três distritos
Oferecer curso de microssistemas de Acupuntura para médicos da rede	aumentar locais que utilizam ACP para alívio das dores	realizada			Estamos com 38 locais realizando procedimentos de YNSA e SU JOK na rede
Reforma, ampliação e automatização da Botica da Família	Aumentar a produção de Fitoterpicos	não realizada	R\$ 136.000,00		Licitação em andamento

Intersetorialidade

1-Prefeitura Itinerante

Prefeitura Itinerante : ação global de governo que busca aproximar a gestão pública da comunidade. As atividades fundamentais consistiram em:

- 1.1. Representar o Departamento de Saúde nos diferentes setores e áreas internas da Secretaria Municipal de Saúde, articulando sua atuação nas atividades da Prefeitura Itinerante.
- 1.2. Participar diretamente de todas as atividades da Prefeitura itinerante organizando as ações da saúde, conforme o cronograma descrito a seguir.

1ª Edição - Macrorregião Sul

Realizada dia 16 de maio 2009

Regional - 06

Nave Mãe JD. Fernanda

2ª Edição Macrorregião Noroeste

Realizada dia 27 de Junho 2009

AR - 05 e 13

EMEI - João Herrman Neto

3ª Edição Macrorregião Sudoeste

Realizada dia 01 de Agosto 2009

AR - 07 e 12

EMEF Corrêa de Mello

4ª Edição - Macrorregião Sul

Realizada 26 de setembro 2009

AR - 08, 09 e 10

EMEF - Orlando Carpino

5ª Edição - Macrorregião Leste

Realizada 07 de Novembro 2009

AR - 01,02,03,14, Sub. Joaquim Egidio e Sousas.

EMEI Presidente Arthur Bernardes

1.3. coordenadorias: A atuação da Secretaria de Saúde nos eventos ofereceu através das suas equipes e demais

- 1.3.1. aferição da tensão arterial (PA)
- 1.3.2. aferição de glicemia
- 1.3.3. orientações de prevenção de doenças (zoonoses dengue, etc)
- 1.3.4. orientações em saúde bucal
- 1.3.5. orientações sobre DST's e AIDS
- 1.3.6. orientações sobre anticoncepção e patologias da saúde da mulher
- 1.3.7. apoio logístico e comunicação com a comunidade por parte do SAMU (urgência e emergência)

Convênio Comunidade Saudável:

1.4. Representar a Prefeitura Municipal de Campinas no convênio celebrado entre Secretaria Municipal de Saúde, Serviço de Saúde Cândido Ferreira, Prefeitura Municipal de Pedreira, Universidade Estadual de Campinas, Organização Pan-americana (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Não Governamental Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade (IPES), em 2006.

1.5. Colaborar na preparação e realização de oficinas participativas de planejamento das ações do convênio.

1.5.1. Oficina participativa realizada no ETECAP (10 e 17 de março de 2007), com preparação articulada intersetorialmente e com a comunidade da região do Jardim São Marcos, resultando em propostas com diferentes frentes de ação: educação, meio ambiente e saúde.

1.6. Como desdobramento concreto do item anterior, iniciaram-se as atividades da Horta Orgânica Comunitária da Vila Esperança, em processo de planejamento e implantação desde agosto de 2008, com

abertura do trâmite para cessão temporária de área pública e mobilização de atores institucionais e da comunidade beneficiada, bem como do início das atividades de plantio.

1.7. Implantação das “rodas” semanais de Terapia Comunitária no Centro de Saúde do Jardim São Marcos.

1.8. Realização dos “Fóruns Permanentes e Interdisciplinares de Saúde” realizados no auditório do Centro de Convenções da UNICAMP, dirigidos à mobilização, capacitação e aprimoramento dos agentes comunitários de saúde da rede de saúde de Campinas:

1.8.1. Em 2009, no dia 19 de novembro, o tema foi “Promoção da Saúde, populações específicas e empoderamento”. Saúde não significa apenas ausência de doença, mas um estado de bem estar bio-psico-social que depende de numerosos fatores (Declaração de Alma Ata). Promover saúde significa, portanto, não só erradicar e prevenir as doenças, mas sobretudo promover uma série de ações inter-setoriais que assegurem, em ultima análise, o fiel cumprimento da declaração dos direitos dos homens.

Combate a acidentes e violências

3.1 Produzido vídeo de 6 minutos com dois enfoques: “Combate a banalização do uso do álcool e “Combate a violência à criança e adolescente”, que será veiculado a partir de 2010.

4.Parceria da Secretaria de Saúde com a SMCC:

“Palestras para a Comunidade”

As palestras, visam a aproximação do leigo com assuntos de interesse público, trazendo informações de qualidade; desmitificando as doenças e assim, propiciando maior autonomia ao portador da patologia e a seus familiares.

4.1 Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas e a Prefeitura Municipal de Campinas realizaram palestra sobre Asma, no dia 25 de junho, na sede da SMCC, na rua Delfino Cintra, 63, no Centro de Campinas. O evento aconteceu em comemoração ao Dia Nacional de Controle da Asma (cuja data oficial é o dia 21 de junho). A Palestra foi aberta à comunidade e enfocou as medidas de controle para os portadores, sendo ministrada pela pneumopediatra da rede municipal de saúde de Campinas, Dra. Roberta Nery Cardoso Camargo.

4.2 A SMCC e a Prefeitura Municipal de Campinas, realizaram palestras gratuitas sobre Esclerose Múltipla no dia 25 de agosto, das 14h30 às 16h, em razão do Dia Nacional de Conscientização da Esclerose Múltipla, comemorado no dia 30 de agosto.

O médico Mauro Augusto de Oliveira, coordenador do Departamento de Ciências Neurológicas da SMCC, foi um dos palestrantes. Também falaram para o público a enfermeira Mariana Machado Silva e Cecília Pazette, representante do Grupo de Esclerose Múltipla de Campinas

5.Outras ações:

5.1 Dia do Voluntario Rotary Clube – 19 de fevereiro. Praça Arautos da Paz

Ação de Saúde com vários parceiros e a PMC, visando estimular a participação voluntária da sociedade:

A SMS participou através do SAMU(exposição e palestra sobre urgências) e com o DST-AIDS(teste rápido do HIV).

5.2 Campanha de Doação de Órgãos.

Iniciativa do Lions Clube Leste, que envolveu a SMS, Câmara Municipal, Associação dos Renais Crônicos , APOE, Unicamp(Captação de órgãos), Exército, Laboratório DMS-Bournier, em comemoração ao Dia Mundial De Doação de Órgãos(27 de setembro), com a seguinte programação:

21/09 – Abertura da Campanha,no Salão Azul, com a presença do Sr.Prefeito e demais autoridades

23/09 – Missa na Catedral

24/09 – Feira da Saúde, no Lago do Rosário.

(atendimento ao público: aferição de PA e glicemia; orientação sobre doação de órgãos e apresentações musicais).

27/09 – Futebol na Chácara do Dalécio(tradicional partida de futebol entre médicos e tansplantados).

5.3 Sesi AÇÃO GLOBAL- Parque Lagoa do Taquara – 19 de outubro

Parceria do Sesi com a Rede Globo de Televisão e Município, onde desenvolvem ações de cidadania concentradas em um dia.

As ações na área da saúde foram:

- Verificação de PA e glicemia
- Orientação nutricional
- Orientação dos serviços da SMS
- Vacinações(Campólio)
- Teste de Hepatite C
- Escovação dentária
- Teatro da Odonto
- Avaliação renal
- Teste de audição
- orientação da saúde da mulher

Atenção especializada ambulatorial

Ações anuais	Metas anuais (conforme constante da PAS)		Recursos orçamentários		Observações específicas
	Prevista	Realizada	Previstos	Executados	
Realizar reunião de colegiado distrital, garantindo minimamente a presença dos Coordenadores Locais e responsáveis pelas Especialidades, para discutir a gestão local e distrital em relação à atenção especializada e serviços de referencia.	Realizar 01 oficina por distrito	100%			No 2º semestre de 2009, foram realizadas oficinas distritais com a participação ampliada das equipes locais e distritais. Houve discussão sobre as principais dificuldades e problemas enfrentados pela área da atenção ambulatorial especializada, assim como encaminhadas propostas.
Elaborar roteiro de avaliação da gestão da atenção especializada para ser aplicado nas Unidades Básicas de Saúde.	Elaborar o roteiro até abril/09 para apresentar na CTE	100%			
Divulgar o manual de recursos disponíveis às equipes locais na oficina e sempre que houver atualização.	Divulgar periodicamente o manual de recursos às equipes das UBS's	100%			
Manter o site da área de especialidades atualizado	Manter o site da área de especialidades 100% atualizado	100%			
Atualizar os sites dos ambulatórios de especialidades	Manter o site dos ambulatórios de especialidades 100% atualizado	50%			Não há atualização sistemática do site
Divulgar as informações sobre a área de Especialidades no boletim informativo da Secretaria de Saúde.		Não realizada			Não foi elaborado o boletim informativo da Secretaria. A Câmara Técnica de Especialidades continua utilizando os diversos espaços para divulgação do trabalho e informações sobre a área: site, grupo de e-mail, Conselhos de Saúde distritais e municipal.
Elaborar protocolos de acesso para especialidades e exames através de grupos de trabalho, envolvendo técnicos dos serviços próprios e conveniados	Elaborar 02 protocolos em 2009	100%			Foi elaborado o protocolo de acesso e avaliação de risco de urologia e nefrologia. Está em construção o protocolo de reumatologia.

Revisar os protocolos existentes quando necessário, através de grupos de trabalho, envolvendo técnicos dos serviços de saúde próprios e conveniados	Revisar 02 protocolos em 2009	100%			Foram revisados os protocolos de fonoaudiologia, ultrassonografia e eletroneuromiografia
Construir instrumento para avaliação da utilização dos protocolos pactuados na rede, a ser aplicado pelos serviços de especialidades	Elaborar 01 instrumento para avaliação da utilização dos protocolos até maio/09	100%			
Aplicar o instrumento para avaliação da implantação dos protocolos		Não realizada			No planejamento para 2010, definir periodicidade para aplicação do instrumento.
Utilizar o resultado da avaliação nas discussões dos colegiados distritais e com as equipes locais.		Não realizada			Atividade a ser cumprida após aplicação do instrumento.
Desenvolver instrumento para avaliação do matriciamento	Elaborar instrumento para avaliação do matriciamento até abril/09	100%			
Aplicar o instrumento nos matriciamentos desenvolvidos	Aplicar o instrumento em 100% dos matriciamentos desenvolvidos	100%			
Ampliar a oferta de matriciamento para outras especialidades - cardio adulto / dermato / vascular / uro / reumato	Ampliar a oferta de matriciamento em mais 02 especialidades	50%			A partir de fevereiro/2009, iniciou o matriciamento em cardiopediatria. Com a demanda reprimida zerada, não houve solicitação pelas equipes das UBS's. Por alguns meses, foi desenvolvido apoio matricial na área de dermatologia, que foi interrompido por falta de clareza do processo por todos os profissionais envolvidos. Não foi possível ampliar o matriciamento nas áreas de cardiologia adulto e neurologia devido à insuficiência do número de profissionais.
Elaborar proposta para a implantação do Tele Saúde, através do SIGA ou outro sistema	Elaborar proposta para a implantação de piloto do Tele Saúde	100%			A proposta de implantação do tele saúde foi elaborada em conjunto com os serviços de especialidades próprios, profissionais do HC / UNICAMP e técnicos da CII / CETS e Depto Saúde,

					otimizando os recursos disponíveis na rede
Desenvolver capacitações conforme diagnóstico da necessidade junto aos profissionais da rede	Desenvolver semestralmente uma capacitação	100%			A Câmara Técnica de Especialidades promoveu atualizações em cefaléia, através de parceria com a equipe de neurologia do HMMG, e em cirurgia pediátrica, através de parceria com a equipe de cirurgia pediátrica do CHOV.
Realizar contato com as equipes locais para agendar consulta nos CS's aos pacientes com alta das especialidades crônicas, de acordo com o projeto terapêutico individual.	Realizar contato com as equipes locais para agendar consulta nos CS's aos pacientes com alta das especialidades crônicas dos serviços de especialidades próprios	50%			Estratégia implantada na Policlínica 3 para as especialidades de cardio, neuro e SADA, através do contato da assistente social da Poli 3 com a equipe local; porém a receptividade depende da suficiência do quadro de RH para dar conta da demanda. Todas as contra-referências são devolvidas por malote para as UBS's de origem, na alta do paciente ou para ciência de seguimento após conclusão do diagnóstico (para os casos com necessidade de acompanhamento pelo especialista). No CHOV, foi implantada contra-referência nas áreas de ortopedia e endocrino.
Garantir que as unidades de saúde solicitantes e referências respeitem as rotinas de utilização do sistema SOL	Garantir que todas as unidades de saúde solicitantes e referências respeitem as rotinas de utilização do sistema SOL	50%			Houve melhora significativa em respeito às rotinas de utilização do sistema SOL. A substituição de pacientes nas agendas e o agendamento de consultas e exames especializados na 2ª feira pela manhã durante a geração de nova agenda são as principais dificuldades na utilização do sistema SOL.
Fortalecer a comunicação entre os serviços próprios e conveniados através de e-mail e/ou telefone, principalmente alterações de rotina		50%			Ainda ocorrem alterações de rotinas e fluxos nos serviços de especialidades não compartilhados com os demais serviços do sistema, sendo motivo de conflito entre os profissionais de saúde.

Desenvolver mecanismo interno de controle nas unidades para as substituições dos pacientes agendados via SOL	Desenvolver mecanismo interno de controle para 100% das substituições dos pacientes agendados via SOL	30%			Nas oficinas distritais, constatamos que o controle das substituições de usuários no agendamento SOL é realizado pontualmente em algumas Unidades de Saúde. A partir das oficinas distritais, orientamos que as equipes locais utilizem o cancelamento e remarcação do procedimento até na 5ª feira anterior a data da agenda, para que a substituição seja utilizada de forma responsável e com controle interno das mesmas, já que não é possível a substituição no sistema.
Realizar oficina de humanização e integração dos profissionais da rede (atenção básica, especializada e U/E) para fortalecer a relação entre as unidades de saúde	Realizar 01 oficina de humanização e integração dos profissionais da rede em 2009	Não realizada			Essa demanda será remetida ao GT Humanização
Envolver os profissionais responsáveis nas capacitações desencadeadas pela CII para implantação do SIGA	Envolver profissionais de 100% dos serviços envolvidos na implantação do SIGA	90%			Em janeiro de 2009, houve capacitação dos profissionais da rede na utilização da agenda regulada, quando foi identificada a necessidade de melhorias do sistema SIGA. Durante o ano, não foi implantado piloto da agenda regulada, assim como não houve implementação de funcionalidades do sistema. Previamente à implantação, será necessária nova capacitação dos profissionais.
Elaborar manual de rotina de utilização do SIGA		50%			Existe um manual de agenda regulada com orientações gerais sobre o sistema SIGA. É necessário adaptá-lo às rotinas e fluxos da rede pública municipal de saúde de Campinas.
Monitorar a implantação do SIGA, através de reuniões da CTE envolvendo CII e apoio de informática distrital.	Monitorar trimestralmente a implantação do SIGA, através de reuniões da CTE envolvendo CII e apoio de informática	Não realizada			Devido à necessidade de aprimorar o sistema SIGA com funcionalidades, como por exemplo: oferta real, cota semanal, relatório de distribuição de vagas, substituição, a implantação da agenda regulada do SIGA foi adiada.

	distrital.				
Efetivar remanejamento dos especialistas do CHOV para os ambulatórios de especialidades e Centro de Referência em Reabilitação (CRR).	Remanejar 100% dos especialistas concursados ou contratados pela Secretaria, que tenham interesse em sair do CHOV para os ambulatórios de especialidades próprios	90%			Os profissionais foram remanejados de acordo com disponibilidade de área física em outros serviços de especialidades – CRR e Policlínicas 2 e 3. Outros profissionais, apesar de contar com infra-estrutura para que fossem remanejados, não foi possível a reposição dos mesmos no Complexo Hospitalar Ouro Verde (CHOV).
Efetivar a contratação de oferta de polissonografia pelo convênio com o Hospital Beneficência Portuguesa de Campinas	Efetivar a contratação da oferta de 30 exames mensais de polissonografia	Não realizada			O prestador apresentou dificuldade em atualizar o cadastro junto à PMC. Foi encaminhada abertura de processo licitatório para aquisição de 50 exames mensais de polissonografia e solicitada a aquisição do equipamento para CHOV ao Departamento Administrativo .
Efetivar ampliação da oferta de procedimentos especializados junto aos serviços conveniados, de acordo com a capacidade instalada dos prestadores		100%			Houve ampliação da oferta de procedimentos especializados também com novos parceiros conveniados /contratados, dentre os quais APASCAMP e UNIGASTRO.
Monitorar o projeto de reforma e adequação do espaço do antigo PS Infantil do HMMG (área anexa à Policlínica 3), onde será implantado o Núcleo de Imagem e Diagnóstico.		Não realizada	R\$ 910.000,00		O processo de tomada de preços foi homologado em novembro de 2009. O início de execução dos serviços de reforma do prédio da Policlínica 3 está previsto para março/2010.
Encaminhar pré-projeto de construção do Ambulatório Central de Especialidades ao Ministério da Saúde.		Não realizada			Atividade não cumprida, pois o Ministério da Saúde não abriu linha de financiamento de obras para serviços especializados. A construção do novo prédio está prevista com recurso próprio para realocação da Policlínica 2.

Adquirir novos equipamentos para modernização dos recursos existentes e incorporar novos recursos tecnológicos: nasofaringoscópio, sistema de vídeo endoscopia e colonoscopia, ecógrafo, ecocárdio, esteira ergométrica, equipamentos de oftalmo, polissónografo, sistema de holter 24 horas, audiômetro clínico e impedanciômetro automático.		30%	R\$1.800.000 (incluindo os convenios MS com contrapartida)		Foram adquiridos os equipamentos de ecografia/ecocardiografia para Poli 2 (01 unidade), Poli 3 (01 unidade) e CHOV (03 unidades). Os demais equipamentos estão com processo de compra em andamento no Departamento Administrativo. Novos projetos foram encaminhados ao Ministério da Saúde, de acordo com a portaria ministerial 2198/09, para aquisição de equipamentos e materiais permanentes para as Policlínicas e CRR. Estes projetos estão em análise técnica.
Definir os critérios das interconsultas que serão garantidas para qualificar a integralidade da atenção	Definir os critérios de interconsultas que serão garantidas para qualificar a integralidade da atenção, prioritariamente nos agravos crônicos	80%			Sistematicamente, consideramos a necessidade de retaguarda às especialidades visando garantir a integralidade da assistência prestada na rede.
INSS: – Manter reuniões periódicas do grupo de trabalho– Realizar encontro anual entre peritos e médicos da rede– Implementar a utilização dos impressos padronizados – Estabelecer canal de comunicação através de e-mail e telefone	Realizar reuniões mensais para integrar as ações dos profissionais da SMS e do INSS	100%			
UNICAMP/ DRS-7: – Manter reuniões do grupo técnico de neuro e ampliar para mais uma especialidade – Rever os critérios de encaminhamentos e fluxos entre os níveis de complexidade	Incluir os profissionais da Unicamp nos grupos de trabalho para elaboração dos protocolos de acesso e da linha de cuidado.	100%			Em 2009, os profissionais do HC participaram da elaboração do protocolo de nefro/urologia e do protocolo de reumatologia que está em construção

Farmácia de Alto Custo: - Agendar reunião para discussão dos problemas levantados pelos ambulatórios de especialidades com a presença de Maria Elisa / coordenadora da área de assistência farmacêutica – Compartilhar as experiências dos ambulatórios de especialidades e levantar propostas para melhorar fluxos e protocolos	Realizar reunião semestral da CTE com a coordenação da área de Assistência Farmacêutica do município	Não realizada			Ação mantida no planejamento de 2010
--	--	---------------	--	--	--------------------------------------

Assistência farmacêutica

Ações anuais	Metas anuais		Recursos Orçamentários		Observações
	Prevista	Realizada	Previstos	Realizados	
Revisão da Lista Padronizada de Medicamentos, de acordo com a RENAME e Legislação Vigente	revisão anual	100%			
Garantir o abastecimento da rede com medicamentos de qualidade ao menor custo			Entre R\$12.000.000 e R\$ 18.00.000	R\$ 13.460.150,37	
Realizar capacitação para os integrantes da comissão de farmácia e terapêutica	10 profissionais	10 profissionais			
Adequar o espaço físico do almoxarifado	Adequar área de recepção, área de expedição armazenagem vertical adaptação de novos galpões	area de recepção			
Adequar o sistema de distribuição de medicamentos e materiais de mensal para semanal	Adequação da estrutura de transporte, estruturas de sistema e ampliação do número de almoxarifados	adequação da estrutura de transporte e de sistema informatizado	ampliação de 10 almoxarifados,	não realizado	Não realizado por falta de profissionais no almoxarifado
Implantação do DIM nas Unidades de Saúde	100% das Unidades com acesso à Internet	100% das Unidades com acesso à Internet			

Promover o uso racional de medicamentos	Realizar 2 eventos anuais	Eventos realizados em 05 de Maio e 07 de Outubro de 2009			
Adequar o espaço físico da Botica da Família	2009	não realizado			demora na licitação
Estabelecer Indicadores de avaliação da assistência Farmacêutica	Estabelecer 5 indicadores	Realização de Oficina e Estabelecimento de 1 indicador			

Saúde do Trabalhador

Ações anuais	Metas anuais		Recursos Orçamentários		Observações
	Prevista	Realizada	Previstos	Realizados	
Realização de grupos Consciência do Movimento (técnica Klauss Vianna) e de Movimento Vital Expressivo para portadores de LER/ DORT e lombalgias		contínua			Recurso RENAST/ PAM ST
acompanhamento de trabalhadores e ex-trabalhadores da empresa Shell		contínua			
realização do projeto piloto de frentistas- vistoria em 08 postos de combustíveis- pelas VISAs	10	8			
atendimento de um grupo de 102 trabalhadores de postos de combustíveis		102			
elaboração, alimentação e análise de banco de dados para acompanhamento dos frentistas		sim			
projeto de vigilância em cozinhas de escolas da rede pública	5	5			
projeto de trabalhadores da limpeza (terceirizadas)- acompanhamento com MPT		sim			
ações de educação em saúde no Combate e Conscientização das LER/ DORT nos meses de março, abril e maio, totalizando um público de 675 pessoas:		sim			
a-palestras em escolas, faculdades e centros de saúde		sim			
b-reuniões em centros de saúde para capacitação em grupos terapêuticos para LER/DORT e lombalgias- com aquisição de materiais para execução dessas atividades		sim			
realização de grupos para portadores de PAIR e zumbido		sim			
capacitação sobre perdas auditivas, desenvolvimento de fala e linguagem em crianças para médicos pediatras e clínicos dos Centros de Saúde dos Distritos Sudoeste e Noroeste- ações desenvolvidas com profissionais dos distritos		sim			
campo de estágio de alunos da graduação de Medicina da PUCC- acompanhamento		sim			

participação do Grupo Regional de Benzeno (interinstitucional)- execução do projeto frentista, elaboração e participação de Oficina e Seminário- juntamente com COVISA e VISAs		sim			
atendimentos fonoaudiológicos para trabalhadores com distúrbios vocais decorrentes do trabalho		sim			
participação no Projeto Interinstitucional relacionado as abordagens do NTEP- Nexo Técnico Previdenciário e FAP- Fator Acidentário Previdenciário e propostas de diagnósticos e intervenções em Saúde do Trabalhador sob coordenação do Ministério Público do Trabalho e com a participação do Ministério da Previdência Social		contínua			
análise de casos enviados pelo MPT-Ministério Público do Trabalho- mediante convênio existente		contínua			
capacitação sobre avaliação de risco e da saúde humana aplicada à saúde do trabalhador e ambiental, em face dos riscos à saúde dos expostos às áreas contaminadas para profissionais da vigilância no curso da Covisa		sim			
capacitação sobre o tema competência do SUS em Vigilância em Saúde do Trabalhador para o curso de especialização em Direito Sanitário do IDISA		sim			
retaguarda técnica para município com caso de exposição ambiental e ocupacional ao amianto		sim			
participação de vigilância em empresa com exposição ao amianto em Nova Odessa- ação conjunta com DRT- SP e CVS-SES		sim			
definição e capacitação das unidades sentinelas para notificação dos agravos de ST no SINAN		não			2009- reuniões com as VISAs / prioridade para 2010
notificação de casos de pneumoconioses em empresas da região		sim			
vistoria em estabelecimentos que comercializam produtos com amianto- ação conjunta com CVS e Regional		sim			
discussão de casos com CAPS sobre saúde do trabalhador		Sim			
realização de grupo Repensar o Trabalho no CAPS Novo Tempo		Sim			
palestras de prevenção de PAIR e VOZ para profissionais de CS e escolas profissionalizantes (CEPROCAMP, SENAI), totalizando um público de 335 pessoas		Sim			
Capacitação sobre preenchimento e fluxo de CATs para 124 profissionais dos CS;		contínua			

Realização da 2ª turma do Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde do Trabalhador		Não			
Capacitação sobre SUS para conselheiros usuários do Conselho Local do CEREST		Sim			

PM DST Aids

METAS PAM 2009	Resultado
Ter mantidas pelo menos 10 ações de comunicação social em prevenção às DST/Aids e redução de danos, voltadas para mulheres e homens heterossexuais, segmento LGTTB, profissionais do sexo e juventude	ATINGIDA
Ter implantado pelo menos seis ações para promover o empoderamento sobre direitos sexuais e reprodutivos e prevenção às DST/Aids em mulheres, em parceria com OGs, ONGs e Movimentos Sociais	ATINGIDA
Ter implantadas, no município de Campinas, duas ações para diminuição das vulnerabilidades masculinas às DST/Aids	ATINGIDA
Ter ampliado em dois o número de campos de atuação em prevenção às DST/Aids junto a profissionais do sexo	PARCIALMENTE ATINGIDA
Ter criados dois projetos de prevenção às DST/Aids para adolescentes e jovens, sendo um voltado para mulheres e um para piloto em unidade escolar	ATINGIDA
Apoiadas pelo PMDST/Aids pelo menos cinco ações de prevenção às DST/Aids durante as atividades de afirmação de cidadania LGTTB	ATINGIDA
Realizadas nove ações de prevenção às DST/Aids para a população LGTTB	ATINGIDA
Realizadas ações de prevenção às DST/Aids nas datas comemorativas do Carnaval e 1º de Dezembro e em pelo menos três projetos de grande abrangência	ATINGIDA
Ter criada uma ação de grande abrangência para prevenção das DST/Aids na terceira idade	NÃO ATINGIDA
Ter criadas duas estratégias para ampliar o acesso ao diagnóstico, tratamento e notificação sindrômica das DST na Atenção Básica	ATINGIDA
Ampliado em um Centro de Saúde a realização de ações de atenção integral às profissionais do sexo	NÃO ATINGIDA
Ter ampliado em oito o número de unidades de saúde da atenção básica do SUS Campinas executando ações e projetos descentralizados de aconselhamento e diagnóstico precoce das DST/Aids	PARCIALMENTE ATINGIDA
Criada uma nova ação para o aprimoramento do processo de trabalho da equipe do PRD	PARCIALMENTE ATINGIDA
Ter ampliado em cinco o número de unidades de saúde que desenvolvem ações de RD	NÃO ATINGIDA
Ter realizados dois encontros com a sociedade civil para a formação de multiplicadores de ações de RD.	NÃO ATINGIDA
Disponibilizada a Fórmula Láctea Infantil para 100% da demanda de crianças expostas ao HIV	ATINGIDA
Ter criadas pelo menos duas ações para promoção da adesão a TARV e prevenção posithiva no Centro de Referência DST/Aids	ATINGIDA
Ter aumentado em 10% o número de primeiras testagens para o HIV em populações mais vulneráveis no CTA do CR-PMDST/Aids	PARCIALMENTE ATINGIDA
Ter criado duas ações voltadas para a regulação de vagas e inclusão social junto às Casas de Apoio parceiras do PMDST/Aids	PARCIALMENTE ATINGIDA
Ter realizado diagnóstico de saúde bucal em 80% das novas PVHA que se vincularam ao CR-PMDST/Aids	PARCIALMENTE ATINGIDA
Ter apoiadas as três diretrizes do PEDST/Aids relacionadas à feminização da epidemia da Aids	ATINGIDA

Ter ampliada em três as ações realizadas pelo CTA Ouro Verde	ATINGIDA
Ter mantidas 100% das ações estratégicas de educação permanente relevantes para o enfrentamento da epidemia da Aids	PARCIALMENTE ATINGIDA
Ter implantada e adequada a estrutura gerencial, administrativa e de infra-estrutura do CR-PMDST/Aids	ATINGIDA
Ter monitorada a política do incentivo às ações de DST/Aids	PARCIALMENTE ATINGIDA
Apoiados financeira, política e institucionalmente todos os projetos de parceria priorizados pelo PMDST/Aids	ATINGIDA

Reabilitação

Particularidades da reabilitação

Objetivos diferenciados

Casos Agudos

População Infantil

Recuperação de função

Casos Crônicos

Acometimento grave

Readaptação de função

Plano terapêutico direcionado pelo apoio

– Abordagem nuclear, ambulatorial

– Abordagem interdisciplinar no modelo da clínica ampliada

Na abordagem interdisciplinar, temos “100% de SUS dependência”, visto que não há este modelo nos serviços privados

TODOS OS FLUXOS PARTEM DA AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS PELAS EQUIPES DA SAÚDE DA FAMÍLIA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

VIII Conferência Municipal de Saúde

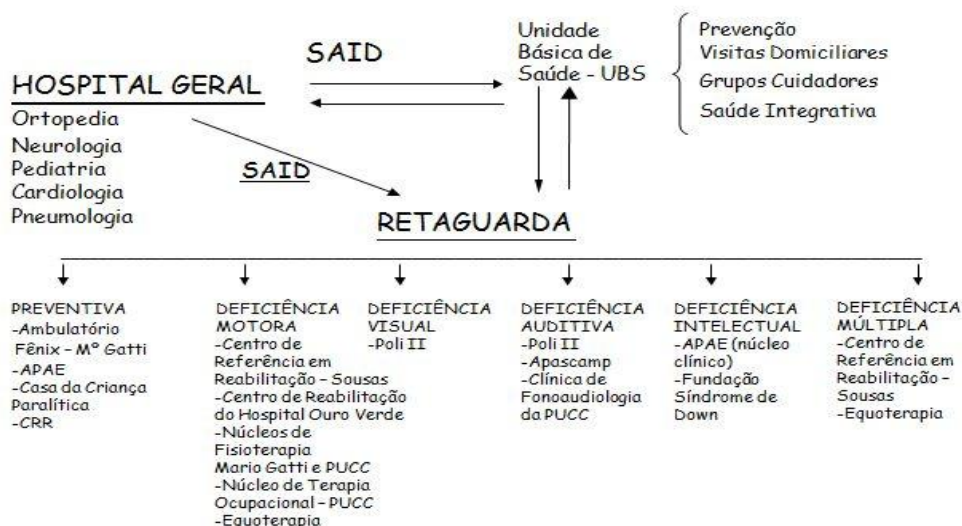
V Conferência do Conselho Municipal das Pessoas com Deficiência - CMPD

As políticas públicas em reabilitação baseiam-se nas diretrizes apontadas pelas Conferências Municipais de Saúde e do Conselho Municipal das Pessoas com Deficiência

São trabalhadas tecnicamente pela Câmara Técnica de Reabilitação composta por representantes dos serviços próprios da Secretaria Municipal de Saúde, das entidades dos terceiro setor conveniadas, das universidades, das Secretaria Municipal de Educação e da Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social

Panorama da reabilitação

PANORAMA ATUAL DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO



Suporte em Reabilitação

-Cadeira de rodas, cadeira de banho, carrinho adaptado: prescritos individualmente pela equipe técnica do Centro de Referência em Reabilitação

-Órteses e próteses músculo-esqueléticas: parceria entre o Centro de Referência em Reabilitação e a AACD. Os técnicos da AACD vêm ao Centro de Referência em Reabilitação uma vez por semana para realização dos moldes individuais

-Aparelho de amplificação sonora: parceria entre a Policlínica II, a Apascamp e a Clínica de Fonoaudiologia da Pucc.

-A concessão do aparelho de amplificação sonora é realizada pela clínica de fonoaudiologia da Pucc. A avaliação prévia é feita na Policlínica II e na Apascamp e a reabilitação após a aparelhagem pela clínica de fonoaudiologia da Pucc e pela Apascamp

-Concessão de prótese ocular: realizada pela policlínica II

-Concessão de telalupa e recursos ópticos: parceria com a Pró-visão já apresentada e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde, atualmente em fase de análise jurídica, ainda não realizando os atendimentos

Urgência e emergência

METAS 2009:

Otimização e qualificação da assistência farmacêutica nos serviços de urgência, a partir da implantação de farmácia satélite e dispensação unitária nos demais serviços de urgência.

Ações executadas:

- Levantamento pelo SIG do consumo anual de medicamentos nas unidades de pronto atendimento - finalizado
- Revisão da lista de medicamentos padronizados para os serviços de urgência e emergência.- executado parcialmente (em discussão medicamentos de urgência a serem utilizados na atenção básica

Qualificação do serviço de nutrição das unidades de Pronto Atendimento a partir da adequação de área física, contratação de profissionais específicos, disponibilização de dieta enteral industrializada e serviço de lactário.

Ações executadas:

- Rediscutido o papel das unidades de pronto atendimento como unidades de estabilização e não como unidades de longa permanência de pacientes

Justificativa: a média de permanência destes pacientes nas unidades de pronto atendimento não deverão ser superiores a 24h. O paciente não será internado.

Aplicação de banners informativos nas recepções dos pronto-socorros para orientação do usuário quanto à missão da unidade e a diretriz do Acolhimento e Classificação de Risco.

Ação executada no PA Campo Grande

Estreitamento da relação entre as Unidades Básicas e o SAMU no sentido dessas unidades receberem casos de baixa complexidade atendidos pelo SAMU, que já tenham inserção na rede básica (usuário conhecido e acompanhado na unidade básica).

Ação não executada

Alavancar a atuação do Núcleo de Educação em Urgências:

Ação não executada

Prioridade de capacitação à equipe de enfermagem dos PAs Municipais. Programação para capacitação dos CAPS,

Ação não executada

Perpetuar o Programa de Educação Permanente para Urgência e Emergência: participação de representantes do HMCP/PUCC, HMMG e HC Unicamp

Ação não executada

Pautas: diagnóstico situacional a partir de levantamento epidemiológico dirigido, planejamento estratégico com ênfase no Acolhimento e Classificação de Risco para elaboração de protocolo padronizado a todos os serviços de urgência do município.

Ação executada: protocolo de Classificação de Risco disponível no site para utilização em todo sistema

Viabilizar em todos as unidades de Pronto Socorro e Pronto Atendimento a oferta de vacinas anti-tetânica e antirábica

– pactuar com COVISA Ação não executada

Rediscutir fluxo de atendimento às vítimas de violência – SISNOV.

Ação executada

Enfatizar a vigilância às doenças de notificação compulsória, estimulando a formação de NVEs em todos os serviços, com ênfase à dengue através da identificação viral precoce de novos tipos circulantes e assistência adequada aos suspeitos conforme protocolo da SMS.

Ação executada

Viabilizar em conjunto com a Saúde Mental, Apoio à Humanização e DEGATES projeto cuidando do cuidador aos trabalhadores de saúde dos serviços de urgência que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.

Ação não executada

SAMU

Ações anuais	Metas anuais		Recursos Orçamentários		Observações
	Prevista	Realizada	Previstos	Realizados	
Continuação e aprimoramento na utilização do Trombolítico Pré Hospitalar (Metalyse)	Aumento da cota anual de 12 frascos para 33 frascos	Realizado	Valor estimado de cada ampola R\$ 5.000,00		Previsão de aumento para frascos em 2010
PARTICIPAÇÃO DA EXPOEMERGÊNCIA COM APRESENTAÇÃO DE DADOS DE IAM PRÉ HOSPITALAR E METALYSE E EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO SAMU 192 CAMPINAS	AGOSTO DE 2009	REALIZADO			APRESENTAÇÃO DOS DADOS PIONEIROS DO SAMU 192 CAMPINAS, NO ATENDIMENTO DE INFARTADO - USO DE METALYSE
Apresentação dos dados estatísticos no Congresso de IAM / Rio de Janeiro / Metalyse	Fechamento dos dados de utilização de Metalyse em 2009	Realizado e apresentado em Congresso			O medicamento , salva vidas, diminui permanência e custo em UTI
Reativação do NEU - Núcleo de Educação de Urgência	Início de reuniões e planejamento de aulas até junho 2009 . Compra de Bonecos/ materiais e equipamentos	Realizada a primeira capacitação turma Itajaí - Noroeste - dezembro			Os treinamentos foram iniciados mesmo sem os materiais, devido a necessidade de capacitação destas unidades .Faltam recursos de bonecos
Participação na Contrução dos Projetos de UPAs e SAMU Regional	novembro de 2009	UPAs em processo de licitação e SAMU Regional em processo de discussão			
Criação e instalação de Planilha eletrônica pra controle de Horas Extras	janeiro de 2009	janeiro de 2009			AVALIA AS ESCALAS E SOMA AUTOMATICAMENTE , MELHORANDO E FACILITANDO AS AVALIAÇÕES REALIZADAS PELA GESTÃO , POSSIBILITANDO

					VISUALIZAR FACILMENTE AS NECESSIDADES E HORAS EXTRAS .
Capacitações no Atendimento do IAM	DIVERSAS ENCONTROS E CAPACITAÇÕES PARA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE E TRATAMENTO ADEQUADO COM USO DE TROMBOLÍTICO NO ATENDIMENTO DO INFARTADO	REALIZADO			
Capacitações no Atendimento do AVC	DIVERSAS ENCONTROS E CAPACITAÇÕES PARA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE E TRATAMENTO ADEQUADO COM USO DE TROMBOLÍTICO NO AVC ISQUEMICO	REALIZADOS			APESAR DO PROJETO NÃO TER EVOLUIDO A NÍVEL NACIONAL , MANTE'M O TRABALHO MUNICIPAL COM RESULTADOS POSITIVOS
Apoio no Tolerância Zero e Bom Dia Morador de Rua	INÍCIO EM OUTUBRO DE 2009 - AÇÃO PERMANENTE	REALIZANDO			IDENTIFICAÇÃO DOS MORADORES E DE SUAS NECESSIDADES NA ÁREA DA SAÚDE . APOIO NAS AÇÕES JUNTO A POLICIA , GM , DURANTE O RECOLHIMENTO E ENCAMINHAMENTO A AÇÃO .
CURSO DE REGULAÇÃO AOS MÉDICOS DO SAMU	JUNHO DE 2009	REALIZADO			MELHORAR OS ATENDIMENTOS NA REGULAÇÃO MÉDICA E ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA

II ENCONTRO DE GESTORES DO SAMU -	AGOSTO DE 2009	REALIZADO			DISCUSSÃO DE DIFICULDADES E NOVIDADES AOS SAMUS DE SÃO PAULO
COLOCAÇÃO DE PLACAS COM O LOGOTIPO DO SAMU , EM TODOS OS SERVIÇOS DE URGÊNCIAS	AGOSTO DE 2009	PARCIALEMENTE			FALTAM PUCC , CAISM
PALESTRAS DO SAMU EM JACAREÍ	AGOSTO DE 2009	REALIZADO			CAMARA DE VEREADOES - SAMU REGIONAL
Jornada em Brasília para implantação do ALERTA AVC	jul/09	REALIZADO			NÃO EVOLUIU
Simulados de Atendimento a Múltiplas Vítimas	junho - Shopping D. Pedro	REALIZADO			TREINAMENTO DAS EQUIPES DE SAÚDE E LOCAL NA ORGANIZAÇÃO E CONDUÇÃO DE UMA SITUAÇÃO DE DESASTRE
Simulados de Atendimento a Múltiplas Vítimas	INFRAEO - SETEMBRO	REALIZADO			TREINAMENTO
Compra de Desfibriladores e Monitores para Viaturas de Suporte Avançado	MARÇO DE 2009	NÃO REALIZADA ATÉ O MOMENTO			EQUIPAMENTOS DAS VIATURAS ESTÃO SUCATEADOS , NÃO FAZEM AS 12 DERIVAÇÕES , DIFICULTANDO O DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO
Manutenção de Viaturas	Previsão de Manutenção Preventiva e Corretiva	Somente foram realizadas as Corretivas por motivo de redução de gastos	Aproximadamente R\$ 1.782.000,00	Gasto total de R\$ 881.000,00	Não foram realizadas as Manutenções preventivas . Esta atitude implica em degradação das viaturas e custos mais elevados das manutenções corretivas

MOTOLÂNCIAS	OUTUBRO DE 2009 - Entrega das Ambulâncias pelo Ministério da Saúde mas, estamos aguardando documentação e os profissionais necessários .	O inicio das atividades começaram em xxxxxxxx , com os profissionais do SAMU , com carteira de habilitação para motocicleta .	Custeio pelo Ministério da Saúde no valor de R\$7.000,00 por Motolância . Contratação de mais 6 técnicos de Enfermagem		Ainda não foram contratados os referidos profissionais
Contratação de Profissionais para as Motolâncias	Contratação de mais 06 técnicos de enfermagem	não aconteceu	Contratação de mais 06 técnicos de enfermagem		Não aconteceu , causando Horas Extras e falta de equipes para atender outra região (taquaral)
Telemedicina	PARCERIA COM HCOR / MINISTÉRIO DA SAÚDE SETEMBRO 2009	REALIZADA			REALIZAR ECG VIA TELEMEDICINA COM RESULTADOS E TEMPOS MAIS CURTOS , PROPORCIONANDO ATENDIMENTO MAIS RÁPIDO NOS INFARTADOS
Reposição de Enfermeiros	Saída por transferências e Términos de Contrato	REALIZADA			MELHORAR AS EQUIPES E DIMINUIR HORAS EXTRAS
Capacitações DEFESA CIVIL		REALIZADAS			PROPORCIONA CONHECIMENTO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA E COMO TRABALHAR EM PARCERIA . TREINAMENTO DE ATENDIMENTO A MÚLTIPLAS VÍTIMAS
PARCERIA COM EMDEC EM AÇÕES PREVENTIVAS DE ACIDENTES	SETEMBRO / MENSAL	REALIZADA			SIMULAÇÕES DE ACIDENTE DE TRANSITO , COM ATENDIMENTO DEO SAMU , REFLEXÃO EM REALÇÃO AOS ACIDENTES DE TRANSITO

Capacitações EMDEC	INÍCIO EM NOVEMBRO DE 2009	REALIZADAS			PROPORCIONA ORIENTAÇÃO EM PRIMEIROS SOCORROS E CONHECIMENTO DE COMO ACIONAR O APOIO DE SAÚDE
Caapcitação Guarda Municipal	INÍCIO SETEMBRO	FINALIZADO EM FEVEREIRO 2010			PROPORCIONA ORIENTAÇÃO EM PRIMEIROS SOCORROS E CONHECIMENTO DE COMO ACIONAR O APOIO DE SAÚDE
Capacitação Infraero	SETEMBRO	REALIZADO			PROPORCIONA CONHECIMENTO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA E COMO TRABALHAR EM PARCERIA . TREINAMENTO DE ATENDIMENTO A MULTIPLAS VÍTIMAS
Capacitação em locais públicos / Igrejas	2009	realizada 02 capacitações			PROPORCIONA CONHECIMENTO DE PRIMEIROS SOCORROS E COMO ACIONAR O SAMU 192 CAMPINAS
Campo de Estágio à Faculdades	Junho - Bragança Paulista	REALIZADA			PROPORCIONA AOS ALUNOS CONHECIMENTO SOBRE APH E A REDE DE URGÊNCIA
Visitações de Outros Serviços					
Compra de Uniformes	mar/09	MARÇO 2010 *			Foram comprados apenas 50% da necessidade solicitada
Início de uma Ouvidoria no SAMU	março de 2009	realizada e em atividade			avalia a qualidade dos Atendimentos do SAMU

COMPRA DE BONECOS PARA CAPACITAÇÃO CONTINUADA (NEU)	JUNHO	NÃO REALIZADA			
RECEBIMENTO / COMPRA DE CAMAS E COLCHÕES 14 BELICHES	janeiro de 2008	ABRIL DE 2009			
COMPRA DE CADEIRAS (20 UNID)	jan/08	ago/09			
COMPRA DE MESAS (15)	jan/08	out/09			

Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional
Produção

Produção ambulatorial no SUS em Campinas

Produção Ambulatorial do SUS - São Paulo

Qtd. apresentada por Esfera administrativa e Ano processamento

Município: Campinas

Procedimento: 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Período: 2008-2009

Fonte: Ministério da Saúde (TabNet) - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Esfera administrativa	2008	2009
Esfera Estadual	286.375	323.043
Esfera Municipal	245.291	282.120
Esfera Privada	354.071	300.408
Total	885.737	905.571

Produção Ambulatorial do SUS - São Paulo

Qtd. apresentada por Esfera administrativa e Ano processamento

Município: Campinas

Complexidade: Média complexidade

Período: 2008-2009

Fonte: Ministério da Saúde (TabNet) - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Esfera administrativa	2008	2009
Esfera Estadual	3.587.183	3.838.890
Esfera Municipal	4.837.783	5.843.937
Esfera Privada	1.932.270	1.995.130
Total	10.357.236	11.677.957

Produção Ambulatorial do SUS - São Paulo

Qtd. apresentada por Esfera administrativa e Ano processamento

Município: Campinas

Complexidade: Alta complexidade

Período: 2008-2009

Fonte: Ministério da Saúde (TabNet) - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Esfera administrativa	2008	2009
Esfera Estadual	19.417.262	24.619.119
Esfera Municipal	27.106	32.130
Esfera Privada	239.645	205.353
Total	19.684.013	24.856.602

Produção Ambulatorial do SUS - São Paulo

Qtd. aprovada por grupo proced. e Esfera administrativa

Município: Campinas

Período: 2008-2009

Fonte: Ministério da Saúde (TabNet) - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Grupo proced.	Esfera Estadual		Esfera Municipal		Esfera Privada		Total	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	5.496	6.405	933.059	882.077	9.734	10.074	948.289	898.556
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	2.652.930	2.811.627	4.097.121	4.991.783	1.115.156	1.216.667	7.865.207	9.020.077
03 Procedimentos clínicos	1.110.271	1.167.996	4.490.975	5.287.485	1.097.938	1.028.183	6.699.184	7.483.664
04 Procedimentos cirúrgicos	20.192	25.253	167.157	180.496	38.201	27.580	225.550	233.329
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	23.805	34.185	-	-	78	14	23.883	34.199
06 Medicamentos	19.193.012	24.413.554	-	-	-	-	19.193.012	24.413.554
07 Órteses, próteses e materiais especiais	2.122	3.496	120.572	88.892	5.610	4.978	128.304	97.366
08 Ações complementares da atenção à saúde	-	-	6.522	11.138	-	-	6.522	11.138
Total	23.007.828	28.462.516	9.815.406	11.441.871	2.266.717	2.287.496	35.089.951	42.191.883

Produção Ambulatorial do SUS - São Paulo

Qtd. aprovada por Subgrupo proced. e Esfera administrativa

Município: Campinas

Período: 2008-2009

Fonte: Ministério da Saúde (TabNet) - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Grupo/Subgrupo proced.	Esfera Estadual		Esfera Municipal		Esfera Privada		Total	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	5.496	6.405	933.059	882.077	9.734	10.074	948.289	898.556
..01 Ações coletivas/individuais em saúde	5.496	6.405	933.059	882.077	9.734	10.074	948.289	898.556
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	2.652.930	2.811.627	4.097.121	4.991.783	1.115.156	1.216.667	7.865.207	9.020.077
..01 Coleta de material	4.580	5.051	729.188	847.929	10.435	8.291	744.203	861.271
..02 Diagnóstico em laboratório clínico	1.733.807	1.906.519	2.699.225	3.437.969	717.668	774.523	5.150.700	6.119.011
..03 Diagnóstico por anatomia patológica e citopat	313.394	327.109	1.672	2.216	20.788	29.912	335.854	359.237
..04 Diagnóstico por radiologia	79.313	66.664	380.829	322.598	135.840	162.129	595.982	551.391
..05 Diagnóstico por ultra-sonografia	37.947	40.548	22.253	24.795	65.529	72.989	125.729	138.332

..06 Diagnóstico por tomografia	6.123	8.507	3.685	5.364	14.515	15.906	24.323	29.777
..07 Diagnóstico por ressonância magnética	695	1.521	-	-	2.081	2.986	2.776	4.507
..08 Diagnóstico por medicina nuclear in vivo	4.858	5.192	-	-	5.054	5.512	9.912	10.704
..09 Diagnóstico por endoscopia	7.956	8.319	4.557	7.010	7.902	10.914	20.415	26.243
..10 Diagnóstico por radiologia intervencionista	203	184	-	-	390	357	593	541
..11 Métodos diagnósticos em especialidades	89.334	83.756	70.727	86.576	121.733	123.587	281.794	293.919
..12 Diagnóstico e proced especiais em hemoterapia	374.530	357.927	-	-	9.841	6.138	384.371	364.065
..13 Diagnóstico vigilânc epidemiológ e ambiental	-	63	403	496	-	-	403	559
..14 Diagnóstico por teste rápido	190	267	184.582	256.830	3.380	3.423	188.152	260.520
03 Procedimentos clínicos	1.110.271	1.167.996	4.490.975	5.287.485	1.097.938	1.028.183	6.699.184	7.483.664
..01 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	672.020	762.456	4.287.176	5.062.681	841.303	819.452	5.800.499	6.644.589
..02 Fisioterapia	38.525	39.906	19.707	23.680	22.228	18.286	80.460	81.872
..03 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	2.925	2.387	3.522	3.273	2.644	1.766	9.091	7.426
..04 Tratamento em oncologia	129.462	114.901	23.231	26.288	91.787	64.489	244.480	205.678
..05 Tratamento em nefrologia	5.901	6.445	-	-	114.577	104.609	120.478	111.054
..06 Hemoterapia	252.154	230.554	73	217	12.446	7.726	264.673	238.497
..07 Tratamentos odontológicos	7.625	9.207	156.436	170.256	12.054	11.101	176.115	190.564
..09 Terapias especializadas	1.659	2.140	830	1.090	899	754	3.388	3.984
04 Procedimentos cirúrgicos	20.192	25.253	167.157	180.496	38.201	27.580	225.550	233.329
..01 Peq cirurg e cirurg pele tec subcutân mucosa	2.206	1.925	134.323	145.688	15.621	10.039	152.150	157.652
..03 Cirurgia sistema nervoso central e periférico	165	1.568	-	-	24	36	189	1.604
..04 Cirurg vias aéreas superiores cabeça pescoço	1.823	1.476	980	796	1.899	2.209	4.702	4.481
..05 Cirurgia do aparelho da visão	4.452	5.377	34	13	14.681	10.260	19.167	15.650
..06 Cirurgia do aparelho circulatório	351	392	325	269	278	188	954	849
..07 Cirurg aparelho digest anexos parede abdomin	1.399	1.164	8	314	67	115	1.474	1.593
..08 Cirurgia do sistema osteomuscular	483	527	498	607	300	255	1.281	1.389
..09 Cirurgia do aparelho geniturinário	258	208	149	207	239	90	646	505
..10 Cirurgia de mama	9	12	18	4	13	10	40	26
..12 Cirurgia torácica	60	84	-	-	19	14	79	98
..13 Cirurgia reparadora	3.586	4.800	64	82	115	80	3.765	4.962
..14 Cirurgia oro-facial	5.229	7.145	30.740	32.153	2.707	2.323	38.676	41.621

..15 Outras cirurgias	8	35	2	97	78	36	88	168
..17 Anestesiologia	49	321	-	245	1.417	1.250	1.466	1.816
..18 Cirurgia em nefrologia	114	219	16	21	743	675	873	915
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	23.805	34.185	-	-	78	14	23.883	34.199
..01 Coleta exam doação órgãos tecid célul transpl	17.484	27.407	-	-	-	3	17.484	27.410
..05 Transplante de órgãos, tecidos e células	33	13	-	-	7	1	40	14
..06 Acompanhamento e intercorr pós-transplante	6.288	6.765	-	-	71	10	6.359	6.775
06 Medicamentos	19.193.012	24.413.554	-	-	-	-	19.193.012	24.413.554
..01 Medicamentos de dispensação excepcional	19.193.012	24.413.554	-	-	-	-	19.193.012	24.413.554
07 Órteses, próteses e materiais especiais	2.122	3.496	120.572	88.892	5.610	4.978	128.304	97.366
..01 Órteses próteses mat espec ão relac ato cirúrg	1.025	2.654	120.572	88.892	4.032	3.590	125.629	95.136
..02 Órteses próteses mat espec relac ato cirúrg	1.097	842	-	-	1.578	1.388	2.675	2.230
08 Ações complementares da atenção à saúde	-	-	6.522	11.138	-	-	6.522	11.138
..Ações relacionadas ao estabelecimento	-	-	6.522	11.138	-	-	6.522	11.138
Total	23.007.828	28.462.516	9.815.406	11.441.871	2.266.717	2.287.496	35.089.951	42.191.883

Leitos 2008 e 2009

CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação - São Paulo

Quantidade existente Quantidade SUS por Especialidade detalhada

Município: Campinas

Período: Dez/2008

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

Especialidade detalhada	Quantidade existente	Quantidade SUS
CIRÚRGICOS	1.049	518
..Buco maxilo facial	3	2
..Cardiologia	20	6
..Cirurgia geral	611	235
..Endocrinologia	1	-
..Gastroenterologia	29	26
..Ginecologia	101	58
..Nefrologia/urologia	12	12
..Neurocirurgia	35	28
..Oftalmologia	37	7
..Oncologia	49	46
..Ortopedia/traumatologia	78	64
..Otorrinolaringologia	28	7
..Plástica	37	21
..Torácica	8	6
CLÍNICOS	957	470
..AIDS	5	5
..Cardiologia	49	12
..Clínica geral	750	326
..Geriatria	3	-
..Hematologia	30	24
..Nefro/urologia	20	18
..Neurologia	19	18
..Oncologia	68	59
..Pneumologia	13	8
OBSTÉTRICOS	354	185
..Obstetrícia Cirúrgica	176	84
..Obstetrícia Clínica	178	101
PEDIÁTRICOS	215	137
..Pediatria Cirúrgica	204	137
..Pediatria Clínica	11	-
OUTRAS ESPECIALIDADES	213	162
..Crônicos	8	-
..Psiquiatria	201	158
..Tisiologia	4	4
HOSPITAL/DIA	82	34
..Cirurgicos	64	16
..AIDS	18	18
Total	2.870	1.506

CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação - São Paulo

Quantidade existente Quantidade SUS por Especialidade detalhada

Município: Campinas

Período: Dez/2009

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Especialidade detalhada	Quantidade existente	Quantidade SUS
CIRÚRGICOS	1.027	508
..Buco maxilo facial	3	2
..Cardiologia	14	6
..Cirurgia geral	591	225
..Endocrinologia	1	-
..Gastroenterologia	29	26
..Ginecologia	101	58
..Nefrologia/uropologia	12	12
..Neurocirurgia	35	28
..Oftalmologia	41	7
..Oncologia	49	46
..Ortopedia/traumatologia	78	64
..Otorrinolaringologia	28	7
..Plástica	37	21
..Torácica	8	6
CLÍNICOS	862	441
..AIDS	5	5
..Cardiologia	49	12
..Clínica geral	655	297
..Geriatrics	3	-
..Hematologia	30	24
..Nefro/uropologia	20	18
..Neurologia	19	18
..Oncologia	68	59
..Pneumologia	13	8
OBSTÉTRICOS	345	179
..Obstetrícia Cirúrgica	176	84
..Obstetrícia Clínica	169	95
PEDIÁTRICOS	218	132
..Pediatrics Cirúrgica	202	132
..Pediatrics Clínica	16	-
OUTRAS ESPECIALIDADES	219	168
..Crônicos	8	-
..Psiquiatria	207	164
..Tisiologia	4	4
HOSPITAL/DIA	101	34
..Cirurgicos	83	16
..AIDS	18	18
Total	2.772	1.462

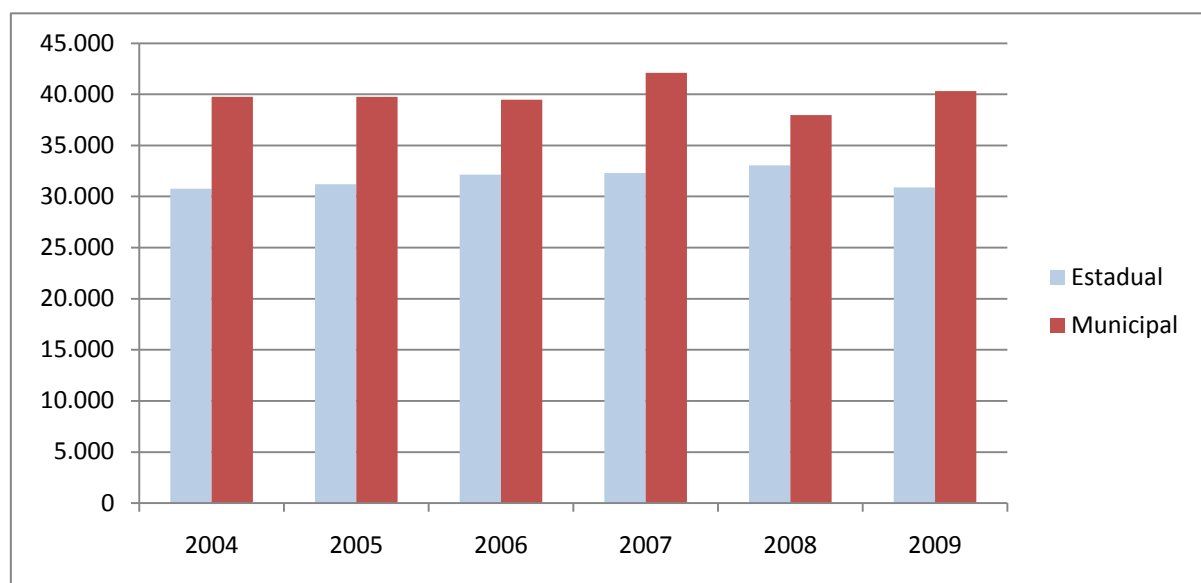
Internações de ocorrência / residência em Campinas

Evolução das internações em Campinas por gestão

Fonte: SIH RDSP0401 a 0912.dbc

Dados reprocessados no DGDO da SMS Campinas

Gestão	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Estadual	30.776	31.210	32.134	32.300	33.063	30.879
Municipal	39.745	39.749	39.466	42.113	37.973	40.331
Total	70.521	70.959	71.600	74.413	71.036	71.210



Internações SUS por prestador e ano de competência

Período: 2004 a 2009

Serviços sob gestão municipal

Fonte: SIH RDSP0401 a 0912.dbc

Dados reprocessados no DGDO da SMS Campinas

Hospital SP (CNES)	2004	2005	2006	2007	2008	2009
2022621 MATERNIDADE DE CAMPINAS	7.608	8.005	7.059	7.454	7.695	7.706
2022648 HOSPITAL IRMAOS PENTEADO	1.208	1.064	1.174	2.441	2.333	2.277
2078465 REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA	306	549	519	551	404	44
2078899 HOSPITAL ALBERT SABIN DE CAMPINAS	865	930	781	24	0	0
2079003 SERVICO DE SAUDE DR CANDIDO FERREIRA	1.607	1.462	1.558	1.580	1.722	2.042
2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAMPINAS	11.609	11.430	11.257	11.695	9.788	10.956
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO CAMPINAS	15.914	15.645	16.387	17.592	16.031	14.722
6053858 COMPLEXO HOSPITALR OURO VERDE	0	0	0	0	0	2.584
2023105 CAPS III NORTE ESTACAO	307	277	282	238	0	0
2023113 CAPS III SUL ANTONIO DA COSTA SANTOS	65	38	111	59	0	0
2023407 CAPS III NOROESTE INTEGRACAO	0	0	27	157	0	0
2023547 CAPS III LESTE ESPERANCA	128	177	237	234	0	0
2039672 CAPS III SUDOESTE NOVO TEMPO	128	172	74	88	0	0

CAMPINAS						
Total	39.745	39.749	39.466	42.113	37.973	40.331

Evasão de internações dos residentes em Campinas

Fonte: SIH RDSP0401 a 0912.dbc

Dados reprocessados no DGDO da SMS Campinas

Município internação	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total	50.515	51.388	51.327	54.121	49.307	50.714
350950 Campinas	47.006	47.998	48.059	51.141	46.994	48.651
% Evasão	6,95%	6,60%	6,37%	5,51%	4,69%	4,07%

Outros municípios nos quais os residentes em Campinas foram internados.

355030 São Paulo	521	716	706	531	345	440
355240 Sumaré	609	567	546	504	459	438
352050 Indaiatuba	632	453	305	225	138	145
355220 Sorocaba	79	95	348	494	422	59
355620 Valinhos	314	283	282	195	190	175
350190 Amparo	289	365	71	23	41	56
353650 Paulínia	174	120	139	141	75	83
350330 Araras	102	98	99	98	98	98
350970 Campos do Jordão	157	62	95	61	8	0
350160 Americana	120	126	60	31	20	12
352470 Jaguariúna	48	52	55	47	43	35
351907 Hortolândia	0	9	83	90	41	46
351080 Casa Branca	37	48	49	49	38	37
351390 Divinolândia	12	30	47	49	48	48
352690 Limeira	30	25	40	36	38	41
350600 Bauru	38	30	28	42	35	36
352710 Lins	24	24	26	24	38	48
352530 Jaú	5	8	21	29	12	45
354530 Salto de Pirapora	36	32	12	12	12	12
352390 Itu	25	10	17	16	28	14
352590 Jundiaí	27	24	21	9	12	17
353080 Moji Mirim	2	2	9	81	8	8
353870 Piracicaba	13	28	23	10	11	5
351518 Espírito Santo do Pinhal	13	14	18	16	12	12
354340 Ribeirão Preto	15	12	16	9	10	11
355500 Tupã	12	12	13	12	12	12
Outros municípios	175	145	139	146	119	130

Internações SUS ocorridas em Campinas por ano e local de residência (engloba gestão municipal e estadual)

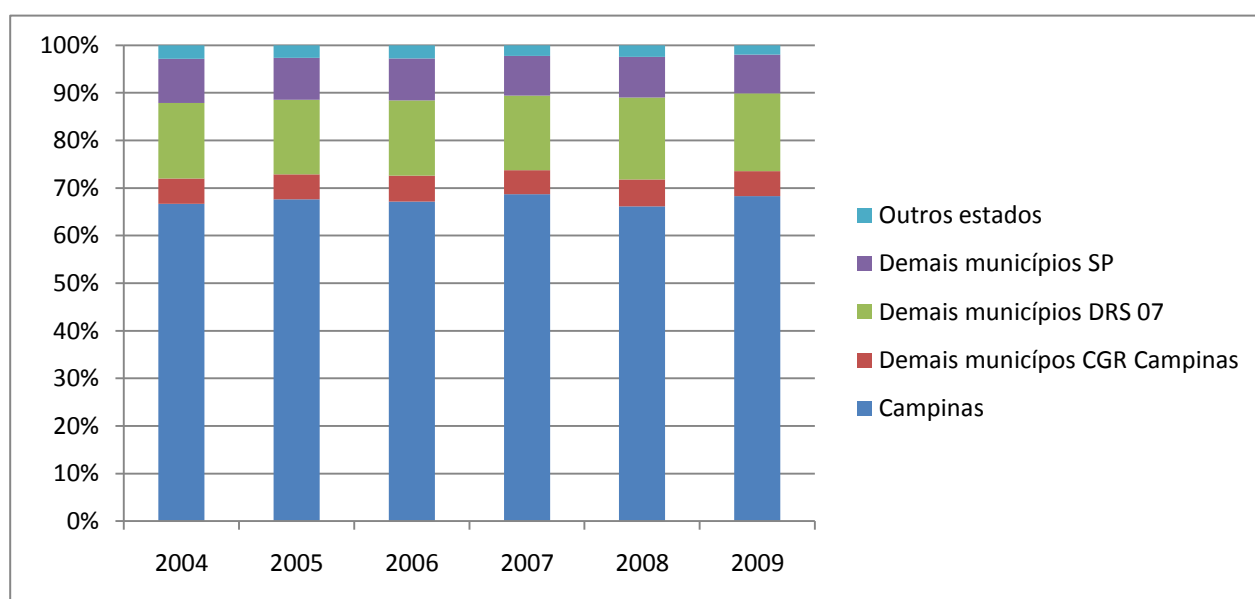
Período: 2004 a 2009

Fonte: SIH RDSP0401 a 0912.dbc

Dados reprocessados no DGDO da SMS Campinas

UF Res	DRS Res	CGR Res	Município Res	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
SP	DRS 07	CGR	350950 Campinas	47.006	47.998	48.059	51.141	46.994	48.651	
		CAMPINAS	352050 Indaiatuba	997	915	864	878	964	799	
			355620 Valinhos	602	643	589	572	599	517	
			353180 Monte Mor	635	520	577	572	646	551	
			353710 Pedreira	395	363	642	531	545	597	
			350190 Amparo	405	460	459	364	372	378	
			355670 Vinhedo	328	406	373	325	357	333	
			355160 Serra Negra	168	177	165	190	187	199	
			350050 Aguas de Lindoia	169	149	171	190	183	206	
			353120 Monte Alegre do Sul	33	64	66	63	49	68	
			352700 Lindoia	34	23	23	63	76	72	
		CGR Campinas Total			50.772	51.718	51.988	54.889	50.972	52.371
		Demais CGR da DRS 07			11.210	11.121	11.291	11.637	12.239	11.612
		DRS 07 Total			61.982	62.839	63.279	66.526	63.211	63.983
	Demais DRS			6.503	6.242	6.307	6.204	6.080	5.796	
	Outras UF			2.036	1.878	2.014	1.683	1.745	1.431	
Total Geral			70.521	70.959	71.600	74.413	71.036	71.210		

Local	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Campinas	66,66%	67,64%	67,12%	68,73%	66,16%	68,32%
Demais municípios CGR Campinas	5,34%	5,24%	5,49%	5,04%	5,60%	5,22%
Demais municípios DRS 07	15,90%	15,67%	15,77%	15,64%	17,23%	16,31%
Demais municípios SP	9,22%	8,80%	8,81%	8,34%	8,56%	8,14%
Outros estados	2,89%	2,65%	2,81%	2,26%	2,46%	2,01%
Total invasão	33,34%	32,36%	32,88%	31,27%	33,84%	31,68%



Internações SUS ocorridas em Campinas por ano e local de residência (gestão municipal)

Período: 2004 a 2009

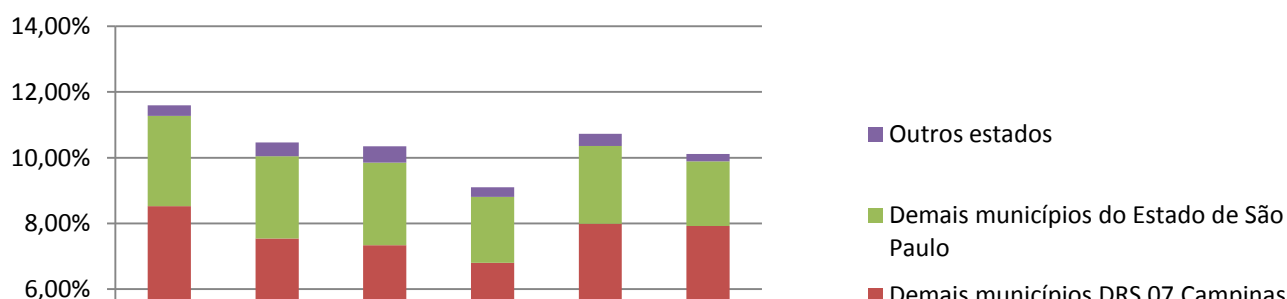
Fonte: SIH RDSP0401 a 0912.dbc

Dados reprocessados no DGDO da SMS

Campinas

UF Res	DRS Res	CGR Res	Município Res	2004	2005	2006	2007	2008	2009
SP	DRS 07	CGR	350950 Campinas	35.136	35.589	35.381	38.280	33.898	36.251
		CAMPINAS	352050 Indaiatuba	223	204	160	143	181	202
			353180 Monte Mor	234	180	178	165	181	191
			355620 Valinhos	185	185	161	131	166	158
			353710 Pedreira	62	36	116	68	89	116
			350190 Amparo	24	15	19	21	29	78
			355670 Vinhedo	81	67	74	63	91	68
			350050 Águas de Lindóia	28	18	29	30	20	55
			355160 Serra Negra	16	23	22	32	26	45
			353120 Monte Alegre do Sul	5	16	10	15	14	18
			352700 Lindóia	9	6	1	2	12	17
			CGR Campinas Total		36.003	36.339	36.151	38.950	34.707
		Outros CGR		2.520	2.246	2.124	2.194	2.226	2.246
	DRS 07 Total			38.523	38.585	38.275	41.144	36.933	39.445
	Outras DRS			1.095	999	993	846	899	796
SP Total				39.618	39.584	39.268	41.990	37.832	40.241
MG				113	145	142	106	114	76
Outras UF				14	20	56	17	27	14
Total Geral				39.745	39.749	39.466	42.113	37.973	40.331

Local	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Demais municípios CGR Campinas	2,18%	1,89%	1,95%	1,59%	2,13%	2,35%
Demais municípios DRS 07 Campinas	6,34%	5,65%	5,38%	5,21%	5,86%	5,57%
Demais municípios do Estado de São Paulo	2,76%	2,51%	2,52%	2,01%	2,37%	1,97%
Outros estados	0,32%	0,42%	0,50%	0,29%	0,37%	0,22%
Total invasão	11,60%	10,47%	10,35%	9,10%	10,73%	10,12%



Produção do CHOV

Produção Ambulatorial - Complexo Hospitalar Ouro Verde

Período: 2008-2009

Fonte: Arquivos PASP0801 a 0912.dbc

Grupo/Subgrupo	2008	2009
02-PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA	16.059	163.852
..0201-Coleta de material	2.749	7.421
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	0	46.681
..0204-Diagnóstico por radiologia	9.340	69.421
..0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	361	7.481
..0206-Diagnóstico por tomografia	0	1.663
..0209-Diagnóstico por endoscopia	0	3.096
..0211-Métodos diagnósticos em especialidades	509	17.189
..0214-Diagnóstico por teste rápido	3.100	10.900
03-PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	59.195	463.225
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	58.438	451.015
..0302-Fisioterapia	601	11.350
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades	156	823
..0306-Hemoterapia	0	37
04-PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	1.719	7.662
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa	1.634	6.708
..0405-Cirurgia do aparelho da visão	0	13
..0406-Cirurgia do aparelho circulatório	1	0
..0407-Cirurgia apar digest órgãos anex parede abd	0	305
..0408-Cirurgia do sistema osteomuscular	72	385
..0409-Cirurgia do aparelho geniturinário	0	6
..0414-Cirurgia oro-facial	12	0
..0417-Anestesiologia	0	245
Total	76.973	634.739

Internações Complexo Hospitalar Ouro Verde

Período: 2009

Fonte: SIH RDSP0901 a 0912.dbc

Dados reprocessados no DGDO da SMS Campinas

Especialidade	Qde
Clínica cirúrgica	301

Obstetrícia	0
Clínica médica	1.771
Psiquiatria	0
Pediatria	490
Psiquiatria - hospital dia	22
Total	2.584

Obs.: não houve internação em 2008.

Convênios

Lista dos Convênios da SMS Campinas

Para os Convênios tarjados de verde não há produção CAC;

Para os tarjados de amarelo, não há quantitativo no convênio para comparação com a produção CAC. Desta forma, foram confeccionadas planilhas apenas com a produção.

Instituição	Protocolo	Vigência
AACD	08/10/32766	09/07/2011
APAE	07/10/2881	30/05/2011
Apascamp	08/10/59399	21/04/2011
Assoc. Maria Porta Céu	09/10/13693	02/10/2011
Beneficência	08/10/50480	27/12/2011
Cândido Ferreira Covisa	07/10/29090	17/02/2010
Cândido Ferreira CRST	07/10/35885	17/02/2010
Cândido Ferreira Mental	07/10/5914	02/06/2010
Cândido Ferreira RH	09/10/18043	02/06/2010
Cândido Ferreira RH	09/10/18043	02/06/2010
Casa de Apoio Grupo Amizade	05/10/38167	04/08/2010
Casa de Apoio Morada Amor e Luz	05/10/38166	04/08/2010
Centro Corsini encerrado e não renovado	05/10/39559	31/07/2009
Centro Corsini	05/10/38163	04/08/2010
Equoterapia	08/10/34382	08/10/2010
Esperança e Vida	05/10/38165	04/08/2010
Irmandade	08/10/50479	27/12/2011
Irmandade/Idoso	07/10/29089	16/09/2010
Mário Gatti	05/10/34183	18/07/2010
Maternidade	07/10/5645	18/04/2010
Penido Burnier	09/10/4891	28/02/2011
Pucc Geral	08/10/51743	21/01/2011
Raskin	06/10/28826	08/04/2010
RNP+	08/10/28632	26/10/2010
Serviço de Assistência aos Enfermos Grupo Vida	05/10/38164	04/08/2010
Síndrome de Down	07/10/49752	29/11/2011
Unicamp/Base de Câncer	07/10/07080	21/07/2010
Unicamp/CRST encerrado e não renovado	07/10/07081	05/02/2009
Unicamp/Especialização	08/10/28631	08/10/2010

Unicamp/IPES/Cândido	06/10/30834	06/06/2011
UNIFESP/SPDM	08/10/22568	04/05/2010

Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Campinas - APAE

Período: 2009

Fonte: arquivos CAC e Convênio

Dados reprocessados no DGDO da SMS Campinas

Plano de Trabalho	Físico	
	Conveniado	Apresentado
Assistência Ambulatorial	172.464	181.670
TOTAL GERAL	172.464	181.670

	Apresentado
0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	5.460

Associação de Pais e Amigos de Surdos de Campinas - APASCAMP

Período: 2009

Fonte: arquivos CAC e Convênio

Dados reprocessados no DGDO da SMS Campinas

Plano de Trabalho	Físico	
	Conveniado	Apresentado
Assistência Ambulatorial	17.244	2.054
TOTAL GERAL	17.244	2.054

	Apresentado
0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	384

Real Sociedade Portuguesa de Beneficência

Período: 2009

Fonte: arquivos CAC e Convênio

Dados reprocessados no DGDO da SMS Campinas

Plano de Trabalho	Físico	
	Conveniado	Apresentado
I - Assistência Ambulatorial de SADT	68.508	18.879
II - Terapia Renal Substitutiva	23.712	18.348
III - Quimioterapia	1.200	978
IV - Litotripsia Extra-Corpórea	300	260
V - Leitos de Retaguarda Quimioterapia, Terapia Renal e Litotripsia	144	44
VI - Contrato de Metas	12	12
TOTAL GERAL	93.876	38.521

	Apresentado
Estimativa de atendimento (TRS, Quimioterapia e Litotripsia)	3.038

Obs.: consulta médica não existente no convênio.

Hospital e Maternidade Celso Pierro - PUC Campinas

Período: 2009

Fonte: arquivos CAC e Convênio

Dados reprocessados no DGDO da SMS Campinas

Plano de Trabalho	Físico	
	Conveniado	Apresentado
I - Internação	17.400	13.796
I - Ambulatorial de Média Complexidade	1.419.528	1.252.898
I - atendimentos Ambulatoriais nas Faculdades	108.588	44.237
I - Priorização da Urgência e Emergência - Vaga Zero	12	12
I - Serviço de Assistência e Internação Domiciliar	1.440	1.090
I - Incentivos	12	12
I - Vigilância Epidemiológica	12	12
II - Cirurgias Cardiovasculares	720	753
II - Saúde Auditiva de Alta Complexidade	20.064	17.737
II - Terapia Renal Substitutiva	17.352	14.735
II - Quimioterapia	4.680	5.525
II - Quimioterapia Retaguarda	12	12
II - Serviços de Apoio de Diagnose e Terapia	24.900	22.197
II - Centro de Atenção Psicossocial	12	12
III - Cirurgias Eletivas de Média Complexidade	936	173
IV - Contrato de Metas	12	12
TOTAL GERAL	1.615.680	1.373.213

	Apresentado
0301010064 - CONSULTA MEDICA EM ATENCAO BASICA	12.030
0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	199.759
0301010110 - CONSULTA PRE-NATAL	1.027
0301060029 - ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA	7.187
0301060061 - ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	116.828
0301060100 - ATENDIMENTO ORTOPEDICO COM IMOBILIZACAO PROVISORIA	1.546
TOTAL GERAL	338.377

Irmandade de Misericórdia de Campinas

Período: 2009

Fonte: arquivos CAC e Convênio

Dados reprocessados no DGDO da SMS Campinas

Plano de Trabalho	Físico	
	Conveniado	Apresentado
I - Total Internações	3.204	2.277
II - Assistência Ambulatorial de Média Complexidade	45.564	21.747
III - Exames de Medicina Nuclear e Patologia Clínica	93.696	1.145
IV - Serviço de Assistência e Internação Domiciliar	12	3
V - Apoio ao Pronto Socorro do Centro	50.592	43.799
VI - Projeto Cirurgias Eletivas	1.200	-
VII - Contrato de Metas	12	12
TOTAL GERAL	194.280	68.983

	Apresentado
0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	13.233

Hospital Municipal Dr. Mário Gatti

Período: 2009

Fonte: arquivos CAC e Convênio

Dados reprocessados no DGDO da SMS Campinas

Plano de Trabalho	Físico	
	Conveniado	Apresentado
I - Internação	13.860	10.956
I - Contratualização Internação	12	12
II - Assistência Ambulatorial - Média Complexidade	1.226.016	993.636
II - Assistência Ambulatorial - Radioterapia	22.016	25.202
II - Assistência Ambulatorial - Quimioterapia	960	2.484
II - Assistência Ambulatorial - Materiais e Medicamentos	12	12
II - Assistência Ambulatorial - Contratualização	12	12
III - Regulação Médica da Assistência Hospitalar	12	12
Contrato de Metas	12	12
Vigilância Epidemiológica	12	12
TOTAL GERAL	1.262.924	1.032.350

	Apresentado
0301010064 - CONSULTA MEDICA EM ATENCAO BASICA	258
0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	99.109
0301060029 - ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA	19.406
0301060061 - ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	167.386
0301060100 - ATENDIMENTO ORTOPEDICO COM IMOBILIZACAO PROVISORIA	1.287
TOTAL GERAL	287.446

Maternidade de Campinas

Período: 2009

Fonte: arquivos CAC e Convênio

Dados reprocessados no DGDO da SMS Campinas

Plano de Trabalho	Físico	
	Conveniado	Apresentado
I - Internação	8.400	7.706
II - Assist. Amb. Média Complexidade	66.108	72.860
III - Exames de Ultrassonografia	11.856	2.446
IV - Exames Anátomo Patológicos	6.972	13.100
V - Centro de Lactação	12	12
VI - Litotripsia Extra-corpórea	1.008	-
VII - Contrato de Metas / Contratualização e Integrasus	12	12
TOTAL GERAL	94.368	96.136

	Apresentado
0301010064 - CONSULTA MEDICA EM ATENCAO BASICA	44.365

Fundação Dr. João Penido Burnier

Período: 2009

Fonte: arquivos CAC e Convênio

Dados reprocessados no DGDO da SMS Campinas

Plano de Trabalho	Físico	
	Conveniado	Apresentado
Procedimentos Ambulatoriais	29.150	35.235
Cirurgias Eletivas	385	224
TOTAL GERAL	29.535	35.459

	Apresentado
0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	15.677

Instituto Raskin Sociedade Beneficente

Período: 2009

Fonte: arquivos CAC e Convênio

Dados reprocessados no DGDO da SMS Campinas

Plano de Trabalho	Físico	
	Conveniado	Apresentado
Procedimentos Ambulatoriais	75.843	55.860
Cirurgias Eletivas	660	582

TOTAL GERAL	76.503	56.442
-------------	--------	--------

	Apresentado
0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	34.871

Fundação Síndrome de Down

Período: 2009

Fonte: arquivos CAC e Convênio

Dados reprocessados no DGDO da SMS Campinas

	Físico	
Plano de Trabalho	Conveniado	Apresentado
Assistência Ambulatorial	25.560	23.572
TOTAL GERAL	25.560	23.572

	Apresentado
0301070040 - ACOMPANHAMENTO NEUROPSICOLOGICO DE PACIENTE EM REABILITACAO	20.822

Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira

Período: 2009

Fonte: arquivos CAC e Convênio

Dados reprocessados no DGDO da SMS Campinas

	Físico
Produção	Apresentado
Assistência Ambulatorial	67.466
Internação	2.042
TOTAL GERAL	69.508

	Apresentado
0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	1.348

CAPS - Todos

Período: 2009

Fonte: arquivos CAC e Convênio

Dados reprocessados no DGDO da SMS Campinas

	Físico
Produção	Apresentado
Assistência Ambulatorial	195.534
TOTAL GERAL	195.534

Procedimentos detalhados	Apresentado
0301080020 - ACOLHIMENTO NOTURNO DE PACIENTE DE CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	7.942

0301080038 - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM SAUDE MENTAL TERCEIRO TURNO	88
0301080046 - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM SAUDE MENTAL (RESIDENCIA TERAPEUTICA)	48.008
0301080054 - ACOMPANHAMENTO INTENSIVO DE CRIANCA E ADOLESCENTE C/ TRANSTORNOS MENTAIS	462
0301080062 - ACOMPANHAMENTO INTENSIVO DE PACIENTE EM SAUDE MENTAL	62.534
0301080070 - ACOMPANHAMENTO INTENSIVO P/ USUARIO DE ALCOOL / DROGAS	456
0301080089 - ACOMPANHAMENTO NAO INTENSIVO DE CRIANCA E ADOLESCENTE C/ TRANSTORNOS MENTAIS	720
0301080097 - ACOMPANHAMENTO NAO INTENSIVO DE PACIENTE USUARIO DE ALCOOL / DROGAS	221
0301080100 - ACOMPANHAMENTO NAO INTENSIVO DE PACIENTE EM SAUDE MENTAL	10.384
0301080119 - ACOMPANHAMENTO SEMI-INTENSIVO DE CRIANCA E ADOLESCENTE C/ TRANSTORNOS MENTAIS	1.958
0301080127 - ACOMPANHAMENTO SEMI-INTENSIVO DE PACIENTES EM SAUDE MENTAL	56.214
0301080135 - ACOMPANHAMENTO SEMI-INTENSIVO P/ USUARIO DE ALCOOL / DROGAS	6.547
Total Geral	195.534

Somado os quantitativos dos seguintes CAPS:

2023113 - CAPS III SUL ANTONIO DA COSTA SANTOS;
2039672 - CAPS III SUDOESTE NOVO TEMPO CAMPINAS;
2023105 - CAPS III NORTE ESTACAO;
2023407 - CAPS III NOROESTE INTEGRACAO;
2023547 - CAPS III LESTE ESPERANCA;
3905608 - CAPS II DAVID CAPISTRANO DA COSTA FILHO;
2023423 - CAPS II CEVI CENTRO DE VIVENCIA INFANTIL;
2023431 - CAPS II AD LESTE CRIAD.

Complexo Hospitalar Ouro Verde

Período: 2009

Fonte: arquivos CAC e Convênio

Dados reprocessados no DGDO da SMS Campinas

	Físico
Produção	Apresentado
Assistência Ambulatorial	643.144
Internação	2.584
TOTAL GERAL	645.728

	Apresentado
0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	40.694
0301060029 - ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA	15.877
0301060096 - ATENDIMENTO MEDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	182.580
TOTAL GERAL	239.151

Centro de Controle e Investigação Imunológica Doutor Antônio Carlos Corsini

Período: 2009

Fonte: arquivos CAC e Convênio

Dados reprocessados no DGDO da SMS Campinas

	Físico
Produção	Apresentado
Assistência Ambulatorial	4.777
TOTAL GERAL	4.777

	Apresentado
0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	893

Centro de Referência a Saúde do Idoso do Município Campinas

Período: 2009

Fonte: arquivos CAC e Convênio

Dados reprocessados no DGDO da SMS Campinas

	Físico
Produção	Apresentado
Assistência Ambulatorial	21.301
TOTAL GERAL	21.301

	Apresentado
0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	2.791

Regulação

ADEQUAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO E RECURSOS HUMANOS:

- ✓ Criar Centro de Custo próprio.
 - Atingiu, criado Centro de Custo próprio em junho de 2009.
- ✓ Organizar o espaço físico e adequar a rede de telefonia e informática visando a implantação da Regulação de Consultas e Exames (Ambulatorial) junto à CMR.
 - Atingiu parcialmente, adequado a rede de telefonia, em aguardo da adequação da rede de informática. Reorganizado o espaço físico, passando a disponibilizar uma área para o eixo Regulação de Consultas e Exames.
- ✓ Implementar o quadro de recursos humanos.
 - Atingiu parcialmente. Contratação de 2 médicos psiquiatras 24 horas a partir de março de 2009, realocação de uma médica 30 horas a partir de março de 2009 e de uma médica 12 horas a partir de dezembro, contratação de uma médica 12 horas a partir de outubro e de um administrativo 36 horas a partir de dezembro de 2009. Em aguardo da contratação de três administrativos e da ampliação da jornada de um médico a desempenhar 16 horas/semanais junto à CMR.
- ✓ Adquirir e receber os equipamentos previstos no Projeto de Implantação de Complexos Reguladores faltantes em 2008.
 - Atingiu parcialmente, houve aquisição das mesas, escrivaninhas e de uma cadeira tipo presidente. Em aguardo das impressoras - item fracassado a ser licitado novamente.

REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE (AMBULATORIAL):

- ✓ Manter as atividades previamente realizadas em 2008.
 - Atingiu, mantidas a regulação (autorização prévia, agendamento, processamento interno, auditoria e elaboração de relatórios mensais) das consultas especializadas, exames e procedimentos de alta complexidade ambulatoriais e da ENMG disponibilizados ao Sistema Único Municipal de Saúde (em incorporação

gradual); “recall” para vagas perdidas; digitação em sistema interno; encaminhamento para a DRS7 das solicitações dos exames não disponíveis.

- Incorporados os processos de regulação dos procedimentos do Complexo Hospitalar Ouro Verde de Tomografia Computadorizada a partir de 26 de junho de 2009, da regulação da oferta regional segundo PPI a partir de 17 de agosto de 2009 (200 procedimentos mês) e da regulação da UCA a partir de janeiro de 2009.

- ✓ Realizar as Oficinas Distritais, Eixo Regulação de Procedimentos de Alta Complexidade, “Normas e Orientações à Rede Municipal de Saúde de Campinas”.

- Atingiu parcialmente, realizadas as oficinas juntos aos Distritos Noroeste em setembro de 2009, Norte em 21 de outubro e Leste em 04 de novembro. Programadas as oficinas junto aos Distritos Sudoeste e Sul para 2010.

REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES (LEITOS):

- ✓ Manter a Regulação de 100% dos leitos SUS sob gestão municipal de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do município de Campinas e a interface com a DRS7 para os leitos SUS sob gestão estadual.

- Atingiu.

- Ampliada a oferta de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal junto ao convênio Maternidade de Campinas a partir de 02 de dezembro de 2009, passando a vinte e dois (22) leitos SUS, dos quais sete (7) regulados pela DRSVII.

- ✓ Retomar a regulação dos leitos de Psiquiatria do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (três leitos 72 horas, 40 leitos de internação no NAC, 10 leitos noite e 10 leitos de internação no NADEQ).

- Atingiu.

- Retomada a regulação em psiquiatria a partir de março de 2009.

- Ampliado a regulação para seis (6) leitos 72 horas a partir de maio de 2009.

- Incorporada a regulação do Núcleo Clínico, seis (6) leitos, a partir de dezembro de 2009, passando o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira a ser 100% regulado, com um total de 72 leitos junto à CMR.

- ✓ Manter a regulação de 100% dos leitos de internação secundários em Clínica Médica do convênio Irmandade de Misericórdia de Campinas (41 leitos).

- Atingiu.

- ✓ Manter a regulação de 100% dos leitos do convênio UNIFESP/SPDM - Complexo Hospitalar Ouro Verde, conforme os mesmos foram sendo liberados e de acordo com o Contrato de Metas e pactuações com o DGDO/SMS estabelecidas:

- Atingiu.

- Ampliação gradual da oferta, sendo regulados em dezembro de 2009, 50 leitos de internação secundários em Clínica Médica, 10 leitos de internação em UTI Adulto, 11 leitos de internação em Pediatria Clínica, 8 leitos de internação em UTI Pediátrica e 6 leitos em Ortopedia a partir de 20 de outubro de 2009.

- ✓ Regular as cirurgias eletivas do convênio UNIFESP/SPDM - Complexo Hospitalar Ouro Verde a partir de dezembro de 2008 conforme disponibilidade de oferta das mesmas.

- Atingiu, iniciado a regulação da UCA em janeiro de 2009 e do Trauma Ortopédico Eletivo em outubro de 2009, não sendo iniciada a oferta de outras cirurgias junto ao CHOV em 2009.

- ✓ Garantir a regulação de 20 (vinte) leitos na área de Clínica Médica para regulação pela CMR bem com a regulação dos leitos de UTI adulto junto aos convênios Sociedade Campineira de Educação e Instrução - PUC de Campinas e HMCP e Autarquia Municipal “Hospital Dr. Mário Gatti”.

- Não atingiu.

- Iniciado o monitoramento da taxa de ocupação nos leitos SUS conveniados em cada uma das Unidades de Terapia Intensiva, UTI adulto, UCO, UTI pediátrica (cinco) e Unidade de Terapia Semi Intensiva Neonatal do HMCP em maio de 2009. A regulação da Unidade de Terapia intensiva Neonatal ocorreu regularmente em 2009.

- Iniciado o monitoramento da taxa de ocupação nos leitos SUS em Unidade de Terapia Intensiva, UTI adulto, e Clínica Médica junto do HMMG em outubro de 2009.

GERAIS:

- ✓ Manter participação na Comissão Gestora da Urgência e Emergência; no Comitê Municipal de Urgência e Emergência, na Câmara Técnica de Especialidades e na Câmara Técnica de Assistência e Internação Domiciliar.

- Atingiu.

- Incorporada a participação na Câmara Técnica de Políticas Hospitalares a partir de sua retomada em 05 de junho de 2009.
- ✓ Manter participação na implantação e proposição de protocolos de encaminhamento e avaliação de risco para os procedimentos disponibilizados, em parceria com a Câmara Técnica de Especialidades.
- Atingiu.
- ✓ Manter participação em todos os cursos de capacitação do SIGA, nos grupos de discussão e no processo de implantação a partir de novembro de 2008.
- Atingiu.
- Incorporada a participação no curso de capacitação do Sistema Conexa para agendamento junto aos AME em 18 de setembro de 2009.
- ✓ Manter participação em todos os grupos de discussão quanto às atribuições do Complexo Hospitalar Ouro Verde (CHOV) e sua inserção na rede assistencial do município de Campinas.
- Atingiu.
- ✓ Manter participação nas reuniões prévias das Comissões de Acompanhamento (Gestoras) dos convênios e das Comissões de Acompanhamento do CHOV e das demais, caso solicitado.
- Atingiu.
- ✓ Manter participação no grupo Bipartite de Regulação do Estado na questões concernentes às diretrizes para implantação das Políticas Públicas de Regulação e Complexos Reguladores.
- Atingiu.

Departamento de vigilância à Saúde

Ações anuais	Metas anuais		Recursos orçamentários		Observações
	Previstas	Realizadas	Previstos	Executados	
Realizar as ações para o alcance das metas definidas no Plano de Ações e Metas (PAM) 209-2010 de Vigilância em Saúde com a utilização dos recursos organizacionais e financeiros previstos	50,00%	56,20%			As metas e ações do PAM VISA estão previstas para o biênio 2009 e 2010, portanto o percentual atingido até o momento deverá ser aumentado ao final do período
Investigar os óbitos de mulheres em idade fértil e maternos	100,00%	100,00%			
Investigar óbitos em menores de 1 ano para subsidiar redução da mortalidade	100,00%	100,00%			
Reduzir a incidência de sífilis congênita	20 casos	15 casos			
Reduzir a taxa de letalidade das formas graves de dengue (Febre Hemorrágica da Dengue - FHD /Síndrome do Choque da Dengue - SCD /Dengue Com Complicações - DCC)	6,00%	16,70%			Houve 1 óbito dentre os 6 casos de FHD/SCD/DCC. O número de casos graves é pequeno (denominador), criando uma distorção na interpretação desse resultado. Para analisar com maior consistência esse indicador, deve-se observar um período maior de tempo, com mais casos. Nesse caso, a letalidade em Campinas é baixa.
Manter a proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	90,00%	93,00%			
Diagnosticar os casos de hanseníase com grau de incapacidade menor do que 2	90%	87,50%			A vigilância dos casos com grau de incapacidade igual ou maior que 2 tem demonstrado que os casos são, na maioria, migrantes ou usuários da rede privada, apontando necessidade de melhorar a precocidade do diagnóstico na rede privada
Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera para 80%	80,00%	76,00%			Vários esforços têm sido feitos para melhorar a taxa de cura, porém os resultados são insuficientes. Há necessidade de investimento real na estratégia do tratamento supervisionado, estratégias conjuntas e integradas de adesão ao

					tratamento para pacientes em situações especiais, como por exemplo, moradores de rua
Reduzir a taxa de abandono de tratamento de tuberculose	7%	9,00%			
Incrementar o tratamento supervisionado de tuberculose	20%	24,00%			
Investigar os sintomáticos respiratórios da área de abrangência dos Centros de Saúde	70%	65,00%			
Realizar a análise das amostras clínicas coletadas para diagnóstico do vírus influenza em relação ao preconizado	80,00%	60,38%			O HMMG é a unidade sentinela para influenza. Há necessidade de aumentar as amostras colhidas
Utilizar a sorologia para confirmação de casos de hepatite B.	91,00%	100%			
Diminuir a taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade	3,60%	2,79%			
Incrementar as notificações no SINAN dos agravos à Saúde do Trabalhador constantes da Portaria GM/MS Nº. 777/04	não pactuado	1127			É necessário melhorar a notificação de agravos relacionados ao trabalho
Investigar todos os acidentes de trabalho fatais registrados	100,00%	80,00%			A investigação de acidentes graves e fatais deve ser prioridade
Encerrar oportunamente os casos de doenças de notificação compulsória (DNC) após notificação	60,00%	70%			Esse indicador tem melhorado, porém há necessidade de aprimorar o registro das informações relativas ao encerramento dos casos em banco de dados
Manter a cobertura vacinal com a vacina tetravalente (DTP+Hib) em crianças menores de um ano.	95,00%	96,53%			
Ter câmara de vacina em 95% das unidades até o final de 2009	95%	95,00%			adquiridas 75 câmaras
Realizar a vacinação contra influenza sazonal em maiores de 60 anos, com cobertura de 80%	80,00%	68,63%			Houve uma correção administrativa com aumento da população estimada em relação ao ano anterior, ao mesmo tempo em que houve aumento da meta de 70% para 80%.

Investigar os surtos graves e inusitados em conjunto COVISA-VISA-unidade	100%	100,00%			
Controlar a pandemia de Influenza A (H1N1)	agravo inusitado	realizada			
Realizar uma inspeção ao ano nas ILPI cadastradas.	100%	100,00%			
Realizar ações de vigilância nos serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e de mama	100%	100,00%			
Realizar seminário para profissionais de saúde da SMS como estratégia de sensibilização do para violência doméstica, sexual e contra o idoso em 2009,	1	realizada			
Promover 1 oficina intersetorial sobre violência com os parceiros tais como Assistência Social, Conselhos Tutelares, MP e outros em 2009	1	realizada			
Aumentar o número de estabelecimentos no município regularizados perante a Vigilância em Saúde	5%	13,50%			Houve um aprimoramento da alimentação do sistema de informação (SIVISA)
Realizar o controle do risco sanitário nos serviços de saúde (terapia renal substitutiva, hemoterapia, hospitais, laboratórios, banco de órgãos e tecidos, radiologia e radioterapia)	100%	100%			A atividade de inspeção foi priorizada para as atividades de maior risco
Aumentar a regularização, realizando o controle do risco sanitário em estabelecimentos de estética, prioritariamente os de média complexidade (clínicas tipo II).	10%	20,00%			Realizamos encontros com profissionais de estética sobre contaminações por procedimentos estéticos e capacitação dos profissionais da Vigilância municipal.

Aumentar as notificações de farmacovigilância	10%	não avaliado			Realizamos em conjunto com a Assistência Farmacêutica, discussões técnicas com profissionais dos Distritos e Unidades de Saúde, com elaboração de manual a ser atualizado. Não foi possível a mensuração desse resultado, por dificuldades relacionadas ao sistema de informação.
Inspecionar os estabelecimentos de comércio varejista de produtos farmacêuticos	30%	30,00%			A inspeção foi priorizada para as atividades de maior risco
Inspecionar as indústrias de produtos farmacêuticos	50%	100,00%			A inspeção foi priorizada para as atividades de maior risco
Inspecionar as distribuidoras de produtos farmacêuticos	100%	100,00%			A inspeção foi priorizada para as atividades de maior risco
Aumentar o cadastro no SIVISA dos estabelecimentos que fabricam, fracionam, irradiam, transportam, expedem, armazenam, embalam, distribuem, importam, exportam e comercializam produtos alimentícios	10%	10,00%			
Realizar o controle do risco sanitário dos produtos para a saúde/correlatos, cosméticos, produtos de higiene, perfumes e saneantes	50%	100,00%			
Realizar inspeção nos sistemas de captação e nas estações de tratamento de água do Sistema Público.	50%	não realizada			
Mapear as Soluções Alternativas Individuais para áreas peri - urbanas que não são abastecidas pelo Sistema Público	70%	realizada			A ação foi realizada, porém não foi possível verificar quantitativamente o seu cumprimento, pois as informações não foram inseridas no SISÁGUA
Inspecionar a distribuição de água por caminhões pipa	100%	100,00%			
Elaborar e implantar Procedimentos		em			

Operacionais Padrões para o Programa de Vigilância da Qualidade da água.		andamento			
Atender ao Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) nos estabelecimentos grandes geradores de resíduos de serviços de saúde	75%	75,00%			Os grandes geradores de RSS são acompanhados sistematicamente pelas equipes de vigilância visando avanços e adequações no programa implantado..
Realizar diagnóstico situacional dos CS para o PGRSS	50%	64,00%			
Realizar as análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais	100,00%	229,17%			
Garantir que no projeto de construção ou reforma dos serviços de saúde próprios seja contemplada a avaliação e parecer da Vigilância em Saúde, com ênfase na implantação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde (PGRSS).		realizada parcialmente			A COVISA e Visas têm participado de discussões junto ao DGDO, Dep. Administrativo e Distrito de Saúde. Há dificuldades em realizar essa ação em tempo adequado.
Implantar estudo de avaliação de risco a saúde humana em áreas contaminadas (prioritárias) do município	2 áreas	em andamento			
Implantar em conjunto com o CEREST o "Projeto Frentistas" - Avaliação de exposição ao benzeno do trabalhador de postos de abastecimento		realizado			
Georreferenciar e cadastrar das áreas contaminadas do município, utilizando sistema de informação georreferenciamento (SIG).	100%	100,00%			
Implantar em áreas de interesse do município de Campinas o Programa de Vigilância da Qualidade do Ar (VIGIAR/MS)	2 áreas	em andamento			
Implantar programa de monitoramento das Radiações Não-Ionizantes		em andamento			
Regularizar 80% dos serviços de radiodiagnóstico odontológico	80%	80,00%			

Regularizar 90% das atividades de serviços de radiodiagnóstico médico.	90%	90,00%			
Capacitar os profissionais de saúde nas diversas áreas dos serviços de vigilância	80%	27,78%			Houve melhor desempenho em relação aos temas de vigilância epidemiológica. Os temas de vigilância sanitária e ambiental apresentam especificidades e necessitam de professores externos, aumentando a dificuldade na realização de capacitações.
Realizar a capacitação para as unidades de saúde, incluindo os serviços de urgência por Distrito por ano, visando a qualificação no gerenciamento dos resíduos do serviço de saúde.	20%	não realizado			Ainda está sendo priorizado o apoio às Unidades na elaboração dos seus planos

Departamento de recursos humanos

Gestão de pessoas

Ações anuais	Metas anuais		Recursos Orçamentários		Observações
	Prevista	Realizada	Previstos	Realizados	
Processo Seletivo	Implantação da 2ª Farmácia Popular, reposição emergencial de médicos, enfermeiros, profissionais de nível médio de enfermagem, auxiliares de farmácia, ajudantes de saneamento, profissionais diversos de nível Universitário, motoristas e vigia.	100%			
Concurso Público para Médicos	295 vagas: família e comunidade, clínico geral, pediatra, psiquiatra e GO	22%			A chamada de médicos deste concurso continua em vigência
Acolhimento	Qualificar o ingresso de novos profissionais favorecendo a inclusão dos mesmos de maneira contextualizada e acolhedora, de acordo com os princípios do SUS.	100%			
Ampliações de Jornada de Trabalho	Não há previsão	128hs Médicas, 6hs Aux. Enferm, 6hs. Enfermeiras			
Valorização dos	Processo seletivos internos (1)	(1) 5 proc. internos			

Trabalhadores	Processo de remanejamento (2)	(2) Foram realizados remanejamentos para aux. enfermagem, técnico de radiologia, enfermeiro e médico.			
Cuidando dos Cuidadores	Prestar assistência qualificada e humanizada aos profissionais adoecidos da Secretaria Municipal da Saúde.	Reinserção ao trabalho de 64 profissionais			

Educação em saúde

Ações anuais	Metas anuais		Recursos Orçamentários		Observações
	Prevista	Realizada	Previstos	Realizados	
Relações do Trabalho	Apoiar aos diversos níveis de gestão da Secretaria Municipal da Saúde e os trabalhadores nas relações que se estabelecem no cotidiano do trabalho nos serviços do SUS Campinas.	100%			
Capacitações	Capacitar os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde para qualificar assistência aos usuários.	capacitados 2.344 profissionais			
Política de Educação Permanente	Coordenadores da rede básica de saúde, apoiadores distritais, coordenadores dos Serviços de Saúde Mental e Coordenadores dos Serviços de Urgência e Emergências.	9 encontros			
Política de Ensino e Serviço	Estágio extra curricular (1)	(1) 50 estudantes			
	Estágio curricular (2)	(2) 19.231 estudantes			
Apoio aos Departamentos	COVISA, Departamento de Saúde, Distritos de Saúde	100%			
Oficina da Atenção Básica	Realizar oficina para reorientar as diretrizes da atenção básica.	Participação de usuários, trabalhadores e gestores			
Curso de Especialização em Saúde da Família	Capacitar os profissionais da rede básica de saúde qualificando a assistência	36 profissionais formados			

Departamento administrativo

AÇÕES ANUAIS	METAS ANUAIS	OBSERVAÇÕES ESPECÍFICAS
--------------	--------------	-------------------------

	PREVISTA	REALIZADA	
ATENÇÃO BÁSICA			
Adequar o espaço físico das UBS de acordo com a programação apresentada pelos Distritos de Saúde através de empresa contratada para esta finalidade.	Executar 100% da programação	Executada 40% da programação	Houve paralização das obras por desfinanciamento
Reformar e ampliar as UBS de acordo com a programação apresentada pelos Distritos de Saúde	Reformar e ampliar o C.S. São Vicente	Em execução	
	Reformar o C.S. Joaquim Egidio	Executado	
Concluir a execução das construções de 5 UBS	C.S.Orozimbo Maia	Executado	A empresa ganhadora das 4 obras declinou do contrato
	C.S. São Bernardo	Obra realizada parcialmente	
	C.S. Rosália	Obra realizada parcialmente	
	C.S Itatinga	Obra não iniciada	
	C.S Oziel	Obra não iniciada	
Iniciar processo licitatório para construção de 5 UBS	C.S. Campo Belo	Empresa contratada e obra em execução	
	C.S. União de Bairros	Empresa contratada e obra em execução	
	C.S. Fernanda	Empresa contratada e obra em execução	
	C.S. Rossim	Empresa contratada e obra em execução	
	C.S Santa Rosa	Empresa contratada e obra em execução	
Adquirir mobiliários e equipamentos para a reestruturação da UBS	Iniciar e finalizar 100% dos processos licitatórios	30% dos processos foram finalizados e os demais estão em execução	
Garantir o fornecimento de materiais de consumo padronizados de forma contínua, de acordo com as necessidades apontadas em cada serviço	Atender 100% da solicitações	O Almoxarifado da Saúde manteve o abastecimento rotineiro.	Durante o ano de 2009 ocorreram problemas com o abastecimento de alguns itens ocasionados por inexecução contratual dos fornecedores e por falta de

			pontualidade dos pagamentos.
Garantir a manutenção dos contratos de prestação de serviços que apoiam as ações executadas nas UBS	Manter os 60 contratos vigentes	Executado	
Descentralizar a frota de veículos para as Unidades que ainda não haviam recebido a responsabilidade do gerenciamento deste serviço	Centro de Referência do Idoso	Executado	
	Almoxarifado da Saúde	Executado	
	Manutenção	Executado	
MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE - ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
Reformar a rede elétrica do prédio onde funciona a Policlínica II	Executar 100% da programação	Executado	
Concluir a construção do CAPS Integração	Concluir a obra até final do ano de 2009	Obra ainda não concluída. Em execução	A empresa contratada não cumpriu o cronograma de obras
Ampliar e qualificar os exames de imagem	Contratar empresa de prestação de serviços para os exames de ultrassonografia para as UBS	Executado	
	Adquirir 2 equipamentos de Ultrassonografia para Policlínica I e II	Executado	
MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE - ATENÇÃO HOSPITALAR / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			

Adquirir mobiliários e equipamentos para a o Hospital Ouro Verde de acordo com suas atividades	Concluir a aquisição de 100% dos itens programados	80% concluído e 20% em fase de finalização	
Adquirir mobiliários e equipamentos para a o Pronto Socorro Campo Grande de acordo com suas atividades	Concluir a aquisição de 100% dos itens programados	Executado	
Viabilizar a compra de equipamentos e acessórios necessários para a implantação do serviço de motolâncias no SAMU	Concluir a aquisição de 100% dos itens programados	Executado	
Vialibizar a aquisição de equipamentos e móveis constantes em Emenda Parlamentar para os P. S. Anchieta, São José e Ouro Verde	Executar 100% dos recursos financeiros	50% dos recursos executados	Não houve tempo hábil para executar os recursos na sua totalidade devido a morosidade dos processos licitatórios
GESTÃO			
Integrar o Departamento Administrativo nos fóruns de gestão da Secretaria de Saúde	Integrar o grupo de implantação da Política de Humanização do SUS	Em execução, ação contínua	
	Integrar a Comissão de Farmácia e Terapêutica	Em execução, ação contínua	
	Participar das Reuniões Ordinárias do Conselho Municipal de Saúde	Em execução, ação contínua	
	Participar das Reuniões do Grupo de Planejamento da SMS	Em execução, ação contínua	
Garantir a logística para organização de eventos para os diversos espaços de gestão	Manter contratação de prestador de serviços para o fornecimento de alimentação. Locação de espaço físico quando necessário	Em execução, ação contínua	

Garantir a logística para organização de eventos para os eventos de capacitação	Manter contratação de prestador de serviços para o fornecimento de alimentação. Locação de espaço físico quando necessário. Compra de passagens e hospedagem	Em execução, ação contínua	
Adquirir equipamentos de informática de acordo com a demanda da área técnica	Aquisição de 500 microcomputadores	Executado	
Acompanhar os processos licitatórios nas suas várias etapas, especialmente junto às demais Secretarias da PMC	Acompanhar continuamente os processos licitatórios	Em execução, ação contínua	
Ampliar a capacidade de manutenção preventiva e corretiva: predial e de equipamentos	Ampliar a equipe da Coordenadoria de Manutenção	Não executado	Não houve contratação de RH
	Implantar sistema informatizado de controle de solicitações	Não executado	Projeto da Coordenadoria de Informática paralisado. Em 2010 será utilizado programa IMA
Otimizar e adequar a frota de veículos	Instalar GPS na frota de veículos próprios	Em execução	Processo administrativo encaminhado para a contratação em 2010
	Iniciar a renovação da frota própria de veículos	Não executado	Houve paralização do projeto por desfinanciamento
Apoiar a reorganização dos serviços de transporte locais	Manter apoio permanente de suporte aos serviços	Em execução, ação contínua	
Sistematizar o controle e fiscalização dos contratos	Instituir controladoria interna	Em execução, ação contínua	
Qualificar a capacitação dos gestores do DA	Construir Manual de Procedimentos para Aquisições	Não executado	Deixa de ser necessário devido à reorganização do processo de trabalho interno do DA

	Construir Manual de Procedimentos para Fiscalização de Contratos e Serviços	Em fase de finalização	
	Capacitar apoiadores e coordenadores do DA em gestão Pública	Em execução, ação contínua	Já executados : Curso de Gestão de Materiais; Curso de Fiscalização de Contratos; Curso de Gestão de Contratos
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA			
Adquirir equipamentos para a Botica da Família de acordo com a solicitação da área técnica	Adquirir 100% dos equipamentos solicitados	70% da aquisição concluída	30% dos itens foram fracassados na licitação e se mantém em nova licitação
Garantir o fornecimento de medicamentos homeopáticos e alopáticos manipulados	Garantir a manutenção do contrato da farmácia de manipulação de medicamentos homeopáticos e alopáticos	Executado	
Descentralizar a gestão dos pedidos de empenho dos processos de Registros de Preços vigentes para o Almoxarifado da Saúde	Incorporar módulo de controle de gerenciamento de Registro de Preços e pedidos de empenho ao SIG2M	Executado	
Otimizar os recursos dispendidos com os mandados judiciais.	Adequar estrutura física de um setor do Almoxarifado da Saúde para constituir a farmácia	Não executado	O projeto está pronto e a sua execução está prevista para 2010
	Efetuar a gestão dos processos de ordem judicial, com controle de estoques, pedidos de empenho e aquisições de forma centralizada no Almoxarifado da Saúde	Em execução, ação contínua	

	Efetuar a dispensação direta aos pacientes no Almoxarifado da Saúde	Em execução, ação contínua	
Coordenar e planejar a aquisição de medicamentos, materiais de enfermagem, materiais de ostomia, medicamentos veterinários, produtos para Botica da Família, materiais de acupuntura, saneantes, papel grau cirurgico, tiras de glicemia e demais insumos de forma articulada com as áreas técnicas responsáveis	Estabelecer e divulgar cronograma para o trabalho conjunto do DA com as respectivas áreas técnicas	Executado	O planejamento conjunto das necessidades de cada área muitas vezes encontra dificuldades em sua elaboração por falta de representantes das áreas técnicas, como o que acontece com ostomia e enfermagem.
Reformular os descritivos dos materiais perfuro cortantes, de acordo com as novas normas de segurança biológica.	Participar do Grupo de Enfermagem denominado Comissão de Marcas e providenciar as alterações de acordo com a demanda técnica	Executado	
Aprimorar os descritivos dos materiais de enfermagem com o objetivo de melhorar a qualidade dos itens adquiridos e facilitar as análises técnicas	Efetuar em conjunto com a Comissão de Marcas da Câmara Técnica de Enfermagem a revisão dos descritivos de todos os materiais de enfermagem	Parcialmente executado	Foi feita a revisão dos item mais críticos, porém o trabalho foi interrompido devido a dificuldades da respectiva área técnica
Aprimorar a logística de abastecimento de medicamentos e materiais distribuídos pelo Almoxarifado às Unidades de Saúde	Alterar a logística de abastecimento com a entrega de BECS semanais	Não executado	Não houve a contratação do número mínimo de funcionários necessários para a execução desta meta
Qualificar as operações de recebimento, armazenamento e expedição de materiais do Almoxarifado da Saúde	Aquecer espaço físico do Almoxarifado	Não executado	O projeto está pronto e a sua execução está prevista para 2010
VIGILÂNCIA			
Garantir o fornecimento dos insumos necessários para as atividades de promoção e prevenção programadas	Manter abastecimento adequado de vacinas e insumos de acordo com as rotinas	Executado	

Providenciar insumos e medicamentos para o enfrentamento de situações não programadas	Providenciar insumos e medicamentos para o enfrentamento da gripe H1N1 de acordo com a quantidade apontadas pelas áreas técnicas	Executado	
Providenciar a aquisição de equipamentos, de acordo com a programação da área técnica	Adquirir 70 câmaras para a conservação de vacinas	Executado	
Dar suporte logístico para as ações da Vigilância, de acordo com a programação da área técnica	Executar a logística de divulgação e execução das campanhas de vacina	Em execução, ação contínua	

Distritos
Distrito Norte

I-Gestão do Trabalho e Educação Permanente

Atividades desencadeadas pelo Núcleo de Apoio à Gestão do Trabalho e Educação Permanente:

Gestão de pessoas:

- a) Qualificação do processo de trabalho administrativo da área de R.H. do distrito com melhora na gestão de processos específicos como controle de Benefícios, horas extras, inscrições para capacitações, atualização de quadro de RH, etc.
- b) Desencadeamento do processo de aproximação das Unidades de Saúde para dar suporte e constituir-se em referência dos processos realizados pelos administrativos com encontros distritais e locais.
- c) Manutenção do site do Distrito Norte para melhoria da comunicação entre o distrito e os serviços de saúde.
- d) Apoio constante na mediação de processos conflituosos entre gestores/trabalhadores locais, ou entre equipes de saúde, sendo parceiro dos coordenadores nos contratos e recontratos realizados, neste último ano, com trabalho mais estruturados em unidades (Barão Geraldo e Anchieta).
- e) Acompanhamento e apoio na abertura e seguimento de processos disciplinares junto à Secretaria Municipal de Negócios Jurídicos.
- f) Acompanhamento e acolhimento de profissionais em Processos de Saúde em parceria com a Área de Desenvolvimento de Pessoal da Secretaria Municipal de Saúde, com o Departamento de Saúde e Segurança no Trabalho da Secretaria Municipal de Recursos Humanos e os Serviços de Saúde envolvidos – Projeto Cuidando dos Cuidadores.
- g) Monitoramento sistemático de quadro de RH de todas as unidades.
- h) Interlocução e parceria com o Departamento de Gestão e Apoio ao Trabalho e Educação na Saúde, participando de processos de preenchimento de vagas do Concurso Público, Processos de Remanejamento, Processos Seletivos Públicos, Mesa de Negociação dos ACS, Seleção de profissionais para contratos temporários no S.S.C.F., Processos de admissão e demissão de profissionais, Abertura de Processos Disciplinares, etc.
- i) Acolhimento qualificado de novos profissionais.

Avanços:

- Maior integração/parceria entre RH Saúde SMS – RH Distrital.
- Agilidade no encaminhamento/resolução de problemas.
- Referência distrital para todos os gestores de serviços de saúde e para os técnicos do RH-Saúde.
- Aproximação do Distrito, em relação aos gestores e profissionais das equipes de saúde distrital, facilitando a condução dos processos em andamento.
- Olhar ampliado para o trabalhador (Humanização) com contratação de novos profissionais, com ampliação do quadro e complementação do mesmo.

Ações de Educação:

- a) Participação na Política de Integração Ensino-Serviço através das Comissões específicas, para acompanhamento dos campos de estágio, acolhimento dos alunos de diferentes cursos e instituições em unidades de Saúde do Distrito Norte. A equipe distrital vem procurando ampliar a oferta de serviços como cenários de prática e no ano de 2009 tivemos 06 UBS, o PA e 03 serviços de referência que receberam alunos de cursos técnico, graduação e pós-graduação com aproximadamente 182.780 horas de estágio ofertadas para as escolas de nível médio e 238.500 horas para o nível universitário.

b) Atuação e todos os processos de Educação Permanente:

- EP de gerentes com participação de 11 coordenadores de UBS, 01 de PA, 01 do Ambulatório Ceasa com encontros trimestrais.
- EP de apoiadores com a participação de 11 apoiadores e do Diretor Distrital.

c) Outros cursos de formação:

- Curso de Especialização em Saúde da Família e Gestão da Atenção Básica com a participação de 12 médicos e 06 Enfermeiros das ELR.
- Curso de Especialização em Saúde da Família com a participação de 01 Enfermeiro.
- Curso de Especialização em Direito Sanitário com a participação da Coordenadora da VISA Norte.
- Curso de Especialização em Saúde Mental com a participação de 03 profissionais: 01 apoiador e 02 T.O. de UBS.
- Mestrado e Doutorado: atualmente temos 01 apoiador e o diretor do Distrito realizando Mestrado em Saúde Coletiva na Saúde Bucal e 01 médica do PA realizando doutorado em Saúde Coletiva.
- Curso de Formação em Terapia Comunitária com a participação de 01 TO, 01 Psicólogo e 01 ACS.

d) Outras Ações de EP:

- Matriciamento: organizados pelas diversas áreas – adulto, mulher, especialidades (dermatologia, ortopedia, cardiologia, oftalmologia, neurologia, pneumologia) e mental qualificando e otimizando o atendimento nas UBS e os encaminhamentos para outros níveis de atenção.

e) Ações de Humanização:

- Participação de 2 apoiadores no Comitê Municipal de Humanização.
- Participação da equipe de apoio e do Diretor Distrital nos 5 GT de Humanização.

Avanços:

Ações desenvolvidas tendo como tema central princípios da Humanização:

- Espaço de escuta e acolhimento, propiciando reflexões sobre a prática e ferramentas de trabalho.
- Crescimento e amadurecimento por parte dos gestores e apoiadores a partir das reflexões da EP – papel a ser desenvolvido.
- Aproximação entre apoiadores / gestores locais / equipe de saúde local.
- Maior interlocução entre CETS / Distrito de Saúde / Escolas e Universidades, favorecendo a comunicação e a qualificação dos Campos de Estágio.
- Reconhecimento das Unidades de Saúde como Campo de Estágio, por parte dos gestores locais, bem como da responsabilidade pela formação dos futuros profissionais de saúde, dentro do SUS Campinas.
- Diagnóstico de situações problemas, propiciando intervenção precoce para correção, nos campos de ensino médio.
- Comissão Local de Acompanhamento do Pró Saúde – Unicamp que vem qualificando a relação com a Universidade e contribuindo na construção desta parceria.
- Grande investimento na oferta de Pós Graduação (Cursos de Especialização em parceria com Universidades) a vários profissionais do Distrito, objetivando desenvolver habilidades e competências específicas.
- Concentração dos estágios em algumas unidades como parte da construção do PET Saúde.

II-INFORMATICA E INFORMAÇÃO

1. Capacitar apoiadores e coordenadores para a gestão da Informação em Saúde
--- cumpriu parcialmente
2. Acompanhar, avaliar e socializar trimestralmente os dados e indicadores das unidades
cumpriu parcialmente
3. Acompanhar a Implantação de todas as etapas do SIGA nas unidades
--cumpriu
4. Acompanhar a implantação do DISQUESAÚDE nas unidades conforme plano conjunto da Secretaria Municipal de Saúde
---cumpriu

5. Propiciar integração das informações e dados epidemiológicos entre VISA/Apoio
---cumpru parcialmente
6. Garantir retaguarda para agilizar problemas relativos a questões operacionais no sistema de informatização, ☒ cumpru parcialmente –(dificuldade de insumos para manutenção de equipamentos de informática).
7. Monitorar o processo de registro de dados nas unidades básicas
---cumpru
8. Garantir atualização mensal do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
----cumpru
9. Propiciar integração de banco de dados de profissionais entre RH do distrito norte/ apoio informação (CNES)
-----cumpru

III-ENFERMAGEM

- Promover discussões técnicas com a participação de enfermeiros e auxiliares de enfermagem.
----cumpru parcialmente
- Capacitar e enfermeiros para implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem nas áreas do adulto/mulher/criança
----- cumpru parcialmente
- Promover reuniões mensais de enfermeiros para troca de experiências, discussões técnicas
----cumpru
- Qualificar a assistência de enfermagem com sistematização das ações do enfermeiro geral/matricial
----cumpru parcialmente
- Sensibilizar enfermeiros com relação ao processo de esterilização nas unidades
-----cumpru

IV-SAÚDE DO ADULTO

Meta:

Qualificação da atenção aos usuários portadores de Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus e Obesidade e Qualificação da atenção ao idoso em consonância com Política Nacional do Idoso.

☒ cumpru () não cumpru () cumpru parcialmente (X)

Atenção ao diabético e hipertenso

- Houveram discussões nas equipes de 11 Unidades Básicas sobre o Plano de reorganização da Atenção Básica e as estratégias a serem implementadas em cada unidade para captação, classificação de risco;
- Houve apropriação parcial dos Consensos de Diabetes e Hipertensão Arterial pelas equipes locais de referência;
- Todas as unidades iniciaram e/ou retomaram processo de cadastramento dos hipertensos e diabéticos utilizando-se da ficha hiperdia para cadastramento, monitoramento e agendamento das consultas.
- Algumas implantaram instrumentos paralelos para confecção de lista única e uma das unidades possui banco de dados próprio;
- A velocidade de cadastramento interno variou muito entre as unidades, mas o fator de maior limitação e desestímulo para continuar foram as limitações de agenda dos profissionais para as consultas agendadas segundo o protocolo.
- Nas 11 unidades houve retomada do agendamento de consulta dos enfermeiros para hipertensos e diabéticos, mas seguida de retrocesso em algumas, não sendo possível manter um ritmo crescente em todas as unidades;

b) Atenção ao idoso

- Houveram discussões sistematizadas em diferentes fóruns e momentos sobre a Política do Idoso nas unidades Aurélia e Eulina, que foram estabelecidas piloto para início do processo. Todas as enfermeiras foram capacitadas pelo distrito para a classificação funcional breve do idoso, sendo iniciada a captação de idosos e estabelecidos formalmente fluxo com o CRI- Centro de referência do Idoso. Entretanto em ambas as unidades, em função da situação crítica de enfermeiro e médico não houve avanço quantitativo. As próximas unidades serão Barão Geraldo, Anchieta e Rosália, agendadas para a primeira etapa do processo em parceria com o CRI

C) Grupos educativos

- As estratégias de Incentivo à implantação e implementação de grupos educativos e terapêuticos nas unidades não foram suficientes para garantir aumento expressivo destas práticas, embora pontualmente, tenham sido criados novos grupos e qualificação metodológica em outros.
 - não foi possível ampliar o número de grupos de cuidadores, o que será retomado como meta a partir do avanço na implantação da Política de Atenção ao idoso.
 - Observou-se avanços nos grupos de tabagismo e aumento do interesse em organizar unidades livres de tabaco e na capacitação de novos profissionais para estruturação de novos grupos de tabagismo.
 - A articulação com a equipe da VISA para trabalhos com as ILPIs ainda é incipiente, sendo ainda necessário retomar as estratégias conjuntas para continuidade no processo de avaliação do Controle da Tuberculose
- d) articulação com assistência farmacêutica
- iniciado levantamento de uso de amitriptilina, e AINHS como piloto em duas unidades, estando o processo de análise em andamento
- e) Projeto gestão do cuidado em rede
- Com a implantação deste projeto no distrito existe uma expectativa de reordenamento das ações relativas à qualificação da Atenção à saúde do adulto/idoso através de inserção de todos os apoiadores, em especial os da área do adulto/idoso.

SAÚDE INTEGRATIVA

Meta: Fortalecimento das Práticas integrativas com ênfase em Lian Gong, Ginástica harmônica, Caminhada, Homeopatia e acupuntura nos serviços de saúde do DSN de forma articulada com o trabalho das ESF, de forma a propiciar a Integralidade da Atenção.

cumpriu () não cumpriu () cumpriu parcialmente (X)

- A prática do Liang Gong nas unidades ainda carece de melhor organização, avaliação, persistindo o desafio de avanço na questão da integração com as demais ações das equipes locais de referência.
- Houve melhora no fluxo com a Reabilitação para os casos de AVC, mas não houveram avanços na referência de osteopatia.
- Houve implementação da prática de Acupuntura/ Cranioacupuntura de Yamamoto em algumas unidades mas ainda de forma pouco sistematizada, sem envolver todos os profissionais capacitados em Yamamoto.
- Foi implantado projeto piloto da saúde Integrativa no CS Barão Geraldo com o propósito de iniciar a partir desta unidade o processo de qualificação destas práticas no distrito.

V-SAÚDE MENTAL

Meta: Qualificação da Atenção em Saúde Mental nos serviços do Distrito.

- Reorganização da Atenção em Saúde Mental da Criança e Adolescente com a reestruturação do CRAISA em CAPSi

cumpriu (X) cumpriu parcialmente () não cumpriu ()

Intervenção no serviço que resultou na regionalização, territorialização e reformulação da missão e das ações para que o mesmo funcione como CAPS i (conforme previsto pela portaria ministério da saúde).

Ações previstas: a assistência de crianças e adolescentes (0 à 18 anos) em saúde mental em suas diversas patologias de média e alta complexidade, articulação de rede de cuidados e matriciamento com atenção básica e equipamentos intersetoriais.

Para a efetivação desta reestruturação foram planejadas diversas ações em níveis locais, distritais e central. Tais como: pactuação desta nova configuração do serviço com os profissionais de saúde, remanejamento de alguns trabalhadores, processo seletivo para coordenação. Além de ações e processos de trabalho junto aos Distritos Sudoeste e Sul, território que o CRAISA é atualmente referência e junto ao Distrito Leste e Noroeste para a qualificação do CEVI como referência para o distrito Norte.

- Fortalecimento e incentivo à implementação de Centros de Convivências
- cumpriu () cumpriu parcialmente (x) não cumpriu ()

Centro de Convivência Boa Vista: implementação e qualificação de atividades e oficinas destinadas para este equipamento. Contamos um educador social (remanejado do CRAISA) responsável pelos trabalhos realizados neste espaço e uma psicóloga, responsável pela organização do espaço e recepção dos usuários) e com auxílio de horas de ACS, auxiliar de enfermagem e psicóloga do Centro de Saúde Boa Vista.

Centro de Convivência Aurélia: criado em 2007, em parceria com a ONG Armando Veloso (que cedeu o local), CAPS Estação e o Centro de Saúde Aurélia.

Este equipamento mostrou-se muito potente na intersetorialidade, criando várias ofertas para a comunidade e usuários de saúde mental que sustentam os projetos terapêuticos construídos em parceria com o Centro de Saúde Aurélia e Eulina. (Brinquedoteca, alfabetização de adultos, projeto “horta terapêutica”).

Este espaço conta com voluntários da ONG, 10 horas/semanais da T.O do Aurélia e 10 horas/semanais da psicóloga do CAPS.

Implantação do espaço de supervisão para este equipamento e garantiu-se o auxílio financeiro para aquisição de materiais para as oficinas.

Centro de Convivência Anchieta: início das atividades e oficinas planejadas para este equipamento. Contamos com um profissional (educador social – remanejado do CRAISA) responsável pelos trabalhos realizados neste espaço e uma zeladora (disponibilizada pelo Centro de Saúde São Marcos) e com auxílio de horas de ACS, auxiliar de enfermagem e psicóloga do Centro de Saúde Anchieta.

Houve a implantação de um fórum regular distrital de discussão e troca de experiências, com os trabalhadores envolvidos nestes 3 equipamentos, para alinhamento de conceituação e qualificação das atividades realizadas nestes espaços.

Este grupo manteve participação efetiva no Fórum Municipal dos Centros de Convivência, o Projeto CECO Aurélia garantiu o espaço de supervisão e a aquisição de auxílio financeiro para materiais destinados a manutenção das oficinas.

Não dispomos ainda da Coordenação para o Serviço, para que o mesmo seja cadastrado no CNES, e nem de recursos humanos contratados para estes equipamentos.

- Fortalecimento e qualificação das ações do CAPS no território
cumprir (x) cumprir parcialmente () não cumprir ()

O conselho local no Caps foi implantado com a participação de gestores, trabalhadores e usuários.

Os profissionais de saúde mental do CAPS estão matriciando regularmente todas as UBS, o que impactou na aproximação do território e na diminuição do número de internações.

O apontamento para a construção da sede própria do CAPS da região Norte ainda não foi deliberado.

O projeto elaborado para construção foi enviado novamente para o Ministério da Saúde, e estamos aguardando a devolutiva. Concomitantemente, solicitamos junto ao Prefeito Municipal de Campinas, o terreno para a construção deste projeto.

- Ampliação das ações de cuidado em saúde mental nas UBS
cumprir (X) cumprir parcialmente () não cumprir ()

Implementar nas UBS a Terapia Comunitária como uma oferta de saúde mental, que visa o fortalecimento de vínculos e a coletividade para usuários e comunidade.

- Desenvolver estratégias de capacitação e supervisão para qualificação das ações dos profissionais de saúde mental.
cumprir (x) cumprir parcialmente () não cumprir ()

Garantiu-se a participação dos profissionais de saúde do distrito no curso de especialização em saúde mental ofertada pela DIR IV

Em 2009 foi implantada no Distrito a Supervisão para trabalhadores de saúde mental, trabalhadores de saúde, coordenadores das UBS e dos Serviços de Referência em Saúde Mental com objetivo de qualificar os diversos processos trabalho que envolvem a saúde mental e de fortalecer a rede de cuidados dos usuários de saúde mental.

Em 2009 o Fórum Municipal da Rede da Criança e do Adolescente foi retomado, garantiu-se a participação efetiva e regular dos trabalhadores de saúde da Norte o que potencializou projetos de destinados a este público nas UBS e território.

VI-SAUDE BUCAL

Meta: qualificação da atenção à Saúde Bucal

- Implantar um CEO para o Distrito de Saúde Norte
cumprir () cumprir parcialmente () não cumprir (X)

Para implantação do CEO – Norte percebeu-se dificuldades de locação do espaço físico, porém ainda apontamos como prioridade do Distrito para 2010.

- Garantir atendimento odontológico de urgência nos períodos em que não funcionam as UBS para a população do DSN:

cumpriu () cumpriu parcialmente () não cumpriu (X)

Em Janeiro de 2009 já foi apontado no projeto do Pronto Socorro Metropolitano espaço para implementação do serviço de urgência odontológica, nos horários de fechamento das unidades básicas de saúde (noite e finais de semana), ainda apontamos com prioridade para o ano de 2010.

- Garantir referência distrital para endodontia
cumpriu (X) não cumpriu () cumpriu parcialmente ()

Em 2008, já em funcionamento, observamos a ampliação de ofertas de endodontia, diminuindo as demandas reprimidas nas Unidades do Distrito, em 2009 a organização do serviço e aprimoramento dos fluxos de encaminhamentos das UBS para as referências propiciou uma redução ainda maior do tempo de espera e ampliação de ofertas de vagas para tratamentos endodônticos, para 2010 estaremos apontando estratégias para a ampliação de oferta de vagas para os dentes tri-radiculares, com possibilidade de instalação da referência em novas Unidades.

- Incremento de RH em Saúde Bucal:

Em 2008 foram reforçadas as equipes de Saúde Bucal do DSNorte com a contratação de cirurgiões dentistas e ACD(S), sendo possível à organização e planejamento dos processos de trabalho das Unidades Básicas apontadas que receberam este recurso. (CS São Marcos, CS Eulina, CS Village, CS Aurélia, CS Sta. Mônica, CS Barão Geraldo e CS Cássio Raposo), teremos uma nova Unidade a ser inaugurada em 2010 (CS Rosália) e temos a necessidade de continuação de investimentos em RH e criação e organização de escalas de plantão para suprir a necessidade de RH da equipe de Saúde Bucal para o Pronto Socorro Metropolitano, além da reposição por perdas referente à demissão e não renovação de contrato de cirurgião dentista (CS São Marcos - 2009).

Entendemos que em relação aos profissionais de Saúde Bucal, o investimento em Técnicos de Saúde Bucal para potencializar as ações de educação e prevenção, potencializando e otimizando o papel do cirurgião dentista na assistência e em casos mais complexos.

- Ampliação do projeto de Prótese:
cumpriu (X) não cumpriu () cumpriu parcialmente ()

Em 2007 após novo contrato com Laboratório de Prótese, reativamos o projeto de Prótese sem metal para o Distrito de Saúde Norte (setembro de 2007), contando apenas com oito horas semanais de cirurgião dentista, porém em 2008 com a ampliação de jornada do profissional, ampliamos a capacidade de confecção de Prótese, em 2009 passamos por uma reorganização e otimização dos processos de trabalho visando incremento de oferta de Próteses e para 2010 estamos focando um projeto de descentralização do serviço para as Unidades Básicas com profissionais habilitados, hoje nossa referência para atendimento é o CS Boa Vista;

- Capacitação em Cirurgia:
cumpriu (X) não cumpriu () cumpriu parcialmente ()

Até o ano de 2009 havíamos capacitado doze cirurgiões dentistas no Projeto de acompanhamento de Cirurgias no Ambulatório de Buco-maxilo do Hospital Mário Gatti, tal iniciativa proporciona a reciclagem para o profissional da rede e conhecimento do potencial da referência buco-maxilo para as Unidades Básicas para uma melhor qualificação dos serviços e resolutividade para 2010 estaremos capacitando mais quatro cirurgiões dentistas, abrindo novo ciclo de capacitações para as Unidades Básicas de Saúde.

- Campanha de Prevenção de Câncer Bucal:
cumpriu (X) não cumpriu () cumpriu parcialmente ()

As equipes de Saúde Bucal têm apresentado resultados excelentes durante as Campanhas de prevenção e diagnóstico precoce de Câncer Bucal, com organização nos processos de trabalho e muita dedicação, o Distrito de Saúde Norte se destaca como uma das melhores performances em cobertura de examinados x vacinados e em números absolutos e para 2010 buscaremos a continuidade do crescimento da cobertura com organização e planejamento nas equipes das Unidades de maior número de idosos (CS Aurélia, CS Eulina e Barão Geraldo);

- Investimentos em equipamentos:
cumpriu (X) não cumpriu () cumpriu parcialmente ()

Com a destinação de verba da Secretaria de Saúde em 2007 para a compra de equipamentos na área de Saúde Bucal, conseguimos ao receber os equipamentos em 2008, organizar a distribuição dos recursos objetivando modernizar e reequipar nossas Unidades Básicas, com os aparelhos fotopolimerizadores, aparelhos de ultrassom e jato e bicarbonato, amalgamadores, novos equipos (cadeira, unidade auxiliar e refletor), revestimentos para os equipamentos antigos, novos jogos de instrumentais; no final de 2008 fizemos novos

apontamentos contemplados em 2009 ampliando os investimentos na melhora da tecnologia e na qualidade de atendimentos.

- **Manutenção dos equipamentos:**

Aliado a manutenção preventiva dos equipamentos pelo Departamento de Manutenção, foi possível minimizar as perdas de atendimento à população durante o ano, aliado a melhora da qualidade do trabalho porém acreditamos que o processo de visitas às Unidades possa ser otimizado e o tempo de espera pelos reparos seja reduzido, bem como a substituição dos equipamentos em garantia de fábrica e maior interação com o Departamento de Ações Integradas, principalmente nas áreas de serralheria e pintura para nossos equipamentos. Porém em 2009 e primeiro trimestre de 2010, tivemos deficiências em relação ao contrato da empresa de manutenção de equipamentos odontológicos, com demora para atendimento e conserto de equipamentos.

- **Reuniões e planejamentos:**

cumpriu (X) não cumpriu () cumpriu parcialmente ()

Desde o ano de 2005 o Distrito de Saúde Norte vêm mantendo um canal de comunicação e informação com as equipes de Saúde Bucal, através de reuniões periódicas com representantes de todas as Unidades, onde é possível aproximar as necessidades da ponta com o compromisso de metas e diretrizes do Distrito e Município, tal afinação vem contribuindo sobremaneira com a superação de adversidades em 2009 estamos realizando no primeiro trimestre a formatação do documento Base para as Diretrizes de Saúde Bucal do Município, com a lógica de um planejamento ascendente e participativo em todas as esferas.

- **Indicadores de produção:**

Constantemente temos trabalhado com a leitura dos indicadores junto às equipes de Saúde Bucal, principalmente na área de produção de procedimentos e atendimentos, bem como na acessibilidade a assistência e na cobertura preventiva-curativa dos espaços sociais das áreas de abrangências, mostrando mais uma vez o empenho das equipes e a melhora dos indicadores; Para 2010 estaremos implantando todas as agendas de Saúde Bucal do Distrito de Saúde Norte no Sistema SIGA, facilitando ao usuário sua marcação de consulta, valorizando o papel importante do recepcionista e sua relação com a Saúde Bucal, bem como o melhor monitoramento para os gestores e otimização dos horários e produção.

- **Capacitações para profissionais:**

Para 2010 estaremos realizando módulos de capacitação de curta duração visando transmitir, trocar e aprimorar conhecimentos de ordem técnica para as diversas categorias profissionais na área de saúde bucal, estimulando as equipes na qualificação dos processos de trabalho.

VII-SAÚDE DA MULHER

Meta: Qualificação da Atenção a Saúde da mulher com prioridade para a Atenção pré-natal, planejamento familiar, controle de Cancer de mama e de colo.

cumpriu () cumpriu parcialmente (X) não cumpriu ()

Acoes desenvolvidas em 2009:

Realização de orientações técnicas para Qualificar a Atenção pré-natal em todas as unidades, com discussão de fluxos, protocolos, informação, registro de dados, continuidade de acompanhamento em 2009.

Melhora significativamente nos registros no SISPRENATAL na maioria das unidades de saude

Incentivo a redução da mortalidade materna/infantil: Monitoramento e investigacao de todos os obitos de mulheres em idade fertil ocorridos em 2009 e analise para desencadeamento de acoes para enfrentamento e reducao dos casos.

A manutencao das reunioes do Comitê Distrital de avaliação da Mortalidade Materno–Infantil, com reuniões mensais para discussões dos casos, sensibilização dos profissionais para a avaliação sistemática dos óbitos ocorridos na área de abrangência dentro das ERL, qualificação da assistência prestada na gestação, parto, puerpério e ao recém nascido, a fim de reduzir o número de óbitos materno/infantil.

Planejamento familiar:

O trabalho de descentralizacao do planejamento familiar para as Unidades contribui na melhora e qualificacao das acoes , diminuindo significativamente a demanda reprimida para laqueadura e vasectomia nas unidades do Distrito Norte.

Mamografia: Ampliação da cobertura através de aumento do número de exames pelo SOL e mutirões realizados em parceria com o Estado da Saude.

Cobertura de CO (mulheres de 25 a 59 anos)-

Ampliação das ofertas de exames de prevenção do Câncer de Colo (CO) com vagas disponibilizadas através do Disque-Saúde nos serviços de saúde. As estratégias de mutirões foram mantidas em algumas unidades do Distrito. A melhoria da cobertura de exames ainda continua como uma ação importante para redução da morbidade, e será pactuada meta para 2010.

A gravidez na adolescência continua sendo motivo de preocupação dos serviços de saúde, e faz-se necessário redefinir estratégias que possibilitem maior acesso aos serviços de saúde, a fim de que possam obter informações de maneira mais ágil, além de trabalhos extramuros com a participação da comunidade, escola, espaços de lazer que possam ter “vínculo” com os adolescentes, não só com foco na gestação mas também nas DST/AIDS.

VIII-ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Meta: Qualificação da Assistência Farmacêutica

cumpriu (X) não cumpriu () cumpriu parcialmente ()

- Acompanhamento dos técnicos e auxiliares de farmácia, através de visitas sistemáticas às unidades e reuniões mensais no Distrito;
- Foram realizadas além das visitas às farmácias, reuniões mensais com os técnicos para revisão de fluxos,
- orientações técnicas e abordagem de temas como: Alto Custo, insumos para glicemia capilar, Sistemas DIM e
- SIG2M, responsabilidades pelo abastecimento da unidade, inserção na Unidade de Saúde, dentre outros.
- Sensibilização dos Coordenadores sobre a responsabilidade na inserção dos técnicos de farmácia na equipe local;
- Realizamos reunião com os Coordenadores para abordar o tema, usando como instrumento um questionário aplicado previamente aos profissionais das farmácias;

_ Garantida a informatização de todas as etapas da assistência farmacêutica, com a implantação do DIM nas Unidades que ainda não havia sido implantado;

O sistema foi totalmente implantado nos CS Aurélia, Eulina e Anchieta;

SIG2M reestruturado em todas as Unidades (pré requisito para implantação do DIM), implantação do SIG2M no módulo Village.

Contratação de técnicos e auxiliares de farmácia conforme vagas do Distrito;

Qualificar a interlocução com a Botica da Família;

Realizamos reuniões com os técnicos de farmácia com a presença da farmacêutica da Botica

Fluxo com a Botica da família de acordo com cronograma e capacidade de manipulação.

Adequação das cotas das Unidades;

Cotas revistas semestralmente (no mínimo) para todas as Unidades do Distrito, sendo a última alteração implantada

em outubro de 2008.

Cadastramento de pacientes que utilizam medicamentos de dispensação mediante protocolo: losartan e sertralina

(cotas mediante cadastro)

_ Participação no Comitê de Farmácia e Terapêutica da Secretaria Municipal de Saúde

Participação na Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica do Município

Criação do Grupo de Gerenciamento de Resíduos do Distrito Norte

Foi criado em parceria com a CoVisa e a VISA Norte, o Grupo de Resíduos do Distrito, com representantes dos Coordenadores, das farmácias, da enfermagem e do pessoal da limpeza das Unidades, tendo como produto já a lista

de medicamentos (resíduo químico) separada por destinação final, reduzindo o custo com incineração.

cumpriu () não cumpriu () cumpriu parcialmente (X)

Garantir a dispensação dos medicamentos de urgência no PA Anchieta nos finais de semana e feriados.

O CS Anchieta continua montando kits para atendimento dos casos em que a dispensação é urgente, a serem distribuídos pela equipe do PA Anchieta. O desafio para o próximo ano é a criação de farmácia de dispensação própria no PA metropolitano para itens ali prescritos.

Promover o uso racional de medicamentos, com ações educativas voltadas para os prescritores, dispensadores e usuários.

Foram feitas ações voltadas para grupos específicos, por exemplo Grupo de Diabéticos do CS Boa Vista.

As ações voltadas para os prescritores foram a nível municipal

IX-ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE

Diretrizes da área de Atenção Ambulatorial Especializada:

Ampliar e organizar o acesso dos usuários para a atenção especializada, com qualidade em todos os níveis de atenção, adotando protocolos, otimizando recursos próprios e reorganizando o cuidado por meio de ações específicas, tais como:

A) Ação: Qualificar a Gestão Local em relação às especialidades e referências

Atividades (detalhamento das ações)

Realizar uma Oficina Distrital, garantindo minimamente a presença dos Coordenadores Locais e responsáveis pelas Especialidades, para exposição dos problemas levantados e reconstrução das estratégias de gestão.

Cumpriu parcialmente. Houve reformulação dessa proposta, conforme experiência apresentada pelo Distrito de Saúde Leste e consensada com os demais apoiadores distritais. A implantação será direcionada por um roteiro para avaliação do processo de gestão da Atenção Ambulatorial Especializada e visa definir um grupo técnico local da área de Especialidades para cada Unidade Básica de Saúde.

2) Estabelecer metas e indicadores para avaliação periódica das listas de espera. *Cumpriu parcialmente.* As metas e indicadores serão pactuados com o grupo técnico local da área de Especialidades.

3) Divulgar o manual de recursos disponíveis às equipes locais na oficina e sempre que houver atualização.

Cumpriu. O manual de recursos disponíveis da Atenção Ambulatorial

Meta: Fortalecer os espaços estratégicos da Gestão do SUS Local Colegiados gestores e núcleos de saúde coletiva
cumpriu () não cumpriu () cumpriu parcialmente (X)

Todas as unidades apresentam Colegiado Gestor atuante. Os Núcleos de Saúde coletiva estão mais estruturados nas unidades São Marcos, Eulina e Aurélia. Para as demais unidades estão sendo desenvolvidas estratégias para implementação. No próximo mês haverá uma oficina de trabalho que reunirá todos os profissionais envolvidos nestes núcleos.

X-CONTROLE SOCIAL

Meta: Fortalecimento do Controle Social no Distrito Norte

Fortalecimento do Conselho Distrital

Formação do CL CAPS ESTAÇÃO

Formação do CL CS Rosália

cumpriu (X) não cumpriu () cumpriu parcialmente ()

Disponibilizar verba para funcionamento dos Conselhos Locais e Conselho Distrital

Elaborar plano de ação dos serviços próprios com a participação de usuários e conselheiros de saúde, para monitoramento das metas a serem pactuadas.

Avaliar sistematicamente o grau de satisfação dos usuários e trabalhadores com os serviços públicos e conveniados ao SUS.

XI-SAÚDE DA CRIANÇA e ADOLESCENTE

Meta: Qualificação da atenção da criança e adolescente

cumpriu () cumpriu parcialmente (X) não cumpriu ()

Participação do Distrito e profissionais das unidades no Grupo de Obesidade infantil criado após realização de Seminário de Obesidade.

Acompanhamento das equipes que realizam Projeto de suplementação de ferro como estratégia para redução da desnutrição infantil/anemia.

Apoio às equipes na formação e condução dos grupos de obesidade infantil e acompanhamento individual por nutricionista de alguns casos de maior risco selecionados pelas equipes.

Desenvolvimento de ações de Prevenção e Atenção interdisciplinar a crianças vítimas de violência.

Incentivo ao aleitamento materno exclusivo até 6 meses- acompanhamento das equipes com reuniões bi-mensais do Comitê Ampliado de Aleitamento Materno com apresentação das atividades desenvolvidas pelas equipes.

Programa de Geração de Renda: implementado no Centro de Saúde São Marcos com crianças e adolescentes, e outro no Centro de Convivência Boa Vista;

PIPOCA – Programa Intersetorial de Prevenção e Orientação à Criança e ao Adolescente da Região Norte. Sua equipe é composta por profissionais das próprias UBS, que discutem entre si os casos mais complexos, a fim de potencializar as formas de intervenção e qualificar o atendimento.

Distrito Sul

Eixo I: Atenção Básica			
Objetivo: Reorganização da Atenção Básica com ampliação da cobertura, qualificação e humanização dos serviços.			
I.1. Infraestrutura			
Ações Anuais	Metas Anuais		Observações
	Prevista	Realizada	
1- Ampliar e adequar as Equipes de Saúde da Família com base nos indicadores populacionais e de vulnerabilidade.	37 equipes completas.	Atingido 38%..	Ampliação de 01 equipe no CS Orosimbo Maia e 01 equipe no CS São José . As duas equipes do CS São José não estão cadastradas no MS por falta de ACS. Perda de 37% de ACS em 2008 devido à transposição, aposentadorias e demissões. Não houve reposição em 2009. Portanto, não foi possível trabalhar com uma proporcionalidade de ACS viável para cada ELR. De 154 ACS necessários, hoje temos 98.
2- Ampliar o horário de funcionamento dos módulos.		Não cumprido.	Não foi possível alocar mais profissionais para ampliação dos horários pela insuficiência de espaço físico atual. Como as construções não foram efetivadas a meta não foi cumprida. Contudo, 02 módulos ampliaram em 01 hora seu horário de funcionamento. Meta mantida para 2010.
3- Garantir EPI (avental/jaleco com o nome do funcionário ou crachá para todos os funcionários) para serem identificados pelos usuários.		Foram viabilizados crachás para todos os funcionários.	Não houve recurso para a aquisição de uniforme. Remeter ao Nível Central.
4- Garantir a aquisição de materiais de comunicação e divulgação visando aprimorar a comunicação unidades/usuários (quadros, murais, vídeos, etc.).		Não cumprido.	Necessidade apontada em 2008 dentro do orçamento descentralizado para o distrito. Processo de compra desencadeado pelo Departamento Administrativo.
5- Garantir transporte, motorista e combustível para		Atingido 100%.	Com a parceria da Vigilância à Saúde conseguimos atender a programação enviada pelas unidades.

o trabalho das equipes.			
6- Implantar o Disque Saúde nas UBS.	Em 100% das unidades.	Atingido 60%.	Problemas com conectividade, RH e equipamentos.
7- Construir o CS Fernanda.	Obra entregue.	Não cumprido.	Irregularidades com o terreno.
8- Construir o CS Campo Belo.	Obra entregue.	Em andamento.	Inauguração prevista para maio/2010.
9- Construir o CS Oziel/Monte Cristo.	Obra entregue.	Não cumprido.	Problemas com a empresa licitada.
10- Construir o CS São Bernardo.	Obra entregue.	Não cumprido.	A obra foi iniciada, mas houve paralisação por problemas com a empresa licitada.
11- Construir o CS Orosimbo Maia.	Obra entregue.	Cumprido.	Inaugurado em dezembro de 2009.
12- Reformar o CS São Vicente.		Em andamento.	Iniciada no 2º semestre de 2009.
13- Reformar o CS Santa Odila.		Não cumprido.	Existe Emenda Parlamentar para 2010.
14-Reformar o CS Figueira.		Não cumprido.	Não houve recurso disponível.
15- Reformar e ampliar o CS Vila Ipê.		Não cumprido.	Não houve recurso disponível. Reavaliado outras prioridades no Distrito.
<p>Avaliação: O Distrito utilizou critérios objetivos para a solicitação de novos profissionais para alocação em suas unidades, considerando as necessidades de saúde de sua população, contudo a contratação de pessoal extrapola seu nível de gestão. O mesmo acontece com as obras para adequação do espaço físico das unidades. Em relação à manutenção predial, o recurso disponibilizado foi priorizado segundo as necessidades mais prementes das unidades, tendo o cronograma sido pactuado com seus gestores. Ainda que não tenham sido contempladas todas as necessidades apontadas para a ampliação da oferta de serviços em nossa região, estes fatores, contudo, não diminuíram o esforço do corpo de gestores e trabalhadores para que fosse mantida a qualidade dos serviços.</p>			
I.2. Saúde do Adulto/Idoso			
Ações Anuais	Metas Anuais		Observações
	Prevista	Realizada	
1- Garantir a capacitação de profissionais em atendimento ao idoso, considerando a vulnerabilidade (classificação de risco).	Em 100% das unidades.	Atingido 12%.	Foram capacitadas 02 Unidades Básicas (CS Figueira e CS Santa Odila), existindo 03 profissionais multiplicadores. Meta para 2010: Priorizar a capacitação das equipes nas unidades que têm maior número de idosos.
2- Implantar o Projeto de Gestão do Cuidado em Rede nas unidades.	Em 04 unidades.	Atingido 50%.	Implantado em 02 Unidades de Saúde (CS Orosimbo Maia e CS São José). Meta para 2010:

			Ampliar para no mínimo mais 02 unidades (CS São Domingos e CS Paranapanema). Em processo de mapeamento de facilitadores.
3- Implantar no território do CS Vila Ipê e CS Figueira um Polo de Convivência para idosos (articulado com o Projeto Viva Mais).	01 Polo	Atingido 100%.	
Avaliação: Em 2009 na Saúde do Idoso foram priorizadas as unidades com maior população de idosos. Uma dificuldade encontrada foi a falta de médicos generalistas e clínicos, inviabilizando as capacitações. Na Saúde do Adulto o Projeto de Gestão do Cuidado em Rede tem sido avaliado como fundamental para a qualificação da Assistência, entretanto, estamos no momento de mapear mais profissionais para ampliação do projeto no distrito.			
I.3. Saúde da Criança			
Ações Anuais	Metas Anuais		Observações
	Prevista	Realizada	
1- Qualificar a Atenção aos egressos de pediatria do HMMG junto às unidades de saúde.	Em 100% das unidades.	Atingido 100%.	
2- Ampliar e qualificar nas unidades de saúde a Assistência aos RNs provenientes da Maternidade de Campinas em casos de vulnerabilidade.	Em 100% das unidades.	Atingido 100%.	
3- Capacitar os profissionais de enfermagem das unidades de saúde para a realização do Teste do Pezinho.	Em 100% das unidades.	Atingido 80%.	Impossibilidade de participação de funcionários de algumas unidades.
4- Investigar os casos de Mortalidade Infantil em menores de 01 ano.	Investigar 100% dos casos.	Atingido 100%.	
5- Matriciamento em Pneumologia (Asma), Fonoaudiologia e Cardiologia.	Em 100% das unidades.	Atingido 100%	
Avaliação: A Vigilância aos RNs de Risco da Maternidade e aos egressos do HMMG, a investigação dos óbitos infantis e o matriciamento têm sido estratégias fundamentais para a qualificação da Assistência e a prevenção de óbitos.			

1.4. Saúde da Mulher			
Ações	Metas Anuais		Observações
	Prevista	Realizada	
1- Promover discussões, capacitações e avaliações das ações nas unidades de saúde.	Em 100% das unidades.	Atingido 80%.	A falta de profissionais e a grande demanda das unidades dificultou a realização das discussões na totalidade dos serviços.
2- Investigar os casos de óbitos de mulheres em idade fértil, óbitos maternos e óbitos fetais.	Investigar 100% dos casos.	Atingido 100%.	
3- Capacitar as equipes em Abordagem Sindrômica.	Em 100% das unidades.	Atingido 100%.	
4- Implantar o SIS Mama nas unidades.	Em 100% das unidades.	Atingido 100%.	
<p>Avaliação: O objetivo inicial era a capacitação e monitoramento das equipes com relação a Atenção ao Pré-Natal e a Saúde da Mulher, através da proximidade do Apoio Distrital aos processos, avaliando os fluxos e protocolos, entretanto, os espaços formais foram mais efetivos para disparar tais ações. O Comitê de Mortalidade investigou todos óbitos infantis e fetais - 65 casos no total do Distrito, além de reavaliar processos de trabalho e adequação de condutas com trocas de experiências entre as unidades.</p> <p>Apesar da implantação do SIS Mama, não conseguimos ainda enxergá-lo como ferramenta de monitoramento e gestão, pois não recebemos relatórios.</p> <p>Para 2010, o objetivo é manter a estratégia de monitoramento da qualidade do Pré-Natal, através da inserção do apoio junto as equipes, priorizando a análise de prontuário-ficha obstétrica e o cartão de pré –natal, bem como o seguimento dos protocolos.</p> <p>Mantido também a estratégia de valorização do Comitê, no intuito de investigar todos os casos e disparar novos olhares para a assistência prestada as mulheres em conjunto com os representantes das unidades no Comitê Distrital.</p>			
1.5. Saúde Mental			
Ações	Metas Anuais		Observações
	Prevista	Realizada	
1- Ampliar e adequar as equipes já existentes de Saúde Mental nas Unidades.	Ampliar no CS Carvalho de Moura, CS Vila Rica e CS Figueira. Implantar no CS O. Maia.	Cumprido parcialmente. Somente reposições: 01 psiquiatra CS Paranapanema, 01 psicóloga CS Paranapanema e 01 psiquiatra CS São José.	Dificuldade na fixação de psiquiatra concursado na rede e não realização de concurso público para psicólogos e terapeutas ocupacionais. Houve possibilidade apenas de reposição.
2- Construir sede própria para o CAPS AD na região do CS São José.	Obra entregue.	Não cumprido.	

3- Construir sede própria para os Centros de Convivência nas regiões do CS Paranapanema, CS São José e CS Santa Odila através de parcerias com outras secretarias e setores.	Obras entregues.	Não cumprido.	
4- Implantar Centro de Convivência na região do CS São Domingos, com no mínimo 02 profissionais, em parceria com as Secretarias de Cultura, Educação e Assistência Social.		Não cumprido.	
5- Potencializar as ações do CECO Bem Viver e fomentar outros espaços de convívio na região.	Ações de convivência na região do CS São José, CS São Domingos e CS Carvalho de Moura.	Atingido 100%.	Chegada de 01 profissional (assistente social) no CS São José, que tem desempenhado o papel de articulador nessa região.
6- Implantar a Rede da Criança e Adolescente nos eixos Suleste e Sul/Sul, em parceria com o SADA, com participação das escolas e profissionais da saúde.	Implantar nos eixos Sul/Sul e Suleste.	Atingido 50%.	As reuniões no Eixo Suleste não aconteceram regularmente.
7- Garantir os encontros mensais do Fórum de Matriciadores, com discussão de temas relativos à integração da Saúde Mental com a Atenção Básica.	Realizar 11 reuniões anuais.	Atingido 100%.	Nos encontros havia participação somente de profissionais da área de Saúde Mental, o que apresentou pouco impacto para dentro das equipes locais. Meta para 2010: Envolver representantes de outras categorias profissionais, na perspectiva de Rede Mista.
8- Promover a aproximação do CAPS Sul com os centros de saúde/equipes de referência através de reuniões mensais com discussão de Projetos Terapêuticos Compartilhados.	Encontros com as equipes de todos os serviços da Atenção Básica.	Atingido 100%.	
9- Promover a aproximação do	Pautar no Fórum de	Atingido 100%.	

CAPS AD Independência com as unidades, através de discussões de temas no Fórum de Coordenadores e oferta de Grupo de Estudo com temas relacionados ao uso de álcool e drogas.	Coordenadores temas referentes à Dependência Química e constituir grupo de estudo com os coordenadores das unidades.		
<p>Avaliação: As apoiadoras de Saúde Mental, durante todo o ano de 2009, desenvolveram um trabalho próximo às equipes de saúde mental do Distrito Sul, ou seja, 09 equipes (entre Atenção Básica e Serviços de Referência). Portanto, avaliamos uma boa produção nos processos de trabalho. Estamos realizando estudos epidemiológicos afim de mapeamento e redimensionamento das necessidades de ampliação, bem como clareza do modelo de assistência que defendemos junto aos trabalhadores e população.</p> <p>Temos como meta o aprimoramento do eixo importantíssimo da reforma psiquiátrica, que são os CECOS (Centros de Convivência), bem como investimentos no fortalecimento da parceria entre os CAPS e a rede básica. Por fim, estamos consolidando o que implantamos em 2009, a rede mista nos dois eixos (sul/sul e sudeste), com representantes dos profissionais da saúde mental, bem como de pediatras, enfermeiras e outros. O objetivo é o de trabalharmos com o compromisso de uma assistência voltada à integralidade e ao trabalho em rede.</p>			
I.6. Práticas Integrativas			
Ações	Metas Anuais		Observações
	Prevista	Realizada	
1- Realizar a prática de Consciência Postural nas unidades.	Em 100% das unidades.	Atingido 47%.	Algumas unidades não tem espaço físico adequado.
2- Repor aparelhos de som para as unidades.	Em 100% das unidades.	Atingido 100%.	Todas as unidades equipadas.
3- Capacitar 01 profissional médico para a prática de Acupuntura Yamamoto.	Em 100% das unidades.	Atingido 80%.	Meta capacitar 01 profissional por unidade, 04 unidades não capacitadas.
4- Capacitar os profissionais para a prática de Tai Chi Chuam.	Oferta da Secretaria de Saúde para o profissional que desejar.	Em treinamento profissionais de 05 unidades.	
5- Capacitar os profissionais das unidades no Projeto Caminhar.	Em 100% das unidades.	Atingido 100%.	
6- Capacitar 01 profissional para a prática de Lian Gong 3ª parte.	Em 100% das unidades.	Atingido 70%.	Capacitados 21 trabalhadores.

7- Capacitar 01 profissional para a prática de Lavagem da Medula, Qi Gong e Meditação.	Em 100% das unidades.	Atingido 100%.	Ofertada antes da Caminhada e de Reuniões Terapêuticas.
<p>8- Expandir o Projeto Resgatando o Autocuidado para os trabalhadores, ampliando as ações.</p> <p>1- Atendimento individual com retornos quinzenais e mensais.</p> <p>2- Grupos Terapêuticos</p> <p>3- Oficinas Temáticas (abertas).</p> <p>4- Desenvolvimento de técnicas para instrumentalizar os Apoiadores no apoio às unidades.</p> <p>5- Coaching de equipe.</p> <p>6- Grupo de Meditação.</p> <p>7-Grupo de Consciência Corporal.</p>		<p>1- Atendidos uma média de 70 a 75 trabalhadores por mês, individualmente.</p> <p>2- 02 Grupos Terapêuticos por semana (fechados).</p> <p>3- Realizadas em março, maio, agosto e dezembro, por inscrição.</p> <p>4- Realizadas sessões em grupo aos Apoiadores do distrito.</p> <p>5- Realizado para as equipes do SADA e CS Fernanda.</p> <p>6- Realizado 1 grupo com trabalhadores do CS Faria Lima.</p> <p>7- Relaxamento dirigido, associado a consciência respiratória.</p>	<p>1- Propomos ampliar mais dois horários para 2010.</p> <p>2- Oferta mantida e por solicitação ampliaremos os grupos terapêuticos.</p> <p>3- Este ano estamos ofertando oficinas temáticas, mês a mês. Cronograma divulgado no ano passado.</p> <p>4- O tema foi escolhido pelos elementos do grupo. Oferta mantida segundo necessidade da equipe de Apoiadores.</p> <p>5- Oferta realizada segundo a demanda das equipes. Oferta mantida para 2010.</p> <p>6- Por inscrição, um grupo por semana..Oferta mantida.</p> <p>7- Oferta para o ano de 2010 por solicitação das coordenadoras das unidades CS Faria Lima e Policlínica 3.</p>
9- Ofertar grupos de Terapia Comunitária nas unidades.	Em 100% das unidades.	Atingido 47%.	<p>O Distrito Sul é polo formador para trabalhos de grupo em Terapia Comunitária junto à população, com representantes de todas as unidades do distrito.</p> <p>Essa oferta vem se realizando sistematicamente em 04 unidades do Eixo Sul/Sul e 04 unidades do Eixo Suleste.</p>

Avaliação: Essa experiência, ofertada no Distrito Sul, com a intenção de promover um espaço institucional de práticas de autocuidado e ampliação da consciência entre o discurso e a vivência do profissional da saúde possibilitou-nos observar uma diminuição nos atestados e afastamentos de funcionários vinculados a qualquer uma dessas práticas, bem como uma melhora na qualidade de vida.

As equipes conseguiram superar suas dificuldades, aprimorando as relações e conseqüentemente qualificando suas ofertas.

Para o ano de 2010 planejamos manter as ofertas e ampliar horários de grupos segundo solicitação dos coordenadores das unidades.

I.7. Saúde Bucal

Ações Anuais	Metas Anuais		Observações
	Prevista	Realizada	
1- Implantar uma equipe móvel odontológica para trabalhar junto ao SAID.		Não cumprido.	02 equipamentos em processo de compra.
2- Implantar PA Odontológico contratando equipe específica.		Não cumprido.	A infraestrutura necessária está viabilizada pelo distrito (consultório dentro do PA São José e equipamentos). Falta contratação de pessoal.
3- Implantar o Centro de Especialidades em Saúde Bucal (CEO).		Não cumprido.	A oferta de endodontia e prótese continua sendo feita no espaço do CS Faria Lima, sendo muito aquém da necessidade da população.
4- Substituir gradativa mente os conjuntos odontológicos (cadeiras, equipos, refletores, unidades auxiliares e mochos).	Em 100% das unidades.	Atingido 79%.	Equipamentos em processo de compra.
5- Adquirir equipamentos odontológicos novos.		Cumprido parcialmente.	Todas as unidades receberam equipamentos novos (amalgamadores, Profi I e Profi II, alta rotação e outros), porém ainda falta substituir alguns itens. Meta mantida para 2010.
6- Revisar o BEC, a lista padronizada de instrumentais e materiais de consumo das unidades.	Em 100% das unidades.	Atingido 100%.	
7- Adequar a lógica de trabalho dos procedimentos coletivos junto às unidades, envolvendo a equipe multiprofissional no processo e criando estratégias		Realização de 02 Oficinas, 01 objetivando a construção da Política de Saúde Bucal e outra para reorganização dos Procedimentos Coletivos.	

resolutivas para a viabilização das ações preventivas no território.			
<p>Avaliação: As unidades de Saúde do Distrito Sul receberam ao longo do ano de 2009 vários equipamentos e cadeiras odontológicas novas ocasionando acentuada melhora nas condições de trabalho, contudo se mantém a necessidade da continuação do processo de modernização uma vez que ainda possuímos vários equipamentos antigos. Este planejamento já está previsto para 2010.</p> <p>Com relação ao R.H.houve contratação de 12 CD e 4 ASB, mas ainda insuficiente para repor as perdas ocorridas desde o início desta gestão e adequar a assistência à demanda atual. Vale salientar que não foi contratado nenhum TSB.</p> <p>As oficinas da Atenção Básica e da Reorganização dos Procedimentos Coletivos foram construídas de forma ascendente, propiciando avanços na organização dos processos de trabalho e impactando na melhora da assistência aos usuários.</p>			

Eixo II: Especialidades			
Objetivo: Ampliar as ofertas da retaguarda especializada a partir das necessidades dos usuários e garantindo sua atenção integral, priorizando os serviços próprios.			
Ações Anuais	Metas Anuais		Observações
	Prevista	Realizada	
1- Contratar profissionais para as Especialidades com maior demanda reprimida de acordo com projeto da CTE.	Contratação de 02 cardiologistas e 01 pneumologista.	Vinda de 01 pneumologista adulto para a Policlínica 2.	Profissional remanejada do Ambulatório Ouro Verde.
2- Reformar e adequar os prédios já existentes.		Cumprido.	Reforma das instalações hidráulicas e elétricas da Policlínica 2 e reforma de piso e da recepção da Policlínica 3.
3- Realizar convênios complementares aos recursos próprios de acordo com projeto da CTE.		Convênio com o Grupo de Arritmias/Diagnóstico Cardiológico para ecocardiograma e holter.	Houve adequação da oferta desses exames conforme a demanda para cada um deles.
4- Construir prédio próprio para os serviços da Policlínica 2 e Policlínica 3.		Não cumprido.	Execução do projeto de construção. Ainda sem definição de terreno para a obra.
5- Adequar o Posto Avançado de Coleta.		Cumprido.	Foi cedido espaço pelo CS Faria Lima e já realizada adequação das instalações
6- Adquirir novos equipamentos.		Aparelhos de Ultrassonografia para a Policlínica 2 e Policlínica 3 e Eletroneuromiógrafo para a	

		Policlínica 3.	
7- Qualificar o SAID incorporando profissionais e tecnologias.		Houve contratação de fonoaudiólogo, pediatra e dentista.	
8- Incrementar e implementar o agendamento pelo APOENA-SOL.		Qualificação dos profissionais através das oficinas para agendadores.	
9- Promover ações para integrar o Hospital de Ensino Mário Gatti com os serviços do distrito.		Matriciamento com médicos preceptores e residentes das especialidades : cirurgia plástica, cirurgia vascular, urologia e ortopedia.	
10- Promover ações para integrar as unidades básicas com os serviços próprios de referência.		Matriciamento em oftalmologia, fonoaudiologia, dermatologia, pneumologia e cardiologia.	
<p>Avaliação: Durante o ano de 2009 foi possível investir em ações de matriciamento, tendo como resultado significativo a qualificação da assistência.</p> <p>As Oficinas de Agendadores trouxeram maior aproximação do Distrito com os trabalhadores, fortalecendo o Sistema de Agendamento Apoena - SOL, superando as dificuldades sob nossa responsabilidade.</p> <p>Houve uma grande integração com a PIES do HMMG. Não foram totalmente superados os déficits de estrutura física e alguns equipamentos.</p>			

Eixo III: Urgência, Emergência e Assistência Hospitalar			
Objetivo: Qualificar o atendimento em Urgência e Emergência e promover a integração aos Serviços de Retaguarda e Unidades de Saúde.			
Ações	Metas Anuais		Observações
	Prevista	Realizada	
1- Ampliar equipe de profissionais do PA São José.		Cumprido parcialmente.	Conseguimos equacionar o quadro de enfermeiros. O quadro de auxiliares de enfermagem não foi possível.
2- Ampliar os leitos de Pediatria e Adulto do PA São José.		Não cumprido.	O projeto de ampliação e reforma do PA São José já foi elaborado e está em processo de licitação.
3- Garantir equipamentos necessários para o atendimento em Urgência/ Emergência, contemplando o		Cumprido parcialmente	Conforme dotação orçamentária para o Distrito o PA São José solicitou materiais e equipamentos e chegaram em 2009, mas ainda não conseguimos suprir toda a necessidade.

volume e a complexidade da demanda atual.			
4- Instituir Pronto Atendimento de Urgência Odontológica, em local centralizado, com horário de atendimento após o encerramento das atividades nas UBS, contratando equipe específica.		Não Cumprido.	Foi adquirido equipamento odontológico e destinado espaço físico no PA São José. Não ocorreu contratação de dentista e ASB.
<p>Avaliação: Conseguimos em 2009 equacionar o quadro de enfermeiros , com isso avançamos na qualificação do acolhimento com classificação de risco. O quadro de auxiliares de enfermagem não foi equacionado e portanto as necessidades têm sido minimizadas com a utilização de hora extra.</p> <p>A não ampliação e reforma do PA São José está acarretando um prejuízo ao serviço pois o prédio está deteriorado.</p> <p>Mantido para 2010 a discussão e implantação do PA Odontológico no Distrito Sul.</p>			

Eixo IV: Vigilância em Saúde			
Objetivo: Adequar e qualificar os processos de trabalho em Vigilância e Saúde Coletiva.			
Ações Anuais	Metas Anuais		Observações
	Prevista	Realizada	
1- Garantir recursos humanos para a VISA compatíveis com as necessidades do território do Distrito Sul, incluindo as ações em estabelecimentos que funcionam à noite e o cadastramento de estabelecimentos irregulares.		<p>Não foram liberadas horas extras para o período noturno. Neste ano ocorreu o incremento de 03 novos profissionais (01 enfermeira, 01 farmacêutica e 01 técnica em alimentos).</p> <p>Atingido 25%.</p>	
2- Aprimorar os canais de informação e comunicação para todos os assuntos da Saúde Coletiva, por meio do projeto de informatização de qualidade.	Projeto de informatização implantado.	Não cumprido.	
3- Melhorar a integração VISA-	Realização de reuniões	Atingido 100%.	

Apoio- Serviços, através da realização de reuniões com profissionais dos Núcleos de Saúde Coletiva das unidades.	mensais com a participação de todas as unidades.		
4- Garantir infraestrutura e insumos necessários para as ações permanentes de controle da dengue.		Atingido 50%.	Pontualmente ocorreu falta de material. Falta local adequado para alojar os ajudantes e supervisores de Controle Ambiental do Distrito, num total de 36 pessoas.
5- Garantir a elaboração e discussão de relatórios epidemiológicos de forma a instrumentalizar e qualificar os Núcleos de Saúde Coletiva.		Atingido 100%.	Esta ação foi alcançada através da realização de reuniões mensais dos Núcleos de Saúde Coletiva.
6- Garantir a utilização dos recursos financeiros necessários ao fortalecimento da equipe de Vigilância Sul (valorização profissional e fixação).		Atingido 30 %.	Apesar da implementação do PCCS, não ocorreu a etapa de avaliação e progressão funcional. Remeter ao Nível Central.
7- Adquirir mobiliário, armários e estantes para a guarda de material técnico da VISA.		Atingido 70%.	Aquisição realizada através do Convênio VISA com SSCF e Departamento Administrativo da SMS.
8- Adquirir equipamento de informática.		Atingido 50%.	
9- Melhorar, agilizar e otimizar o registro de protocolados e processos que tramitam na VISA.	Sistema PMC 2000 implantado.	Atingido 80%.	Falta implantar alguns procedimentos administrativos (juntadas e apensamentos).
10- Implantar Projeto de Saúde do Trabalhador no Distrito Sul.		Não cumprido.	

11- Implantar Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde nos serviços próprios do Distrito Sul, em conjunto com o apoio técnico da farmácia.	Todas as fases do plano implantadas.	Atingido 40%.	Ocorreu a fase de sensibilização dos profissionais de saúde das UBS (principalmente os técnicos de farmácia) para o tema e capacitação dos mesmos. Falta elaborar os planos, executar e acompanhamento.
12- Organização da Vigilância em Saúde Ambiental.		Atingido 75%.	A Vigilância do Solo está em fase de implantação.
13- Incrementar o uso do SIVISA como sistema de informação em Vigilância Sanitária, utilizando-o em sua plena capacidade.		Atingido 100%.	O sistema de informação SIVISA deve ser utilizado no registro das ações de Vigilância Sanitária.
14- Intensificar progressivamente as ações de Vigilância Sanitária em estabelecimentos de assistência e interesse à saúde.		Atingido 100%.	O número de fichas de procedimentos do SIVISA aumentou, denotando um melhor registro dos dados e maior atuação da VISA.
<p>Avaliação: A gestão buscou ampliar o quadro de RH, melhorar as condições estruturais e físicas de trabalho, a integração da VISA com os demais serviços de saúde e a atuação intensa e efetiva nas ações de prevenção e controle de agravos à saúde. Devido à não realização de Concurso Público não foi obtido o resultado esperado, conseguindo somente 03 profissionais.</p> <p>A existência do convênio PAM/VISA com o SSCF, agilizou capacitação de pessoal, melhora da infraestrutura e ações de vigilância em saúde. No decorrer do ano ocorreu a epidemia de Influenza H1N1 onde a equipe de vigilância epidemiológica trabalhou intensamente nas ações de prevenção e controle. Foram realizadas ações conjuntas com Ministério Público e COFISC (Tolerância Zero).</p> <p>A quantidade de estabelecimentos vistoriados e cadastrados aumentou, bem como a arrecadação de taxas de licenciamento. A avaliação geral foi positiva, sendo que dentre as ações alcançadas, destaca-se: 1) Núcleos de Saúde Coletiva atuantes, que se reúnem mensalmente, com participação efetiva dos serviços, apoio e VISA; 2) Utilização obrigatória do SIVISA como instrumento de informação de Vigilância Sanitária; 3) Implantação do Sistema PMC para os registros e tramitações dos protocolados, trazendo agilidade, segurança e transparência ao serviço prestado. Como desafios, manter ativo e atuante o NSC, em conjunto com a equipe de Apoio, e capacitação da equipe; melhoria das condições estruturais de trabalho; sistematização, organização e avaliação dos procedimentos administrativos (sistemas PMC e SIVISA) realizados pela VISA Tuberculose; potencializar as atuações em Vigilância Ambiental.</p>			

Eixo V: Gestão, Informação e Apoio Logístico
Objetivo: Garantir a disseminação e a democratização das informações geradas pela SMS, ressaltando os aspectos relacionados à transparência e à apropriação pela gestão e pela sociedade. Otimizar os recursos disponibilizados, ampliar a oferta dos serviços através de um modelo democrático e participativo.

Ações Anuais	Metas Anuais		Observações
	Prevista	Realizada	
1- Qualificar a coleta, a utilização e o acesso aos dados ambulatoriais e cadastrais para garantir o fluxo da comunicação através de capacitação das equipes e apoio técnico constante.	Em 100% das equipes.	Atingido 30%.	Não conseguimos realizar as discussões com todas as equipes para a qualificação do uso dos instrumentos de informação.
2- Garantir que todos os serviços tenham equipamentos necessários para gerar e trabalhar com dados de informação, (contemplando a disponibilização da Internet Banda Larga para o C.S. Carvalho de Moura e PA São José).		Não foi viabilizada a Internet Banda Larga para o CS Carvalho de Moura.	
3- Qualificar a informação e comunicação eletrônica entre o distrito e unidades.	Implantação e capacitação do software gmail como facilitador para o uso do e-mail.	Atingido 100%.	Os e-mails encaminhados para o webmail são redirecionados para o gmail.
4- Adquirir material educativo e equipamentos audiovisuais, alocados no Distrito Sul para utilização de todos os serviços, bem como recursos e retaguarda técnica para elaboração e produção de materiais educativos em conformidade com os projetos em		Não cumprido.	Meta mantida para 2010.

desenvolvimento.			
5- Adquirir mobiliários para a sede atual do distrito.		Parcialmente cumprido.	Dentro da disponibilidade de recurso orçamentário descentralizado para o distrito, recebemos parte da necessidade. Meta mantida para 2010.
6- Reformar a sede distrital atual.		Não cumprido.	Não viabilizada pois priorizamos a manutenção predial das unidades.
7- Qualificar os Prontuários Gerenciais de todos os serviços (pastas, mapas e outros).		Em andamento.	Proposta de pactuar com os coordenadores indicadores mínimos para serem trabalhados e monitorados através do Contrato de Metas.
8- Criar no Organograma Oficial da SMS cargos para os coordenadores dos Módulos que se transformaram em Centros de Saúde, conforme deliberação da 7ª Conferência Municipal de Saúde.		Não cumprido.	Fora da governabilidade da instância distrital.
9- Realizar o preenchimento dos laudos de APAC pelo SIGA.	Nos CAPS Toninho e AD Independência.	Atingido 100%.	
10- Informatizar as agendas locais através do SIGA.	De acordo com a capacidade da unidade.	Atingido 100%.	Não foram colocadas todas as agendas no SIGA por falta de pessoal, equipamentos e conectividade.
<p>Avaliação: Apesar de não ser de forma sistematizada e uniforme, o distrito trabalhou com algumas unidades a coleta e utilização dos dados de forma a estruturar o Prontuário Gerencial, o qual continua como prioridade para 2010.</p> <p>Em relação ao apoio logístico, muitas das ações extrapolam a governabilidade do distrito. Uma dificuldade que se mantém é a falta de Internet no CS Carvalho de Moura. Um facilitador da gestão foi a instituição dos cargos de coordenação nos módulos.</p>			

Eixo VI: Assistência Farmacêutica			
Objetivo: Ampliar o acesso aos medicamentos, promover o seu uso racional e garantir política funcional e regular de insumos em geral.			
Ações Anuais	Metas Anuais		Observações
	Prevista	Realizada	
1- Rever as cotas	Rever 100% dos itens.	Atingindo 80%.	Dificuldade para alteração de alguns medicamentos.

periodicamente, adequando as necessidades de cada unidade.			
2- Adequar as condições de armazenamento e controle dos medicamentos (espaço físico, mobiliário e equipamentos) das unidades de saúde.		Cumprido parcialmente.	Meta mantida para 2010.
3- Implantar o SIG 2M nas unidades que ainda não possuem o sistema.	11 unidades.	Atingido 18%.	Implantado no CS Orosimbo Maia e PA São José. Faltam: C. Moura – falta conectividade Faria Lima – lentidão no sistema Monte Cristo, Nova América, Oziel e Fernanda – falta pessoal e equipamentos Campo Belo – falta equipamentos Poli III e SAID – falta pessoal
4- Implantar o DIM nas unidades que ainda não possuem o sistema.	08 unidades.	Não cumprido.	Faltam: C. Moura – falta conectividade Faria Lima (tem somente para psicotrópicos) – lentidão no sistema Orosimbo Maia – lentidão no sistema São José (tem somente para psicotrópicos) – lentidão no sistema Monte Cristo, Nova América, Oziel e Fernanda - falta pessoal e equipamentos Campo Belo – falta equipamentos
5- Realizar reuniões mensais com os técnicos e auxiliares de farmácia para a qualificação da Assistência Farmacêutica.	10 reuniões anuais.	Atingido 70%.	A programação não foi cumprida na totalidade devido a outras demandas internas à unidade e ao distrito.
5- Implementar Plano de Gerenciamento de Resíduos no Distrito Sul	Em 100% das unidades.	Em andamento.	Sensibilização e capacitação dos técnicos e auxiliares de farmácia. Iniciado o plano somente com os medicamentos, mas algumas etapas ainda não implantadas.

Avaliação: No ano de 2009 priorizamos a aproximação com os técnicos e auxiliares de farmácia, através da realização de reuniões mensais, com discussões de temas, rotinas e fluxos. Outra prioridade foi a implantação do Programa de Gerenciamento de Resíduos.

Para 2010 mantemos a meta de implantar o SIG 2M e DIM nas unidades que ainda não possuem os sistemas, mas para isso precisamos de pessoal, resolução de problemas de conectividade e equipamentos. Também apontamos como prioridade a continuidade da realização das reuniões mensais com os técnicos e auxiliares de farmácia.

Distrito Leste

Relatório de Gestão referente ao exercício de 2009, tendo como referência o Plano Municipal de Saúde e o Planejamento 2006/2009, e o relatório de gestão 2008.

Atenção a Urgência

Foi proposta a estruturação do serviço de urgência em saúde bucal no município e houve melhoria da gestão do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde sem, entretanto, garantir acesso à assistência odontológica de urgência no período noturno e nos finais de semana, no Distrito de Saúde Leste

Ainda necessitamos adequar o RH do Pronto Atendimento Centro, que não tem seu quadro medico completo, e também a baixa articulação do Pronto Atendimento com as Unidades de Saúde Básica. Porém tivemos avanços considerados na criação de redes com os serviços de Referência em Saúde Mental do Distrito Leste.

A capacitação das equipes das unidades para o atendimento da urgência conforme os princípios da EP não ocorreu por não articulação do NEU para a realização do processo. Houve, entretanto a sistematização nas UBS do atendimento em grupo aos pacientes com doenças crônicas (hipertensão, diabetes, entre outras). Esta sendo feita a discussão dos protocolos técnicos do sistema de urgência e emergência do município, comum aos serviços próprios, conveniados e integrados ao sistema, pela Câmara Técnica de UE, e também SAID, e Saúde Mental.

O Projeto do M.S. da Getão da Clínica tem melhorado efetivamente o tratamento dos agravos a pacientes com doenças Crônicas, destacando-se a ICC

Atenção hospitalar

Ocorreu o aprimoramento da integração entre os serviços de internação com os SAID(s) buscando altas programadas, maior giro e menores taxas de permanência, porém não ocorreu a divisão dos SAIDS por Distrito. Ainda temos dificuldade de leitos psiquiátricos para internação de pacientes dependentes químicos e adolescentes.

Especialidades e SADT.

Foi proposto o redimensionamento do SAID Leste/Norte, criando um SAID por Distrito, faltando a implementação da proposta (projeto já encaminhado ao Ministério da Saúde). Tivemos a complementação dos profissionais médicos do SAID, porém mantém o corpo clínico de enfermagem incompleto

Em 2009 houve a ampliação e organização do acesso aos usuários para atenção especializada com qualidade em todos os níveis de atenção. Tivemos a elaboração de instrumentos de monitoramento e avaliação das unidades básicas, de referência próprias, e serviços contratados/conveniados por priorização de outras ações como matriciamento, avaliação de processo e protocolos.. O matriciamento na área de especialidades e SADT para dentro do DSL foi mantido.

Na área de saúde bucal, por falta de investimento e contratação de RH não ocorreram a organização da referência em Periodontia no DSL, a implantação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) – Programa Brasil Sorridente (Projeto do Ministério) e a ampliação dos serviços ofertados pelo Projeto de Prótese Dentária.

Vigilância e Saúde Coletiva

Ainda insistimos com a proposta da ampliação da ViSa Leste em duas unidades, além da divisão do território abrangido atualmente por esta vigilância, para 2010/2011

Atenção Básica - Redução da mortalidade materna e infantil

Houve avanços na área da Saúde da Mulher quanto a qualificar a integralidade das ações. Implementado o projeto de humanização ao pré-natal e parto; propondo a discussão nos grupos de gestantes das UBS as vantagens do parto normal, visando a redução da taxa de cesáreas.

Foram efetivadas a promoção do aleitamento materno e alimentação saudável, o acompanhamento e a investigação de todas as mortes maternas visando a redução da taxa de mortalidade materna. Os dados para avaliar a redução da taxa de mortalidade infantil por causas evitáveis ainda estão em processamento.

O projeto para redução da desnutrição, anemia e obesidade infantil esta sendo implementado, aguardamos o lançamento do protocolo da Obesidade Infantil.

Atenção Básica - Controle de doenças e agravos prioritários

O aumento da cobertura de CO em mulheres em idade de risco para CA cervical não foi avaliado, havendo ações após a EP que discutiu a Saúde da Mulher. Não houve monitoramento da mortalidade por Ca de Colo e Mama,

pois, a priorização de outras ações impossibilitou a realização desta ação em 2009. A implementação do SisColo, em andamento, produzirá relatórios que contribuirão com essas ações.

Ações para ampliar o diagnóstico e captação aos portadores de Diabetes e Hipertensão foram desencadeadas, havendo aumento do cadastros no Hiperdia do Distrito de Saúde Leste. Em algumas Unidades foi possível reorganizar o atendimento desses pacientes com ampliação das ações da enfermagem, médica e grupos.

Os indicadores padronizados pela Atenção Básica não foram mensurados.

O combate aos maus tratos na infância e a violência doméstica mantendo as reuniões nas UBS com os profissionais da saúde sobre o tema “violência doméstica”, acompanhando os dados do SISNOV e construindo o mapeamento não avançou, com interrupção das reuniões nas unidades.

A morbimortalidade por DST/Aids foi avaliada, e foram propostas estratégias para a qualificação do atendimento às DST/Aids segundo critérios da abordagem sindrômica e incentivando práticas educativas acompanhando os dados de notificação e sensibilizando os profissionais. As atividades de prevenção e captação da população foram desencadeadas em algumas unidades, focando o público feminino.

Quanto à redução da morbidade e mortalidade por causas externas (homicídios e acidentes de trânsito) os dados foram acompanhados, mas sem avaliação da qualificação na assistência. O PA Centro continua sendo a grande referência para traumas na área central da cidade, muitas vezes extrapolando seu limite de atendimento.

Houve a ampliação de ações educativas, práticas integrativas e a realização das campanhas anuais visando a redução da morbidade e mortalidade por doenças do aparelho circulatório, sem avaliação do impacto.

Implantado o Programa Caminhar para a Saúde em todas as Unidades

A capacitação das equipes para o acompanhamento de alcoolistas e tabagistas se deu parcialmente pelas unidades que já trabalhavam nesta linha.

Atenção Básica - Atenção integral ao idoso

Foi realizada e ampliada para todo o município a capacitação de cuidadores de idosos, a capacitação de profissionais de saúde e foi pactuado a implementação de grupos de cuidadores de idosos por unidade de saúde conforme perfil epidemiológico.

Foi proposto e efetivado a retomada da “Capacitação para Instituições de Longa Permanência para Idosos” para o cuidado de idosos e foi proposta e efetivado a implantação de um Centro de Vivência para Idosos já em funcionamento dentro do Parque Taquaral.

Item:

Atenção Básica - Melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde bucal.

Houve aquisição parcial de equipamentos e materiais para qualificação das ações educativas e diversificação das ações de saúde.

O fortalecimento da Política de Prevenção em Saúde Bucal ocorreu com adesão de todas as equipes locais, havendo melhora do monitoramento dos procedimentos coletivos em saúde bucal.

Também houve adesão de todas as equipes nas campanhas de prevenção e detecção precoce de câncer bucal.

O pacto para a realização de levantamentos epidemiológicos nas UBS para subsidiar planejamentos locais não ocorreu, restringindo-se à classificação de risco.

Houve avanços na utilização da estratégia da alta pactuada como uma possibilidade de ampliação de acesso em odontologia.

Manutenção dos espaços das reuniões de representantes propiciando troca de experiência entre as equipes, e a realização de capacitações sobre temas apontados nesse espaço.

Discussão do tema da saúde bucal no espaço do Controle Social, local e distrital.

Atenção Básica – Assistência Farmacêutica

Houve o acompanhamento do gerenciamento de medicamentos e insumos em todas as unidades, bem como o monitoramento e avaliação do SIG2M e implementação da Dispensação Individualizada de Medicamentos (DIM), nas unidades, exceto nos Centros de Saúde Carlos Gomes e Boa Esperança.

Manteve-se a Assistência Farmacêutica dos programas de saúde do Ministério da Saúde (DST/AIDS), Diabetes, Tuberculose, Hanseníase, Leishmaniose, Tracoma, Meningites e outros, com o monitoramento do acesso dos pacientes à medicação, através do DIM.

Temos técnicos de farmácia para todos os serviços de saúde, sem, contudo, cobrir a necessidade plena das Unidades, com qualificação do atendimento, exceto o CS Carlos Gomes. Manutenção das reuniões com os profissionais de farmácia junto a Farmacêutica do Distrito. Participação do Apoio do Distrito junto ao Comitê de Farmácia e Terapêutica.

Reorganização do modelo assistencial na Atenção Básica com ampliação da cobertura, qualificação e humanização dos serviços.

A Oficina de Atenção Básica realizada no mês de novembro no distrito leste norteou nossas necessidades e planejamento para 2010.

Foi ampliado o acesso aos serviços de saúde, utilizando os critérios de risco, organizando a assistência ao paciente através do acolhimento, humanização, sistematização da assistência aos pacientes hipertensos e diabéticos por equipe de referência.

Reposição e ampliação dos profissionais das UBS, com contratação de médicos, e enfermeiros,. No entanto houve diminuição do número de agentes comunitários de saúde sem a reposição dos mesmos, com perda substancial na qualidade da atenção a população. Auxiliares de enfermagem e profissionais da saúde bucal também não foram repostos, comprometendo a assistência.

A implantação de uma organização de atenção básica diferenciada para a região central da cidade executando um projeto de divisão territorial da área central em dois serviços, com base no perfil epidemiológico específico dessa região não ocorreu. Esta prioridade é exclusiva do DS Leste, não havendo empenho dos demais Distritos e da Secretaria.

Foram realizadas algumas adequações na atenção da população na área rural do DSL com a reabertura do Espaço Cultural Santa Maria em Joaquim Egidio, onde uma equipe do PSF leva atendimento a população rural.

Os módulos de saúde transformados em Centros de Saúde, com Centro de Custo, ICV, e cotas próprias no Almoxarifado, ainda deixam a desejar em relação a estrutura física e sistemas de informação, uma vez que ainda não foram implantados o DIM e o Siga Saúde e continuam com recursos humanos insuficientes para a demanda.

Atenção a Saúde Mental

Foi ampliado o acompanhamento das ações de saúde mental nas equipes do PSF, com a chegada de novos profissionais e maior estreitamento da relação com os CAPS, através de matriciamento em todas as unidades do Distrito.

Houve a reorganização da reunião de Saúde Mental no Distrito, ampliando a participação dos profissionais de outros serviços além das Unidades Básicas, consolidando a rede de saúde mental e levando a repensar o modelo de saúde mental dentro das Unidades de Saúde.

Reorganização da internação psiquiátrica pelo SUS através do fortalecimento dos fluxos entre as NAC, NADeQ, CAPS, UBS, PA e Santa Casa.

Equipamentos, Reformas e Manutenção

A frota de veículos não foi ampliada, e ainda não corresponde a necessidade do Distrito. As propostas para realização de reformas e adequação das Unidades de Saúde foram realizadas mas não efetivadas: unidades de Sosas, Carlos Gomes e Boa Esperança, construção de sede própria para o CAPS-ad e SAID Leste.

Gestão de pessoal

Foi mantida a capacitação das equipes distritais e locais em gestão de serviços de saúde bem como dos profissionais técnicos da saúde para qualificação do serviço através da política de Educação Permanente, entretanto, sem criar instrumentos de avaliação de impacto das capacitações.

Foram realizadas várias capacitações na Área da Saúde Integrativa, incluindo Acupuntura de Yamamoto, Ginástica Postural, Ginástica Harmônica, Dança Circular, Tai Chi Chuan, Tai Chi Qi Gong e 3ª parte do Lian Gong.

Houve o redimensionamento do quadro de RH assistencial de todas as Unidades de Saúde e VISA.

Não houve aquisição de EPI(s), uniformes e crachás.

Considerações Gerais:

Não houve avanços em obras ou ampliações de unidades do DS Leste, por priorização de outras pela Secretaria de Saúde considerando-se perfil sócio epidemiológico local.

Várias capacitações para os profissionais do DS Leste foram ofertadas, destacando-se manutenção do Programa de Educação Permanente, entre outros, qualificando a assistência aos usuários da saúde.

Ainda temos muitas dificuldades com a falta de recursos humanos dentro das unidades básicas, destacando auxiliares de enfermagem, agentes de saúde, médicos; e principalmente no PA Centro temos o atendimento comprometido por falta de médicos emergencistas.

Consolidamos a qualificação do atendimento de hipertensos e diabéticos, com impacto direto nos Centros de Saúde aumentando a captação de casos e reorganizando a assistência à saúde desta população. Também tivemos grande avanço no monitoramento e adequação de vagas das especialidades para as unidades básicas.

Distrito Sudoeste

Ações anuais	Metas previstas	Metas realizadas	Justificativas
EIXO 1: Atenção integral			
Apropriação do território pela ELR e responsabilização			
1. Ampliar e manter atualizado o Cadastro de usuários do SUS.	100%	sem dados	Banco Cadcamp não disponível com dados de 2009
2. Organizar a adscrição do CAPS Novo Tempo em mini-equipes de referência para cada área das unidades	100%	100%	
3. Reavaliar e redimensionar as equipes de saúde da família de acordo com as necessidades locais e população adscrita, segundo o documento da Reorganização da AB	52 equipes completas	42 equipes	Equipes cadastradas, porém incompletas, com falta de profissionais, principalmente médicos
4. Realização do mapa de risco e vulnerabilidade (por faixa etária, SUS-dependência, patologias mais prevalentes, perfil sócio- econômico e sanitário, etc), atualizando periodicamente	1 mapa annual	não realizado	
5. Dividir o território do C. S. Dic I, com a construção de uma nova unidade		não realizado	
6. Completar as equipes com ACSs	42 equipes completas	31 equipes completas	
7. Ampliar as equipes de Saúde da Família	6 equipes	nenhuma	
Humanizar o Atendimento ao usuário: postura acolhedora de toda equipe de saúde			
1. Realizar oficinas de sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para uma postura acolhedora	1 oficina semestral	1 oficina anual	Realizada uma oficina municipal para os profissionais da recepção
2. Organizar as agendas para assistência programática e intercorrências (urgências), de forma que não prejudique o acesso qualificado e responsável.	100%	92%	Meta realizada através do Siga. Única unidade que não utiliza o sistema é o C. S. Santa Lúcia, por problemas técnicos de acesso à internet
Ampliação das práticas integrativas no cuidado aos usuários			
1. Construir e material de divulgação das práticas integrativas para usuários e profissionais de saúde.		Realizada	Divulgado através de cartilhas municipais como o Guia do do SUS Campinas e Viva Mais
2. Realizar de um Seminário de Experiências Exitosas em Práticas Integrativas.		Não realizada	
3. Ampliar o número de profissionais capacitados em práticas integrativas	1 profissional por unidade	100%	

4. Desenvolver avaliação qualitativa do impacto das práticas		Não realizada	
Integrar as atividades de Saúde Bucal às ações das Equipes de Referência			
1. Implantar pronto atendimento odontológico (noturno e final de semana) no CHOV.	Até o final de 2009	Não realizado	
2. Garantir a constituição de equipes completas de saúde bucal com a contratação de dentistas e ACDs de 36h	42 equipes completas	12 equipes completas	O restante das equipes são compostas por dentistas 20 horas
3. Problematicar a articulação entre a Equipe de Saúde Bucal e a Equipe de Referência através de Oficinas e seminários	1 seminário	Realizada	
4. Nomear a coordenação local para o CEO Sudoeste		Realizada	Coordenador local desde outubro de 2009, desde então tem estreitado relações com as unidades, melhorando o fluxo e as ofertas
5. Participar efetivamente da campanha para detecção de câncer bucal	50% dos vacinados	52% dos vacinados	Vacinação gripe sazonal
Implementação da atenção da Saúde Mental na Unidade de Saúde			
1. Promover o compartilhamento dos PTS dos usuários do CAPS, organizando reuniões periódicas entre equipe de saúde mental das UBSs e equipe de referência do CAPS.	Contínua		
2. Efetivar o matriciamento em Saúde Mental com sistematização das ações e avaliar o impacto ao longo do processo, no acesso e na assistência.	Contínua	Realizada	
3. Fazer um estudo de dimensionamento e da distribuição dos RH da SM dentro do distrito e avaliar		Realizada	
5. Implementar um CAPS/AD no distrito.		Não realizada	
6. Ampliar ações de convívio solidário e geração de renda.	Construção de quiosque no Chov	Não realizada	
7. Implantar o Caps infantil no Distrito Sudoeste		Realizada	Caps infantil sendo referência para os Distritos Sudoeste e Sul
8. Construção da sede própria do Caps Novo Tempo		Não realizada	
9. Ampliar a equipe do Centro de Convivência Tear das Artes		Não realizada	
10. Implantar mais um Centro de Convivência		Não realizada	
EIXO 2: Integralidade do sistema			
Articular trabalhos do Hospital Ouro Verde, Ambulatório de Especialidades, Laboratório, com as unidades de saúde do Distrito Sudoeste			
1. Visita dos profissionais a outras unidades: CHOV – unidades sudoeste		Realizada	

2. Divulgação dos serviços oferecidos pelo CHOV e estreitar a relação com a rede	Realizar uma oficina para os gestores do município	Realizada	Oficina realizada para apresentação do Chov, sua missão e atuais ofertas
3. Grupo tarefa que organize um fluxo de monitoramento de pacientes crônicos	Grupo de linha do cuidado - CHOV/Unidades	Realizada	Linha do cuidado com diabéticos insulino-requerentes
4. Estabelecer fluxos de informações sobre os pacientes atendidos.	Ambulatório de egressos e relatório de alta	Realizada	Em 2009, ambulatório de egressos dos pacientes clínicos e pediátricos
5. Divulgar melhor as ofertas do CTA Ouro Verde	Atividades descentralizadas das ofertas	Realizada	Através do CTA Itinerante no território e matriciamento às unidades
6. Manter a participação efetiva do Distrito Sudoeste na comissão gestora do convênio.	Participação efetiva nas reuniões	Realizada	Membros oficiais da Comissão: Coordenadora distrital e um apoio
7. Implantar o SAID Sudoeste	Said Sudoeste até o final de 2009	Não realizado	Não houve repasse financeiro do Ministério para implantar os Sais municipais
8. Implantar o Centro de Reabilitação Física do Distrito Sudoeste		Não realizado	
Disparar processos integradores e articuladores entre os diferentes sujeitos institucionais			
1. Investir no aprimoramento do relatório de devolutiva do Laboratório para as unidades de saúde.	Relatórios mensais e criação de grupo de acompanhamento	Realizada	Relatórios tem sido enviado à todas unidades do município. Grupo formado por representantes de todos os distritos, que faz discussão e análise de dados
2. Reativar os treinamentos em urgência e emergência nos CS/CAPS	Capacitar as unidades faltantes	Não realizada	O Neu do município não realizou capacitações neste ano
Qualificar a Atenção Secundária			
1. Ampliar oferta de vagas de especialidades de acordo com a demanda reprimida		Parcial	
2. Ampliar oferta de vagas nas especialidades odontológicas: endodontia e prótese		Não cumprida	
EIXO 3: Vigilância e Saúde Coletiva			
Qualificar o Núcleos de Saúde Coletiva			

1. Garantir matricamento dos técnicos da VISA nos espaços do NSC e demais necessidades das unidades	Contínua	Realizada	
2. Capacitar os trabalhadores para realizar eventos sentinelas e traçadores seguindo metodologia epidemiológica		Não realizada	
Instrumentalizar Gestores/trabalhadores para o uso das informações em saúde como ferramentas da gestão			
1. Sistematizar e publicizar os indicadores epidemiológicos por Unidade	1 Boletim epidemiológico distrital annual	Não realizada	
2. Realizar capacitações e discussões sobre a utilização dos sistemas de informação para os coordenadores e profissionais dos CS (TABNET, SIG2m, SIGA, DIM, SIGAB, SISPRENATAL, SIM, SINASC, SOL, SINAM, GEOPROCESSAMENTO, ETC.).	2 ao ano	Não realizada	
Qualificar as ações da Vigilância Ambiental			
1. Melhorar o controle de cães e gatos de rua		Não realizada	
2. Aumentar a fiscalização de criadouros e abatedouros clandestinos		Realizada	
EIXO 4: Gestão participativa			
Aprimorar os espaços coletivos e participativos: Colegiado gestor, reuniões de equipe de referência, matriciamentos, reuniões clínicas, reuniões gerais de equipe, etc			
1. Avaliar o papel e rediscutir atribuições do Núcleo de Saúde Coletiva	Oficina com os gestores	Realizada	Reunião realizada com o Colegiado de gestão em agosto 2009. Desta reunião saiu a estratégia da implantação do Núcleo de Saúde Coletiva Distrital
2. Priorizar a agenda dos apoiadores nos espaços coletivos das unidades.	Contínua	Realizada	Participação nos espaços já existentes e estímulo à gestão para criação de novos espaços coletivos nas unidades
3. Organizar e manter as reuniões gerais das equipes das unidades de saúde, com pauta qualificada e temas específicos.	Contínua	Realizada	Participação nos espaços já existentes e estímulo à gestão para criação de novos espaços coletivos nas unidades
4. Avaliar papel e rediscutir atribuições do Colegiado Gestor	Oficina com os gestores	Não realizada	

5. Disparar processos que potencializem a participação nas reuniões do Colegiado de Coordenadores	Contínua	Realizada	Tema priorizado na Educação permanente com reunião sobre grupalidade e melhor integração do colegiado. Cronograma de reuniões com pautas prédefinidas e elencadas pelo grupo
6. Capacitar e qualificar conselheiros locais de saúde para exercício de sua atribuição esclarecendo papeis e atribuições	Capacitação de conselheiros	Realizada	Curso de EP de conselheiros sendo realizado
7. Fornecer vale transporte para os conselheiros usuários		Não realizada	
EIXO 5			
Apoio logístico			
Estrutura física e de segurança adequada às necessidades das unidades de saúde			
1. Garantir sede própria e adequada para alocar o distrito de saúde sudoeste.		Não realizada	
2. Estabelecer cronograma de prioridade para manutenção predial		Realizada	Reforma predial: C. S. Itatinga, Caps Novo Tempo
3. Descentralizar equipe de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e predial.		Parcial	Descentralização da equipe de suporte de informática
4. Realizar o planejamento de aquisição de equipamentos permanentes segundo necessidades das unidades	Anual	Realizada	
5. Instalar cameras e alarmes em todos os serviços de saúde do Distrito	15 serviços	6 serviços	
6. Alocar guardas terceirizados em período integral em todos os serviços	15 serviços	3 serviços	
Gestão qualificada dos insumos, equipamentos, materiais, malote e documentos			
1. Avaliar o fluxo de distribuição do malote e readequá-lo se necessário.	Contínua	Realizada	Fluxo sistematizado e monitora

2. Avaliar o fluxo da rouparia, bem como o contrato vigente e propor adequações.		Realizada	Mudanca de contrato com readequação de fluxo
3. Capacitar os profissionais administrativos.	Oficinas de capacitação	Realizada	Reuniões sistemáticas com os administrativos do distrito para capacitação das rotinas administrativas
4. Garantir equipamentos e insumos de informática, em número suficiente para o processo de informatização da rede		Não realizada	
5. Aquisição de veículo	2 veículos	1 veículo	1 Kombi

Distrito Noroeste

EIXOS	AÇÕES NO ANO DE 2009	METAS ANUAIS		RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS		OBSERVAÇÕES
		PREVISTO	REALIZADO	PREVISTO	REALIZADO	
PESSOAL / RH	Completar as equipes de Saúde da Família das Unidades	Completar 28 ELR	completado 23 ELR			
	Completar a equipe do CAPS	Completar 3 PNS	realizada parcial.			
	Completar as equipes de Mental da Atenção Básica	Completrar 3 ESM	não realizada			
	Completar a Equipe do PA Sergio Arouca					Muita dificuldade para manter a escala de médico
	Reposição de profissionais com a finalização dos contratos como Processo Seletivo (enfermeiros, tecnicos de farmácia e auxiliares)	100%	100% alcance			
	Reduzir a proporção de outros contratos em relação aos efetivos		92% efetivos			92 % efe / 3.3%SSCF / 4% Proc. Selet.
	Manter e monitorar o banco de RH do Distrito Noroeste em tempo real		realizado			
ESTRUTURA FÍSICA	Acompanhar CONSTRUÇÕES NOVAS - CS ROSSIN	início em 2009	não - feita nova licitação	1.273.190,58		Obra prevista para finalizar em 2009 ficará para 2010 - plantas discutidas e finalizadas
	Acompanhar CONSTRUÇÕES NOVAS - CS SANTA ROSA	início em 2009	não - feita nova licitação	1.066.102,97		Obra prevista para finalizar em 2009 ficará para 2010 - plantas discutidas e finalizadas

	Definir ÁREA PARA CONSTRUÇÃO DO NOVO CS LISA	definir em 2009	realizado			PPA 2010-2013
	Definir ÁREA PARA CONSTRUÇÃO DO NOVO CS SATÉLITE ÍRIS	definir em 2010	realizado			PPA 2010-2013
	Desencadear REFORMA E READEQUAÇÃO DO CS LISA	até dezembro de 2009	realizada	70.000,00		término em março de 2010 - imóvel estava inadequado
	Desencadear REFORMA E READEQUAÇÃO DO CS ROSSIN	até dezembro de 2009	realizada	75.000,00		imóvel com rachaduras - necessidade de readequação enquanto aguarda construção - readequamos novo imóvel
	Desencadear REFORMA E READEQUAÇÃO DO CS PEDRO DE AQUINO	final de 2009	não realizada plenamente - término em abril 2010	40.000,00		realizado com recursos PRÓ-SAÚDE - tivemos de reduzir o custo
	Desencadear REFORMA E READEQUAÇÃO DO CS FLORESTA	final de 2009	realizada parcialmente	138.512,00		obra será realizada em duas fases - definir recurso para segunda fase
	Acompanhar a FINALIZAÇÃO DA CONSTRUÇÃO DO CAPS INTEGRAÇÃO	entrega em 2009	não realizada plenamente -	421.000,29		problemas com empresa - FINALIZAR 2010
	Negociar uso do espaço do CRAS AO CS PERSEU	definir anexo durante ano de 2009	não realizada			em discussão com SEC.ASS.SOCIAL
ÁREAS						
Saúde da Criança	Implementar a visita ao RN na primeira semana de vida, a fim de qualificar a assistência ao binômio mãe / filho	100%	100%			
	Ampliar discussão sobre o atendimento das famílias inscritas no Programa Bolsa Família nas UBS	100%	100%			
	Assegurar a realização de atividades para promover e incentivar o aleitamento materno até o 6m de vida em todas UBS	100%	100%			
e da M	Implementar o livro de controle de mamografias nas UBS	100%	100%			

	Promover discussão sobre a qualidade do SISPN na Noroeste	100% dos GO e Enf	50% dos GO e Enf.			
	Ampliar as discussões sobre a abordagem Sindrômica/ DST AIDS junto às Equipes, através de capacitação dos profissionais (incluindo PA e Caps)	100% das Unidades	100% das Unidades			
	Implantar a descentralização do Planejamento Familiar (laqueadura e vasectomia)	implantar em 2 CSs (Florence e Valença)	100%			Demais unidades a seguir
EIXOS	AÇÕES NO ANO DE 2009	METAS ANUAIS		RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS		OBSERVAÇÕES
		PREVISTO	REALIZADO	PREVISTO	REALIZADO	
Saúde Mental	Ampliar e adequar as equipes de saúde mental nas unidades já existentes	100%	15% somente da equipe Caps Integração			
	Fortalecer e organizar o serviço CAPS Integração na construção da rede do DSN para ampliação das ofertas e processo de trabalho	100%	80%			
	Fortalecer o serviço Casa das oficinas através da ampliação de ofertas e processo de trabalho	100%	70 / 80%			
	Consolidar o Centro de Convivência e Cooperativa Toninha na região do CS Integração enquanto equipamento do DSN através da inclusão: a) no organograma da PMC como serviço cadastrado, b) no CNES e c) novo Centro de Custo.	100%	75%			
	Ampliar a participação dos profissionais as saúde do DSN na supervisão de eixo – clínico institucional	100%	80%			
	Reestruturar e fortalecer o projeto TEIA (organização social e comunitária a atenção de crianças e adolescentes e famílias) na região do CS Florence, CS Ipaussurama, CS Satélite Iris, , CS Rossin do DSN	100%	em discussão			
Saúde Bucal	Contribuir para a política de RH na Saúde Bucal, incremento de horas para profissional protesista	10 horas	30 horas			
	Capacitar os dentistas com estágio na Buco Maxilo do HMMG	4 profissionais	4 profissionais			

	Realizar as ações da Campanha de Diagnóstico de Câncer Bucal	100% das Unidades	100% das Unidades			
	Assegurar a participação de um representante da Equipe de Saúde Bucal nas reuniões mensais do Distrito Noroeste	100 % das unidades	90% de alcance			
	Ampliar a discussão e entendimento sobre os indicadores da Saúde Bucal, com coordenadores e todos os dentistas	100% das Equipes	97% de alcance			
	Planejar e reorganizar as ações coletivas e preventivas em SB, através de oficina com os coordenadores e equipes de SB	100% das Serviços	97% de alcance			
Saúde Integrativa	Incrementar as discussões sobre Terapia Comunitária , com a participação dos trabalhadores do distrito	envolver 100% das Unidades	50% das Unidades			
	Estimular a formação dos profissionais envolvidos no grupo de discussão	formar 100%	30% dos envolvidos			
	Resgatar o objetivo terapeutico dos grupos de Liang Gong	100% das Unidades	8% das Unidades (1 UBS)			
	Cadastrar no SUS Campinas todos os médicos que tenham a especialidade de homeopatia e estimular a sua prática	100 % dos profissionais	100% dos profissionais			
Especialidade	Capacitar os operadores do sistema de agendamento on-line no SIGA	100 % dos profissionais	100 % dos profissionais			
	Realizar oficina de especialidades, com representantes e coordenadores de todas as unidades para otimizar os recursos existentes	100% das Unidades	100% das Unidades			
	Realizar matriciamento em fono com atendimento aos usuários da região, em dois polos	100% das Unidades	100% das Unidades			
	Manter o matriciamento em ortopedia, oftalmo e pneumo infantil, e implantar novos matriciamentos em especialidades com demanda reprimida.	CSs com maior demanda reprimida	50% das unidades			
Urgência Emergência	Discutir e orientar os fluxos de urg/emerg entre os diversos níveis de atenção a saúde	permanentemente	realizado			
	Integrar a unidade de pronto atendimento às unidades básicas incluindo os gestores em reuniões e atividades promovidas pelo distrito (reunião de coordenadores, tarefas da EP, reuniões de conselho distrital, etc) para acompanhamento e	envolver todas as unidades	nao realizado			

	adequação de condutas e fluxos.					
	Capacitar as UBS para o atendimento às urg/emerg	todas as unidades	nao realizado			
	Apoiar o Pronto Atendimento da região (PA Campo Grande)	permanentemente	realizado			
	Participar da Câmara Técnica de Urg/Emerg para gestão dos recursos próprios	mensal	realizado			
	Participar do Comitê Gestor Municipal de Urg/Emerg para discussão do fluxograma entre todos os serviços envolvidos nos atendimentos a urg/emerg do município.	mensal	realizado			
EIXOS	AÇÕES NO ANO DE 2009	METAS ANUAIS		RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS		OBSERVAÇÕES
		PREVISTO	REALIZADO	PREVISTO	REALIZADO	
Intersetorialidade	Realizar seminário anual de tema escolhido pelo Grupo Gestor da Intersetorial do Distrito Noroeste: <i>"Terceirizações nos Municípios e Estados e as Consequências deste Modelo para o Serviço Público"</i> .	100% das unidades	100% das unidades			
	Realizar reuniões bimestrais com temas escolhidos no planejamento: Conferências de 2009 - da Assistência Social, da Habitação e da Segurança Pública - as Eleições do Conselho Tutelar e o Controle Social.	100% das reuniões	100% das reuniões			
	Estimular a participação de profissionais de todas as unidades na capacitação: <i>"Enfrentando Violências em Campinas"</i> - 27 vagas	100% das vagas	100% das vagas			
	Incentivar a participação dos serviços de saúde no Fórum de Renda Mínima Intersetorial, que acontece mensalmente no Distrito de Assistência Social com objetivo de levar para discussão casos de famílias identificadas que necessitam do benefício e de retarguarda para encaminhamentos para outros recursos.	100% das unidades	70% unidades			
	Articular a participação das equipes dos Centro de Saúde Ipaussurama e Satélite Íris no Projeto Arcor - projeto intersetorial de ações educativas nas escolas.	100% das unidades	100% das unidades			

	Implementação do <i>Projeo Catadores Encantadores</i> nas áreas de abrangências dos CS Florence e Satélite Íris - após sua apresentação para a equipe e a comunidade.	100% das unidades	100% das unidades			
	Iniciar atendimento dos adolescentes encaminhados pelos CS Florence, Ipaussurama, Rossin e Satélite Íris no Projeto TEIA, que trabalha na prevenção e educação das crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica.	100% das unidades	50% das unidades			
	Criar projetos terapêuticos individuais para os pacientes atendidos nas UBS a partir de discussões intersetoriais com outras secretarias e comunidades.	100% dos parceiros	80% dos parceiros			
	Manter representação no Conselho Municipal de Assistência Social e na Comissão Municipal do Benefício de Prestação Continuada - através das reuniões ordinárias e extraordinárias, e comissões.	100% das reuniões	80 % das reuniões			
Assistência. Farmacêutica	Controlar os medicamentos da portaria 344 com impressão mensal de livros	100% das unidades	100% das unidades			
	Trabalhar os medicamentos controlados com os dispensadores para que o estoque bata em 100% nas unidades	100% das unidades	89% das unidades			
	Implantar uso de senha para atendimento mais humanizado na farmácia com conforto do paciente (aguardar sua vez sentado)	100% das unidades	33% das unidades			há necessidade de recursos para meta de 100%
	Realizar inventário de todos os itens de medicamentos nas unidades.	100% das unidades	84,5% das unidades			CS Lisa em reforma e S.Íris rede de informática incompleta
	Realizar reuniões mensais no distrito, com técnicos de farmácia e gestores locais para qualificar a atenção.	100% das unidades	100% das unidades			
Tecnologia da Informação	Criação de fluxo entre distrito e centros de saúde para melhorar o controle da abertura de chamados	realizado				
	Criação de laboratório de informática no distrito para otimizar a manutenção de equipamentos	em funcionamento				há necessidade de insumos para maior impacto
	Capacitação do núcleo de informática para uso de sistemas de informação e comunicação	realizado parcialmente				definindo as referências

	Criação de mecanismo de controle distrital para as alterações de FCES-CNES e de outros sistemas	realizado parcialmente				definindo as referências
	Implantação do DISQUE-SAÚDE	8 CSs	7 CSs			
	Ampliar a implantação do SIGA	8 CSs	7 CSs			
EIXOS	AÇÕES NO ANO DE 2009	METAS ANUAIS		RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS		OBSERVAÇÕES
		PREVISTO	REALIZADO	PREVISTO	REALIZADO	
Vigilância em Saúde	Realizar capacitação para as 14 unidades de saúde, visando a qualificação e elaboração do PGRSS	100 % das unidades	PGRSS em elaboração			
	Implantar o projeto frentista no Distrito Noroeste	2 postos de combustível	100 % cumprido			Cronograma progressivo até atingir 11 postos
	Dar continuidade ao Programa Monitoramento da Qualidade do Ar - Vigiar	1 área no Distrito	100 % cumprido			
	Dar continuidade ao Estudo de Avaliação de Risco à Saúde Humana-Vigisolo	2 áreas no Distrito	100 % cumprido			
	Realizar o controle do risco sanitário nos serviços de alta complexidade	100 % dos serviços	100 % cumprido			
	Realizar o controle do risco sanitário em salão de beleza	30% dos serviços	não cumprido			
	Realizar o controle do risco sanitário em escolas infantis	30 % dos estabelecimentos	não cumprido			
	Aumentar o número de inspeções sanitárias em 20 %	20%	aumento de 50 %			
	Realizar uma inspeção ao ano nas Inst. Longa Permanência Idosos - ILPI	100 % das ILPI	100 % cumprido			
	Investigar os óbitos de mulheres em idade fértil e maternos	100%	100 % cumprido			
	Investigar os óbitos de menores de 1 ano	100%	100%			
	Fortalecer o Comitê de Investigação Distrital Noroeste	50 % das unidades	100 % cumprido			
	Aumentar taxa de cura dos casos de Tuberculose	80 % de cura	75 % dos casos curados			

	Reduzir taxa de abandono	máximo 5% de abandono	16 % de abandono			
Área de Enfermagem	Manter reunião mensal com os enfermeiros das unidades do distrito a fim de qualificar a assistência	100%	80%			Algumas reuniões foram canceladas devido a outras agendas
	Assegurar a participação de representantes de enfermeiros do DSNO nas comissões de produtos e marcas, de esterilização e de curativo da SMS	1 enfermeiro por distrito em cada comissão	100%			
	Rever lista padronizada de materiais de enfermagem com readequação das cotas para as unidades do DSNO	100% das unidades	100%			
	Incentivar a participação dos enfermeiros nos processos de compra de materiais de enfermagem e na avaliação técnica das amostras dos itens a serem adquiridos	Unidades piloto	CS Valença e CS Balão			
	Avaliar o impacto na assistência com a contratação de novos enfermeiros nas unidades básicas.	100%	100%			Realizado discussão nas reuniões de enfermeiros com base na produção do SIGAB
Gestão	Estimular a participação na EDUCAÇÃO PERMANENTE (apoio / coordenação local)	100% dos gestores e unidades	100%			
	Garantir a Integração Ensino Serviço nas unidades do distrito	100 % das unidades	100%			Campina e Lisa - espaço físico inadequado
	Incentivar a capacitação e valorização técnica dos profissionais do distrito de saúde					liberação para cursos, congressos...
	Garantir reuniões mensais dos Conselhos Locais de Saúde e Conselho Distrital	100% dos serviços	100%			somente CS valença sem CLS
	Valorizar e investir na participação dos profissionais no Projeto de Gestão da Clínica e Linha do Cuidado	100% dos trabalhadores	5% dos Trab.			Processo em construção no Dist. Noroeste
	Acompanhar o processo de finalização do Curso de Especialização em Saúde d Família	100% dos profis.	100%			
	Acompanhar os processos de planejamento das Unidades	100% das Unidades	70%			Algumas Unidades vão realizar o planejamento em 2010

	Estimular o uso da ferramenta "check-list" como instrumento de gestão do cotidiano					em fase final da área da criança
	Participar em todas as etapas de preparo e desdobramentos da Oficina de Atenção Básica	100% das etapas	50%			Precisa finalizar a 2ª etapa de discussão com coord. e equipes
	Integrar o PA Sergio Arouca à rede de cuidados do Distrito Noroeste					Fazer valer as diretrizes da Oficina "O usuário é nosso"
	Participar e acompanhar a atividade da Comissão Gestora da PUC	100% das atividades				Processo em construção, legitimando o papel do Distrito na Comissão

Anexos

Anexo 1: Atenção básica: [Uma Produção Coletiva: A Atenção Básica que queremos e que Campinas precisa.](#)

INTRODUÇÃO

O SUS tem como princípios pilares, previstos na constituição, a universalidade, a integralidade e a equidade dos cuidados de saúde. A Constituição Federal estabelece ainda, que é dever do Estado garantir esses princípios enquanto direitos de cidadania. Atuar na gestão da rede pública de saúde implica, portanto, no dever de desenvolver ações de promoção de saúde, de prevenção de doenças, de produção de autonomia, e em proporcionar o melhor cuidado possível para cada cidadão, a cura e a reabilitação sempre que possíveis.

Não é tarefa fácil, particularmente se considerarmos as várias contradições e limites próprios do processo de adoecimento-produção de saúde. O financiamento para o SUS é insuficiente, as desigualdades sociais produzem uma sobrecarga de riscos e de agravos para grandes parcelas da população, a complexidade dos determinantes sociais da doença nas grandes cidades é cada vez maior e a sociedade convive com uma cultura de consumismo de ações de saúde estimulado pelo mercado, particularmente da alta tecnologia e da super especialização. Ademais, embora a maior carga de doenças seja constituída pelas crônico-degenerativas (segundo estudos 70% dela), a motivação dos usuários para buscar um serviço de saúde é o sofrimento agudo, aquele que parece colocá-lo em risco de morte, mesmo que isso objetivamente nem seja verdadeiro. Some-se a estas questões o fetiche provocado pelas novas tecnologias (não só para os usuários, mas para os próprios profissionais de saúde) e a dificuldade do SUS incorporar aquelas que realmente contribuem para o melhor cuidado e temos assim as explicações do porque se torna tão difícil estabelecermos sistemas de saúde capazes de provocar a adesão dos usuários, a ruptura com o imediatismo do cuidado e um impacto real nas condições de saúde.

Contudo as experiências no mundo inteiro evidenciam, cada vez mais, que é na atenção primária que reside a possibilidade de enfrentamento efetivo desses problemas. Embora nenhum serviço por si só seja capaz de garantir a integralidade, é a atenção primária que tem possibilidade de resolver em torno de 80% ou mais dos problemas de saúde com o apoio eventual de outros serviços com mais densidade tecnológica.

Uma atenção primária realmente efetiva, baseada nos princípios do trabalho multidisciplinar, da longitudinalidade do cuidado e do vínculo, é o espaço com a capacidade de melhor identificar as necessidades em saúde, tanto dos indivíduos, quanto das famílias e dos coletivos populacionais.

É neste *locus* que se pode garantir a responsabilização, a partir do maior conhecimento das necessidades e dos vínculos estabelecidos. É nele também que se pode exercer com maior eficácia a necessária à gestão do cuidado, a partir da qual pode se dar a integração dos vários serviços de saúde e outras instituições, potencializando as ações de produção de saúde. Este é o espaço por excelência para criar a confiança mútua necessária no cuidado clínico, na relação médico-paciente e equipe-paciente, capaz de superar a idéia tão fortemente arraigada de que o cuidado com a saúde se produz na soma de cuidados fornecidos por serviços e especialidades diferentes.

Não custa lembrar, entretanto, que as relações de vínculo e segurança por parte dos usuários, só se constroem em serviços legitimados socialmente: capazes de acolher o paciente quando expressa a sua necessidade e com capacidade clínica efetiva para resolver de fato a maior parte dos problemas.

Não por acaso todos os sistemas universais de saúde definem a atenção primária como central na organização e regulação de serviços que se integram em rede.

Para dar continuidade aos avanços da atenção básica em Campinas, construídos ao longo dos últimos 30 anos e para superar os limites e desafios ainda existentes, a Secretaria de Saúde, ainda em 2009, realizou uma Oficina da Atenção Básica no final de 2009 com o objetivo de apontar os principais problemas e as formas de superação.

Outro projeto, iniciado em 2009, a Gestão do Cuidado em Rede. Tem como objetivo principal o desenvolvimento de um modelo de promoção da qualidade do cuidado integral às doenças crônicas no SUS, considerando que estas, no seu conjunto, representam o maior desafio epidemiológico dos próximos anos.

A Atenção Básica é o eixo estruturante do Sistema de Saúde Local, portanto, é a estratégica para a organização e reestruturação de serviços de outros níveis de atenção, compreendidos como complementares ao papel da atenção primária na produção do cuidado.

A OFICINA DA ATENÇÃO BÁSICA

Este é o texto-resumo do Relatório Final da Oficina da Atenção Básica, realizada nos meses de novembro e dezembro, com participação de mais de 1000 pessoas, considerando as suas várias etapas (local, distrital e municipal).

A oficina teve como objetivo construir um amplo consenso em torno dos principais problemas a serem enfrentados pela gestão de todos os níveis da rede, identificando os conflitos e as dificuldades para a construção de uma atenção primária resolutive. Ao mesmo tempo a Oficina objetivou apontar estratégias de enfrentamento, construídas também de forma compartilhada com atores sociais determinantes nessa construção que são os trabalhadores dos serviços da Atenção Básica. Os organizadores da oficina tiveram sempre muito claro que o debate não se esgotaria no evento, mas abriria a necessidade de mais reflexões e novas proposições, que deverão ser objeto dos vários fóruns de formulação da política dessa Secretaria e dos processos de educação permanente. No entanto podemos afirmar também, que a produção coletiva da oficina, como se verá na sequência, se constitui num amplo programa de ações que orienta a gestão e tem o potencial de imprimir um considerável avanço na qualidade dos serviços.

A Política Nacional de Saúde aponta a Estratégia da Saúde da Família como a diretriz para a estruturação da Atenção Primária. É possível afirmar que a nossa rede, constituída há aproximadamente 30 anos, já nasceu sob o signo de vários componentes dessa estratégia. A Rede Básica de Saúde de Campinas, que nasce inclusive antes do SUS, foi constituída já com o conceito de territorialização e adscrição de clientela às unidades básicas e calcada na necessidade da integração da clínica e da epidemiologia, como componentes indispensáveis à constituição da rede de cuidados primários.

O crescimento da rede e a complexidade das unidades, o avanço do SUS e as novas formulações da Política Nacional de Saúde trouxeram para Campinas novos desafios e necessidades. Dentre esses: implantar as equipes de Saúde da Família (em Campinas chamadas de *Equipes de Referência*), construir uma territorialização que considere não só a área de cobertura das unidades, mas também dividi-las entre as equipes facilitando responsabilização e vínculo, trabalhar com médicos de saúde da família, ampliar a capacidade da unidade desenvolver projetos voltados ao território, diversificar as ações, aprofundar as práticas de trabalho em equipe multiprofissional e ampliar o cuidado com as pessoas no domicílio e no território.

No entanto, o debate na Oficina reconheceu que a realidade da rede já construída e as condições sócio-demográficas do município não permitem a adoção de propostas rígidas de constituição das equipes tal qual propõe o Ministério da Saúde. Faz-se necessário, sobretudo, garantir os princípios: adscrição de pessoas às equipes de referência, território como espaço de planejamento e desenvolvimento das ações, cuidado longitudinal, ampliação da clínica, integração desta com a saúde coletiva, desenvolvimento de ações de prevenção do adoecimento e de promoção de saúde, inclusive com intervenções no território de maneira intersetorial e gestão colegiada tripartite (gestores, trabalhadores e usuários).

Partindo de uma necessidade de propostas mais flexíveis, adaptadas às condições de Campinas, e de se dotar a atenção básica de maior capacidade resolutive, a Oficina aponta a necessidade estruturar as nossas equipes, dentro dos princípios citados acima, mas de maneira mais flexível, considerando: a vulnerabilidade das populações adscritas; as características sócio-demográficas do território; as necessidades de saúde e os aspectos epidemiológicos da população. A Oficina reafirma também a necessidade de trabalho em equipes multidisciplinares, de composição variada, desde a equipe mínima proposta pelo Ministério até outras mais ampliadas com médicos clínicos, pediatras, ginecologistas e equipes de Saúde Mental para cada 30 000 usuários. Além disso, construir de maneira efetiva, as estratégias de apoio matricial de outros profissionais, no Distrito ou NASF, agregando à rede básica os saberes e as práticas dos farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, dentre outros. A Oficina reafirma, entretanto, que o único determinante para qualificar o cuidado não é a composição de equipe.

Assim, as equipes de cada unidade serão compostas a partir de critérios bem estabelecidos, amplamente debatidos e, sempre que necessário, revisados. Para isso devemos constituir um grupo de trabalho com a participação da gestão central, distrital e local e elaborar documento específico que será anexado a esse documento para utilização prática no dimensionamento de pessoal.

A Oficina apontou a necessidade de que a SMS defina as atribuições dos profissionais da Atenção Básica de maneira mais detalhada com objetivo de esclarecer dúvidas que ainda existem nas equipes e contribuir na solução de conflitos. Porém, uma série de pontos importantes foram reafirmados e a SMS reafirma que são atribuições dos membros das equipes nas unidades básicas:

1. *Acolhimento, inclusive da demanda espontânea, durante todo o tempo em que a unidade permanecer aberta.*
2. *Atendimentos domiciliares por qualquer membro da equipe, segundo as exigências dadas pelos Projetos Terapêuticos Singulares, pelos protocolos ou outras diretrizes para a gestão do cuidado dos casos ou das doenças.*
3. *Participar das reuniões de equipe ou de outros fóruns de gestão ou de planejamento ou daqueles que definem os processos de trabalho de cada unidade, ampliando a eficácia da atenção.*
4. *Contribuir, conforme a sua formação e competências, na formulação de propostas, projetos ou atividades que contribuam, na sua equipe e unidade, para acolher o usuário de forma humanizada e com a resolutividade possível naquele espaço e contexto.*
5. *Utilizar-se do Prontuário como instrumento de comunicação de todos os trabalhadores que tenham a responsabilidade do cuidado de um dado paciente, permitindo a construção de informações, que acumuladas ao longo do tempo, contenham a história da saúde do cidadão necessária à gestão do seu cuidado.*
6. *Participação em atividades de vigilância em saúde, prevenção de doenças, educação para a saúde, promoção de saúde e de intervenção no território, segundo a formação de cada um e decisões exigidas por cada situação em particular.*
7. *Realizar atendimentos individuais segundo o seu núcleo de atenção.*
8. *Participar de atendimentos conjuntos, apoiando os outros membros da equipe na atenção de um dado paciente, ampliando a capacidade de resolver o seu problema de saúde naquele local e momento.*

Em relação a cada eixo da oficina, seguem abaixo as atividades e tarefas já definidas, por níveis de responsabilidade:

Eixo 1: Acolhimento, Adscrição de Clientela, Vínculo e Responsabilização

Produzir saúde como fruto dos determinantes sociais, das relações de classe e das vulnerabilidades individuais pressupõe a necessidade dos profissionais de saúde estarem disponíveis para compreender as subjetividades de cada paciente, nas quais se expressam as suas singulares necessidades de saúde. O Acolhimento e Adscrição de clientela são dispositivos que devem ser utilizados para ampliar o vínculo e a responsabilização, princípios indispensáveis para se fazer a gestão do cuidado e o acompanhamento das pessoas ao longo do tempo, permitindo a equidade e integralidade do cuidado.

O Acolhimento é entendido como uma postura dos profissionais e do serviço que permite o encontro de subjetividades, capaz de facilitar o acesso, estabelecer e ampliar vínculos e que permite, além disso, que o usuário manifeste a sua necessidade no momento em que ela surge. Tem como objetivo, portanto, humanizar os serviços, tornar as ações de saúde mais ágeis, desburocratizadas e resolutivas, no contexto e possibilidades objetivas de cada unidade de saúde.

Pressupõe trabalho em equipe, no qual todos os profissionais de saúde assumam a necessidade de estender a sua atuação para além do seu núcleo de formação e para além do trabalho técnico, permitindo-se a interação com o outro, compreendendo-o nas suas interações sociais, culturais, subjetivas, sem perder de vista as suas vulnerabilidades biológicas.

A responsabilização das Equipes de Atenção Primária por uma população e o território onde residem tem como ponto de partida a adscrição das pessoas e famílias, com o objetivo de circunscrevê-lo, permitindo melhor identificação dos profissionais de saúde com pessoas concretas, suas famílias e o contexto no qual vivem. Facilita assim, o reconhecimento das suas necessidades de saúde e as necessidades de intervenção e parcerias nos diversos territórios que permitam potencializar as ações e produção de saúde. A maior identificação da população com os seus cuidadores, por sua vez, amplia a sua confiança, permitindo maior adesão aos tratamentos e maior participação nas ofertas das unidades. O vínculo assim criado pode potencializar a autonomia, facilitar o cuidado longitudinal e aumentar a resolutividade da atenção básica.

Entretanto, não se pode ter rigidez nesta relação sob pena de ampliarmos a exclusão daqueles que vivem em regiões onde as coberturas são menores, provavelmente aquelas onde as pessoas mais dependem do SUS. A confirmação de endereço é desejável, mas não pode ser impeditiva do acesso. A gestão local, em parceria com os distritos, deve cuidar para não haver restrições ao cuidado de pacientes nos momentos em que as equipes a que estavam adscritos perdem funcionários, tornando-se incompleta. Se o objetivo maior da adscrição e territorialização é a facilitação do vínculo, devemos considerar as relações já existentes e não buscar destruí-las para criar outras.

São responsabilidades do nível central da Secretaria:

1. Através do Setor de Informação da Secretaria de Saúde, os dados sobre população, demografia, territórios, condições de vida e outros devem estar agilmente disponíveis, permitindo revisões das populações e territórios de cada unidade de saúde ou equipes sempre que necessário.
2. Através do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação, em parceria com os Distritos, buscar meios para manter as equipes completas e ampliá-las garantindo uma relação adequada entre profissionais de saúde e população sob cuidado, considerando-se os critérios definidos de acordo com características dos vários territórios e vulnerabilidades populacionais.
3. Não obstante tenha havido definições importantes sobre o Acolhimento, por tratar-se de assunto de grande complexidade, exige-se constantes discussões e troca de experiências para se aprimorar dispositivo tão estratégico na conformação do Sistema de Saúde. Por conseguinte, faz-se necessário que a Secretaria de Saúde promova uma Oficina, com ampla participação dos trabalhadores, na qual se aprofunde o conceito de acolhimento, as várias concepções e se proponha os melhores arranjos para a sua realização, particularmente para acolher a demanda espontânea sem que esta “sufoque” e impeça que as equipes de Saúde da Família façam aquilo que lhe é próprio e que não é feito em nenhum outro ponto da rede, como por exemplo, atendimento domiciliar e grupos operativos. Ao final, deve também produzir um “protocolo” que sirva de referência técnica na capacitação de novos profissionais e crie coesão no trabalho das equipes.
4. Grande parte dos processos de educação permanente deve ser orientado para problematizar o acolhimento em cada uma das unidades de saúde, capacitando os profissionais de saúde para produzir arranjos capazes de dialogar com as necessidades de saúde dos usuários sem, contudo, permitir que a ação se torne um peso e motivo de adoecimento dos trabalhadores. É também importante dar continuidade à capacitação das equipes de atenção básica em urgência, visto que as unidades têm se tornado cada vez mais referência para a população nesta situação, notadamente nos lugares mais distantes. Para isto, o CETS, junto com a área de urgência, deve reestruturar o NEU (Núcleo de Educação em Urgência).
5. Fazer acolhimento humanizado e de qualidade pressupõe condições dignas de trabalho e ambiência adequada, seja para os trabalhadores, seja para os usuários. Cabe à Secretaria de Saúde em parceria com os Distritos, mapear as unidades em piores condições estruturais, de tal modo a definir as prioridades de reformas, construções e equipá-las adequadamente ao longo dos próximos anos. É importante estabelecer-se mecanismos de manutenção preventiva, evitando-se deteriorações importantes dos serviços.
6. Acolher e acompanhar a população com qualidade e de forma integral, equânime e humanizada só se dará se houver uma correlação quantitativa adequada entre trabalhadores e população sob cuidado. Cabe ao Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação e aos setores de pessoal dos Distritos manter as informações atualizadas sobre o pessoal alocado nas unidades e a sua movimentação e, a partir dela, programar a substituição mais ágil das vagas, mantendo as equipes completas. Ademais se faz necessário, considerando as questões epidemiológicas, demográficas e outras, buscar mecanismos para ampliar a cobertura de Saúde da Família, permitindo uma melhor relação equipes/população sob cuidado.

São responsabilidades dos Distritos:

1. Apoiar os Coordenadores de Unidade e Trabalhadores na busca dos melhores arranjos para acolher a população, considerando as especificidades de cada território e equipe e a necessidade de se valorizar os diferentes sujeitos implicados nesse processo. Contribuir para potencializar em cada unidade a sua capacidade de ofertar o máximo de ações, de tal forma a permitir inúmeras portas de entrada ao usuário, desburocratizando-se o acolhimento.
2. Apoiar os Coordenadores e trabalhadores nas análises de situações concretas, para, em co-produção, problematizar situações onde o ato de acolher se reduz a uma triagem, separando os que entram ou não no serviço naquele dia.
3. Desenvolver estratégias especiais, em co-responsabilidade com os próprios serviços, para situações particulares, como nos casos de populações grandes com pouca oferta de serviços ou populações com alto grau de vulnerabilidade, onde produzir saúde exigem novas formas de organização dos serviços e maior criatividade e autonomia dos trabalhadores, potencializando-os na superação desses limites. Permitirem-se experimentar vários arranjos diferentes, como por exemplo, “plantões” médicos para o pronto atendimento de casos agudos ou consultas-conjuntas, de tal modo a não impedir o acesso desses usuários e ao mesmo tempo, não sobrecarregar os trabalhadores ou impedi-los do exercício de uma prática mais integral.

4. Os Distritos devem ser os articuladores das redes, promovendo ações de integração da rede básica com os Prontos Socorros e serviços especializados. A constituição da rede deve ocorrer com base nas linhas de cuidado consideradas prioritárias e nos princípios da humanização e da solidariedade entre os níveis do sistema e da garantia dos direitos dos usuários

São responsabilidades do Nível Local:

1. Os coordenadores locais devem provocar constantes reflexões para compartilhamento dos problemas sobre a territorialização, adscrição e acolhimento dos usuários; propiciar a busca de estratégias por parte dos coletivos dos serviços para garantir facilitação do acesso, vínculos duradouros através de arranjos, alguns definitivos, outros temporários segundo a conjuntura e contexto local, buscando sempre o máximo de inclusão para uma atenção integral, resolutive e humanizada e a redução do sofrimento e sobrecarga dos trabalhadores.
2. Desenvolver estratégias e ações para ampliar a autonomia e protagonismos dos sujeitos no seu próprio cuidado e do território onde vivem, reduzindo a dependência dos serviços de saúde e a medicalização e ampliando a relação de co-responsabilidade pela produção de saúde.
3. As responsabilidades de cada membro da equipe no processo de acolhimento devem ser construídas coletivamente; as agendas dos médicos e enfermeiros devem ser construídas em processos compartilhados, permitindo o acompanhamento e cuidado para os pacientes com os problemas definidos como prioritários e os portadores de doenças crônicas.
4. Promover constantes avaliações dos processos de trabalhos em cursos nas unidades e “estudos” que permitam conhecer os principais problemas de saúde da comunidade e os principais motivos de procura, subsidiando a definição de ofertas de saúde de tal modo que os pacientes possam ter seus problemas o mais adequadamente cuidado na unidade.
5. Organizar os fluxos internos, desde a recepção, para que o “acolhimento” não seja a única porta de entrada da unidade.
6. Considerando que o cuidado se promove numa rede com vários pontos, deve-se buscar apoio de outros serviços sempre que necessário para ampliar o cuidado e resolutividade para dada situação. Entretanto, não se pode perder de vista que a responsabilidade pela gestão do cuidado é da unidade de atenção básica, buscando-se, portanto, modos de continuar apoiar e cuidar de cada paciente, ainda que partilhando as responsabilidades como outros níveis do sistema.

Eixo 2: Linhas de Cuidado e Vigilância em Saúde

A partir da definição que a atenção primária é a coordenadora do cuidado em um sistema organizado em rede, a sua efetividade e eficiência dar-se-á se cumpridos alguns pressupostos. Inicia-se pela legitimação do serviço e a conquista da confiança do usuário através do acolhimento das suas necessidades e continua com arranjos para que os pacientes tenham à sua disposição, em tempo hábil, todas as ofertas naquele espaço disponível ou a possibilidade do encaminhamento para outros pontos da rede, bem como a possibilidade de recebê-lo de volta quando estabilizado ou, ainda, co-responsabilizar-se pelo cuidado com outros serviços da rede quando a complexidade do cuidado impede o seu retorno à atenção primária.

O cuidado deve ser continuado ao longo do tempo, garantido por equipe multidisciplinar. As ofertas devem ser as mais variáveis possíveis, orientadas pelas linhas de cuidado prioritárias pactuadas pelo município, bem como por outras, específicas de cada território, apontadas pelos instrumentos da saúde coletiva (epidemiologia, vigilância à saúde, informações sobre o território e outros). A equipe deve se utilizar de todas as ferramentas de gestão da clínica já conhecidos: clínica ampliada, gestão dos riscos, gestão das doenças, projetos terapêuticos singulares e outros. Este multifacetado conjunto de processos exige um sistema de comunicação intra equipe e com outros serviços parceiros neste cuidado. Para comunicação interna, faz-se necessário prontuário de boa qualidade, que todos responsáveis pelo cuidado deve acessar e fazer anotações. Outro dispositivo são as reuniões de equipe para se discutir projetos terapêuticos singulares ou a gestão de risco dos casos mais complexos.

Para a gestão dos fluxos do paciente no sistema e para integrar todos os cuidados que o paciente recebe fora da unidade faz-se necessária uma efetiva rede de comunicação com outros pontos da rede. Além da tradicional referência e contra referência e da central de regulação, outros mecanismos devem ser utilizados: telefonemas para outros cuidadores, e-mails, atividades de educação permanente partilhadas, matriciamento, tele saúde, etc. Outros pressupostos, já citados anteriormente, são as equipes completas e uma ampla cobertura de equipes de saúde da família, um sistema adequado de logística, assistência farmacêutica adequada e um bom sistema de informação capaz de cadastrar os vários grupos de um território (hipertensos, diabéticos, asmáticos, etc) e classificá-los por risco.

Foram apontados, na oficina, a necessidade de se priorizar as linhas de cuidados já pactuadas pelo município através do “Pacto pela vida” (idosos, hipertensos, diabéticos, câncer de colo uterino e de mama, etc) e outras que o município já vem trabalhando: crianças menores de 2 anos; crianças com dificuldade escolar e dificuldade de adaptação à escola, adolescentes em situação de maior vulnerabilidade, alcoolistas e tabagistas; pessoas com distúrbios nutricionais e portadores de LER/DORT. Acresça-se a esses aqueles que cada unidade defina a partir de suas condições epidemiológicas e demográficas específicas.

A oficina destacou a necessidade de continuar aprofundando alguns temas relevantes, que, em função da sua complexidade, são sempre mutantes e exigem reflexões constantes.

É o caso da Saúde Mental, da Saúde Bucal, Saúde do Trabalhador, dentre outros. Outro destaque é a política do homem, recém implantada pelo município em parceria com o Ministério da Saúde, que carece de mais discussões, particularmente do papel da atenção primária em relação a ela.

Faz-se necessário uma gestão política capaz de fazer com que os outros pontos da rede, até então tratados como hierarquicamente mais importantes que a atenção primária, reconheçam-se todos com a mesma importância, porém que a efetividade do sistema depende de reconhecer que a atenção básica, pelos seus atributos, necessita tornar-se a estruturante do sistema, reduzindo seus custos e aumentando a sua eficácia.

São Responsabilidades do Nível Central:

1. Aprimorar, em parceria com os Distritos e Unidades de Saúde, as definições das linhas de cuidados prioritárias, definindo os objetivos e metas, bem como os indicadores que permitirão a avaliação e monitoramento. Para isto, planejar processos de capacitações, educação permanente com as equipes da atenção básica, seminários e oficinas com participação de profissionais de outros espaços da rede de atenção, dentre outras estratégias.
2. Coordenar, através do Departamento de Saúde (coordenações de áreas e assessorias) a produção e revisão dos protocolos existentes, sempre com a participação de profissionais dos vários pontos da rede de atenção. Os protocolos devem sempre considerar a atenção básica como o locus privilegiado do cuidado e da sua gestão.
3. Disseminar, em parceria com os Distritos de Saúde, o projeto “Qualificação da Gestão do Cuidado em Rede”, debatendo-o amplamente e, na medida do possível, implantá-lo em todos os serviços.
4. Para que tenhamos um sistema em rede, a integração atenção básica com os vários serviços dos outros níveis do sistema é essencial, incluindo, além dos serviços próprios, as universidades e serviços contratados. As estratégias de integração devem incluir o matriciamento, a construção conjunta de protocolos clínicos e de fluxos, disponibilização de tempo dos profissionais para discussão de casos via telefone ou sistemas informatizados, bibliotecas virtuais, etc.
5. Articular e ou participar de projetos intersetoriais nas áreas governamentais da Prefeitura que tenham interesse municipal e facilitar os projetos de interesses de determinados distritos.
6. Faz-se necessário discutir, com a participação dos Distritos, o papel da Atenção Primária no cuidado ao paciente com distúrbios mentais, definindo com maior clareza as suas atribuições enquanto porta de entrada e no cuidado aos pacientes em relação à gravidade dos casos. Rediscutir, com a participação dos distritos, e definir critérios para alocação de profissionais de saúde mental nas equipes de atenção primária segundo a vulnerabilidade das populações e seus territórios. Definir fluxos para encaminhamento dos pacientes da Saúde Mental para urgência/emergência, bem como discutir o papel dos hospitais gerais e serviços de pronto-socorros no cuidado do paciente em sofrimento mental agudo.
7. A SMS, os Distritos e os gestores locais devem planejar com as equipes de Saúde Bucal a retomada das ações educativas de prevenção em saúde bucal, desenvolvendo estratégias para estender para 100% das escolas as ações coletivas de educação e prevenção e incentivando a participação dos usuários nos grupos educativos antes de iniciar o tratamento “programático”.
8. A SMS deve fazer gestões junto ao Ministério da Saúde para viabilizar a constituição dos NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), nos quais as equipes devam ser constituídas pelos profissionais com maior potencial para qualificar as linhas de cuidado prioritárias: assistentes sociais, nutricionistas, fonoaudiólogos e fisioterapeutas.
9. Com a participação dos Distritos e Unidades de Saúde, a Covisa e Departamento de Saúde devem realizar uma Oficina para discutir a melhor maneira de se fazer vigilância à saúde e ações de saúde coletiva por parte das unidades básicas. Discutir o papel do Núcleo de Saúde Coletiva ou de outras instâncias ou arranjos capazes de se responsabilizarem pela análise da situação epidemiológica, demográfica e de outros indicadores de saúde, para, a partir dela, definir projetos de produção de saúde coletiva e de intervenções no meio ambiente e projetos intersetoriais.

10. Garantir o Cadastramento da População, bem como dos grupos vulneráveis segundo as linhas de cuidado prioritárias. Rever os atuais sistemas de informação para que possam fornecer o mais urgentemente possível relatórios de produção, demográficos e outros que permitam o adequado planejamento local e o seu monitoramento e avaliação de maneira ágil e dinâmica.

São responsabilidades dos Distritos:

1. Apoiar as Equipes de Atenção Básica na gestão dos casos encaminhados que aguardam agendamento. Os Apoios dos distritos devem analisar estes casos e articular busca de soluções conjuntas ou articulações com o nível central da Secretaria para resolver os mais urgentes e facilitar o acesso desses usuários.
2. Articular os vários serviços distritais para que se integrem em rede através de projetos coordenados em torno das linhas de cuidados prioritárias para ampliar a capacidade resolutiva das unidades, melhorar o fluxo do paciente no sistema, facilitar o acesso às atividades e procedimentos necessários ao seu cuidado e facilitar a referência e a contra referência dos pacientes.
3. Articular as ações intersetoriais no seu território, para o desenvolvimento de projetos coletivos e individuais das principais linhas de cuidado. O debate intersetorial deve priorizar inicialmente a relação com os órgãos públicos, da educação e assistência social, áreas em que as unidades básicas enfrentam as maiores dificuldades.
4. Articular-se com as Coordenadorias e Assessorias de áreas do nível central para definir as “políticas” assistenciais e o funcionamento da principais linhas de cuidado, reduzindo a fragmentação e a duplicidade de ações.
5. Retraduzir e coordenar a operacionalização no seu espaço de gestão as políticas assistenciais produzidas nos vários espaços de gestão central da Secretaria., respeitando as especificidades de cada distrito.
6. Apoiar as unidades para que operacionalizem, no espaço local, as políticas assistenciais da várias áreas e coordenadorias da Secretaria de Saúde.
7. Constituir Núcleos de Apoio às Equipes de Saúde da Família, respeitando-se as necessidades de cada distrito, segundo as diretrizes dadas pelo Nível Central.

São responsabilidades das Unidades de Saúde:

1. Retraduzir e coordenar a operacionalização, respeitando as especificidades de cada território e serviços, das várias políticas assistenciais produzidas nestes espaços de gestão da Secretaria.
2. Fazer a gestão compartilhada (trabalhadores e gestores) das agendas dos profissionais, garantindo nelas espaços protegidos para a realização de ações programadas voltadas para os grupos de riscos definidos como prioritários, sem, contudo, impedir a participação de cada um no acolhimento de casos agudos em demanda espontânea.
3. Fazer a gestão, com o apoio dos Distritos, dos casos referenciados para outros serviços que aguardam agendamento. É de responsabilidade das Equipes de Referência o apoio a estes usuários, definindo a urgência e prioridade do caso em relação a outros, comunicando-se quando necessários com outros profissionais de outros pontos da rede e dando subsídios ao Coordenador local para buscar soluções que fogem à governabilidade local.
4. Propor e operacionalizar ações locais para linhas de cuidados prioritárias das Secretaria de Saúde, bem como, utilizando-se de informações epidemiológicas, da vigilância em saúde e de outras informações que mostrem necessidades específicas de saúde da sua população, criar linhas de cuidados próprias.
5. Articular-se com outras instituições do território e com as Visas Regionais para desenvolverem projetos de intervenção local, de promoção e de educação para a saúde, ampliando a capacidade da população local para o auto cuidado e cuidado com a saúde ambiental.
6. Sem abrir mão de ter toda a equipe das unidades envolvidas com as ações de Vigilância em Saúde e trabalhando com o conhecimento epidemiológico incorporado à prática clínica, todas as unidades devem definir uma enfermeira como responsável técnica pela Vigilância, que junto com pelo menos uma auxiliar (da vacina) e os agentes de saúde devem constituir uma equipe permanentemente responsável pelas ações de Vigilância.

Eixo 3: Trabalho em Equipe, Relação de Equipe E Gestão do Trabalho

Vários estudiosos têm desenvolvido pesquisas e formulações consistentes sobre o trabalho em saúde. Dentre eles, vários tomaram como campo de estudos a rede de saúde de Campinas, sejam como ex-gestores, sejam como pesquisadores de universidades, através das quais se aproximaram dos nossos serviços na interação ensino-serviço.

Para eles, o trabalho em saúde tem como a sua principal tecnologia a da relação com o outro, muito mais que aquela representada por equipamentos, não obstante o fetiche representado por estes, tanto para os

usuários quanto para grande parte dos trabalhadores. É, portanto, um trabalho que produz procedimentos e atos, mas produz também afetos, sejam os de sofrimento pela dificuldade de se lidar cotidianamente com a dor e a morte, sejam os de prazer e satisfação da cooperação solidária e de redução das dores e sofrimentos dos outros. De outro lado, em função das inúmeras variáveis envolvidas no processo saúde-doença e pela quantidade de problemas pouco estruturados envolvidos, é próprio do trabalho em saúde a grande autonomia dos trabalhadores para lidar com ele. Ainda que, à busca do máximo controle desses processos, façamos inúmeras normas para enquadrá-los, sempre haverá, segundo estes autores, possibilidades de “transgressões”, num constante questionamento do prescrito e do poder por parte dos trabalhadores. Faz-se necessário reconhecer o espaço da “transgressão” das normas como espaço de resistências, algumas vezes danosas à produção de saúde, mas muitas vezes como espaço de criatividade e de construção de solidariedade e humanização dos nossos serviços.

Segundo os estudiosos, “não é possível o total controle e uma antecipação de todas as circunstâncias e peculiaridades de um trabalho como a atenção à saúde”. A melhor gestão de pessoas e do trabalho deve considerar as questões da macropolítica (as sociais, econômicas, disputas de poder político, etc), mas, principalmente, aquelas surgidas em cada serviço, na concretude das práticas cotidianas.

Fazer gestão de pessoas e do trabalho deve levar em conta todas estas variáveis. Só será possível através de processos de negociação cotidiana, baseada em valores éticos, que considere as normas negociadas nos espaços públicos e coletivos de outras instâncias de gestão, mas também aqueles compromissos articulados na própria equipe, frutos da experiência do trabalho de cada um dos seus membros. Deve-se levar em conta ainda que os sujeitos têm experiências de vida e formações diferentes, o que faz que, a respeito do mesmo tema, as visões não sejam iguais e muitas vezes até contraditórias. As eleições do que fazer e das prioridades dar-se-ão, portanto, “numa articulação entre os pólos disciplinar, epistemológico e ético e dos sujeitos”.

A Secretaria de Saúde de Campinas, ciente desses conceitos e de que a eficiência e eficácia da produção de saúde são frutos de uma gestão colegiada e participativa, tem se pautado por estimular o protagonismo de sujeitos e coletivos e sua co-responsabilidade nos processos de produção da atenção à saúde. Isto foi amplamente reafirmado por esta oficina através das suas proposições.

São de responsabilidade do Nível Central:

1. Manter, através da realização de concursos públicos periódicos, as equipes de atenção primária com os recursos humanos adequados ao cumprimento de sua missão, de porta de entrada resolutive e humanizada do sistema de saúde. Estabelecer metas de contratações anuais para que se atinja e mantenha cobertura populacional adequada para a cidade de Campinas. Especial atenção deve ser dada à contratação de Agentes Comunitários de Saúde, cujo número declinou ao longo dos últimos anos.
2. Destinar à atenção básica recursos financeiros compatíveis com as suas atribuições.
3. Investir na formação na especialização dos nossos profissionais médicos para que se tornem generalistas e possam compor as equipes de saúde da família.
4. Investir na formação de todos os profissionais de saúde, inclusive dos médicos que não são, por formação, médicos de família para desenvolverem ações de clínica ampliada, promoção e educação para a saúde, de atendimentos domiciliares, de gestão do cuidado e outras que os permitam trabalhar sob a lógica de uma atenção primária resolutive aos moldes do Saúde da Família.
5. Considerando as dificuldades para se contratar, para a atenção básica, apenas médicos em jornada integral e que as nossas equipes terão médicos em jornadas de 20 ou 30 horas, envia esforços para que cada equipe tenha pelo menos um médico com jornada de 36 horas.
6. Investir e priorizar a contratação de dentistas com carga horária semanal de 36 horas, para viabilizar cadastro junto ao ministério e ampliar o vínculo das famílias, priorizando as populações mais vulneráveis.
7. A SMS deve elaborar documento, a partir de discussão ampla, a ser divulgado nos concursos, sobre papel dos profissionais na atenção básica definindo claramente as atribuições de cada um e particularmente deixando claro o papel dos médicos no nosso modelo. Essa mesma referência deve ser tomada na avaliação dos trabalhadores no estágio probatório.
8. A SMS, através do CETS e com apoio dos Distritos e Coordenadorias e Assessorias de área, deve elaborar um programa anual de educação dos trabalhadores, priorizando aqueles processos relacionados com os projetos estratégicos da Secretaria e Distritos, definidos coletivamente nos seus vários espaços de gestão. As capacitações devem se dar, preferencialmente, sob a lógica da Educação Permanente, envolvendo sempre que possível toda a equipe ou que os capacitados sejam responsabilizados para socializar o apreendido com a sua equipe. A

programação deve se dar em tempo hábil para que as unidades se preparem para liberar os trabalhadores com o mínimo de prejuízo para a assistência à população. Para se evitar as demandas pontuais, fragmentadas, extemporâneas e descoladas do planejamento da Secretaria, todas as capacitações e treinamentos propostos nas várias Câmaras Técnicas devem ser submetidas à avaliação do CETS e Colegiado Gestor da Secretaria para se adequarem a essas diretrizes.

9. Promover eventos como essa oficina da atenção básica que mantenham viva a discussão da política de saúde e quebrem o isolamento das equipes, proporcionando troca de experiências e solidariedade entre as unidades da rede básica.

10. Garantir, com a participação dos Distritos e Unidades de Saúde envolvidas, um processo de acolhimento de todos os novos trabalhadores, aprimorando os projetos já em andamento a partir da avaliação de suas dificuldades atuais

São de Responsabilidades dos Distritos:

1. Com o apoio do CETs, organizar processos de capacitação e educação permanente específicos de cada distrito, coerentes com o seu planejamento anual e das equipes sob sua responsabilidade.

2. Apoiar as Unidades de Saúde para que possam organizar reuniões de equipes periódicas sem a suspensão total do atendimento, inclusive, quando necessário, participando do atendimento naqueles momentos.

3. Apoiar as coordenações locais para realizarem reuniões de equipes produtivas e eficazes, com metodologia adequada para se garantir maior participação dos atores envolvidos e que o produto sejam deliberações com prazos, responsáveis pela sua execução e, ainda, monitoramento das operações realizadas.

4. Em parceria com o Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, implantar ações e atividades do projeto “Cuidando do Cuidador”, desenvolvendo estratégias de prevenção do estresse do trabalho, de ampliação das ações terapêuticas, de práticas integrativas voltadas para o trabalhador e de re-inserção monitorada do trabalhador com afastamento por problema de saúde.

5. Ampliar as ações de intervenção externa para as equipes com muitos conflitos e sofrimento (análise institucional; grupo de cidadania).

São de Responsabilidade das Unidades de Saúde:

1. Organizar as reuniões de equipe de referência, semanais ou quinzenais, para: organizar o processo de trabalho da sua equipe; avaliar atuação com grupos de risco; qualificar as ações a partir de discussões técnicas e elaborar projetos de cuidado para famílias e indivíduos com problemas mais complexos. Além dessas, as unidades devem avaliar a necessidade de reuniões por área para elaborar projetos comuns a todas as equipes para grupos de risco (hipertensos e diabéticos, crianças, mulheres, idosos, etc).

2. Garantir o atendimento dos casos mais urgentes e das ações prioritárias para que as reuniões não prejudiquem o acesso e a qualidade do cuidado prestado ao usuário.

3. Os gestores locais devem retomar o documento sobre prontuário, elaborado a partir das discussões do Programa de Educação Permanente e desenvolver estratégias de torná-lo efetivamente um instrumento de comunicação e integração da equipe na prestação de cuidado aos usuários.

Eixo 4: Participação dos Trabalhadores e dos Usuários na Gestão das Unidades Básicas

A Constituição Federal de 88 traz como um dos princípios organizativos do SUS a democratização da sua gestão, com a participação de gestores, trabalhadores e usuários no seu planejamento, monitorização e fiscalização da utilização dos seus recursos.

A Secretaria de Saúde de Campinas, além do Conselho Municipal, instituiu há algum tempo os Conselhos Distritais e os Conselhos Locais de Saúde. Ao longo destes anos, buscou-se ampliar e estimular a participação de trabalhadores e usuários nestes espaços, mas, infelizmente, avalia-se que a participação ainda não é suficiente para se dizer que os trabalhadores e principalmente os usuários sejam os principais protagonistas na formulação da política de saúde do município.

Ao mesmo tempo, como espaço de formulação e de retradução técnica e operacional das políticas formuladas nestes espaços tripartites, a Secretaria de Saúde, tem proposto a implantação de Colegiados Gestores nos seus vários serviços. São espaços de compartilhamento do poder entre trabalhadores e gestores para se tomar as decisões mais adequadas sobre os processos de trabalho local, formulando diretrizes próprias segundo a sua governabilidade e adequando à sua realidade aquelas construídas em outros espaços coletivos de gestão. Tem por finalidade propor um plano de ação da unidade para aprovação no Conselho Local de Saúde, bem como, contribuir com o Conselho na sua avaliação e monitoramento. Avalia os processos de trabalho da unidade e

propõe mudanças quando necessárias, sempre à luz de princípios como os da humanização, integralidade e equidade na produção de saúde. É ainda o espaço de negociação de pactuação de metas e indicadores que irão compor o “Contrato de Gestão” daquela unidade.

Apesar dos vários anos de experiência em Campinas, ainda estamos longe da sua consolidação e de se ter alcançado capacidade de se operar todas estas possibilidades. O conjunto de problemas apresentados pelos participantes da oficina nos permite afirmar que, de modo geral, a gestão ainda é um ato solitário do coordenador da unidade ou, no máximo, partilhado com o Apoiador distrital.

Para consolidar e fortalecer a Gestão Colegiada, a oficina faz um conjunto de propostas, apresentadas abaixo por níveis de responsabilidade:

São de responsabilidade do Nível Central

1. A área de informação da SMS deve desenvolver relatórios, a partir dos bancos de dados disponíveis, que forneçam às unidades as informações mais relevantes para o diagnóstico de saúde e o planejamento. As informações nos relatórios e no TABNET devem estar desagregadas por Equipe de Referência.
3. Os gestores de nível central, com a participação dos distritos e unidades de saúde, devem definir diretriz de constituição do Colegiado Gestor em todos os serviços como estratégia de garantia de democratização da gestão, respeitando a singularidade de cada serviço, bem como de capacitação dos seus membros para uma participação efetiva.
4. Como espaço de decisão colegiada, faz-se necessário uma organização adequada desses espaços, com pautas definidas e atas onde se publicize as deliberações não confidenciais, seus responsáveis e prazos.
5. Devem ser criados outros espaços de comunicação entre os gestores dos vários níveis com os trabalhadores: Fórum de representantes dos trabalhadores, agendas dos dirigentes nos Colegiados de Gestão dos Distritos e Unidades de Saúde e Conselhos Distritais e Locais.
6. Criar um boletim da SMS para divulgação dos projetos novos, iniciativas das equipes para troca de experiência e debate de idéias sobre a política de saúde. Montar uma comissão editorial democraticamente escolhida e representativa de toda SMS.
7. Realizar Mostras de Experiências (Oficinas e outros meios) para compartilhar os trabalhos desenvolvidos nos serviços.

São responsabilidades do Distrito:

1. Apoiar as unidades na realização das reuniões de equipe,
2. Estimular a participação dos gestores, trabalhadores e usuários na reuniões do Conselho Distrital.
3. Coordenar as reuniões do Colegiado Gestor do Distrito (Colegiado de Coordenadores), bem como a divulgação das deliberações, prazos e responsáveis.
4. Coordenar o planejamento distrital com a participação dos vários serviços que o compõe.
5. Apoiar as unidades na realização do seu planejamento anual e na avaliação do alcance de metas.
6. Divulgar as ações e projetos desenvolvidos no Distrito de Saúde.

São responsabilidades das Unidades de Saúde:

1. Estimular a participação dos trabalhadores e usuários no C. L. S.
2. Organizar as reuniões do Colegiado Gestor, com cronograma anual prévio, bem como a divulgação dos seus resultados.
3. Promover, por parte do Colegiado Gestor da Unidade, o planejamento, a avaliação e monitoramento do plano local.
4. Instituir urna de sugestões, críticas e elogios aos serviços, disponível para usuários e trabalhadores, a ser aberta periodicamente em reuniões tanto do CG como do CLS.
5. Divulgar, através de boletins, murais ou outros processos, iniciativas das equipes e as ações desenvolvidas pela unidade de saúde.

O PROJETO GESTÃO DO CUIDADO EM REDE.

Este é um projeto em parceria com o Ministério da Saúde (através da Secretaria de Atenção à Saúde e os seus Departamentos – a Diretoria de Articulação de Redes Assistenciais o Departamento de Atenção Básica), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira do Hospital Albert Einstein, através do Programa Hospitais de Excelência a Serviço do SUS.

O projeto tem como objetivo principal o desenvolvimento de um modelo de promoção da qualidade do cuidado integral às doenças crônicas no SUS, considerando que estas, no seu conjunto, representam o maior desafio epidemiológico dos próximos anos.

Para tal pretende capacitar um conjunto de médicos e enfermeiros que serão encarregados de fazer apoio a um conjunto de equipes de saúde da família (cada médico facilitador apoiará, em média, 6 equipes de saúde da família), permitindo, portando que os clínicos, médicos generalistas e enfermeiros das equipes ganhem mais competência no cuidado aos pacientes portadores de doenças crônicas.

O projeto centra-se em 3 eixos:

- a) Apoio às Equipes de Saúde da Família por médicos e enfermeiros com formação em cuidado integral de pacientes com doenças crônicas. São profissionais da própria rede de serviços dos vários distritos de saúde, que receberão treinamento e apoio permanente para aquisição das habilidades necessárias ao desenvolvimento da estratégia durante o projeto.
- b) Sessões de atendimento compartilhado de pacientes com doenças crônicas – médicos e enfermeiros denominados coordenadores de territórios ou facilitadores atendem junto com os médicos e enfermeiros das equipes, permitindo-lhes que ganhem competência para atender casos semelhantes que antes podiam estar encaminhando para os especialistas ou, ainda, atendendo-os de maneira inadequada na unidade básica.
- c) Reuniões clínicas interdisciplinares que utilizarão as seguintes ferramentas: a pactuação de protocolos dentro das linhas de cuidado, construídos a partir de diretrizes baseadas em evidências; o gerenciamento de doenças; o gerenciamento de risco, incluindo o aprendizado proativo com eventos sentinela e situações que ameaçam a segurança do paciente; e o gerenciamento de casos complexos.

Os resultados esperados incluem maior envolvimento e satisfação de profissionais e usuários da atenção primária, um menor número de internações desnecessárias, e, principalmente, a ampliação do espectro de atuação da atenção primária no cuidado das doenças crônicas, com redução de encaminhamentos, filas por consultas e procedimentos especializados muitas vezes desnecessários.

Sempre que for possível, tais intervenções, que incluem os exames complementares necessários para indicar ou não um tratamento efetivo, deverão ocorrer no Centro de Saúde. Nesta categoria estão várias intervenções hoje conhecidas como de “média complexidade”. Para as intervenções de “alta complexidade”, a responsabilidade estará com outros profissionais e pontos de atenção. No entanto, estes deverão dar continuidade ao cuidado iniciado na Atenção Primária, atuando de modo complementar. Novamente, pacientes, familiares, profissionais, equipes e gestores deverão estar envolvidos nas políticas comuns para grupos crescentes de pacientes com doenças crônicas

O projeto iniciou-se em outubro de 2009 nos 5 distritos, em pelo menos 3 unidades piloto em cada um deles. À medida do seu desenvolvimento, as outras unidades serão incorporadas, devendo atingir toda a rede de serviços de atenção básica até o final de 2011.

Anexo 2: Análise da mortalidade infantil em Campinas em 2009

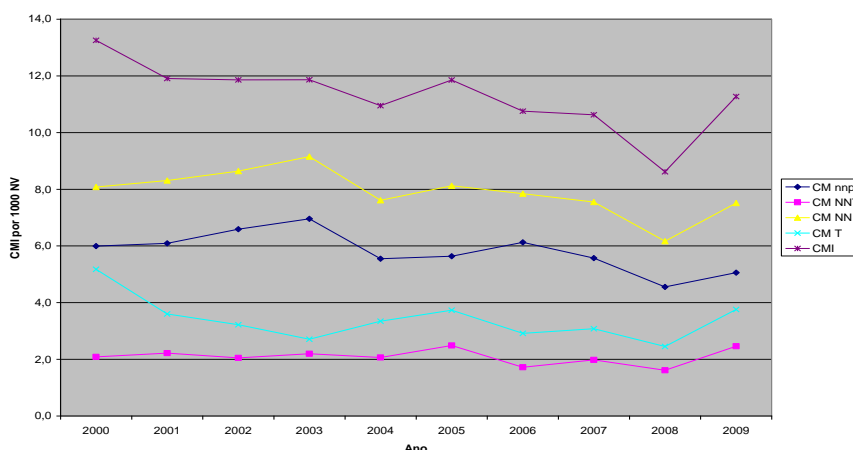
A taxa de mortalidade infantil ou coeficiente de mortalidade infantil é construído através da relação dos óbitos em crianças menores de 1 ano em determinado local e tempo, pelo número de crianças que nasceram vivas no mesmo período e local, por 1000 nascidos vivos.

Pode se subdividido em 3 componentes: mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias de vida), neonatal tardia (7 a 27 dias de vida) e pós-neonatal (óbitos de crianças de 28 dias de vida até antes de completarem um ano).

Em Campinas a mortalidade infantil decresceu em todos os seus componentes de 2000 até 2008, apresentando aumento no ano de 2009. (figura abaixo)

Em 2009 em Campinas ocorreram 14639 nascidos vivos e 165 óbitos em crianças menores de 1 ano de idade, com um Coeficiente de Mortalidade Infantil de 11,3 óbitos por 1000 nascidos vivos.

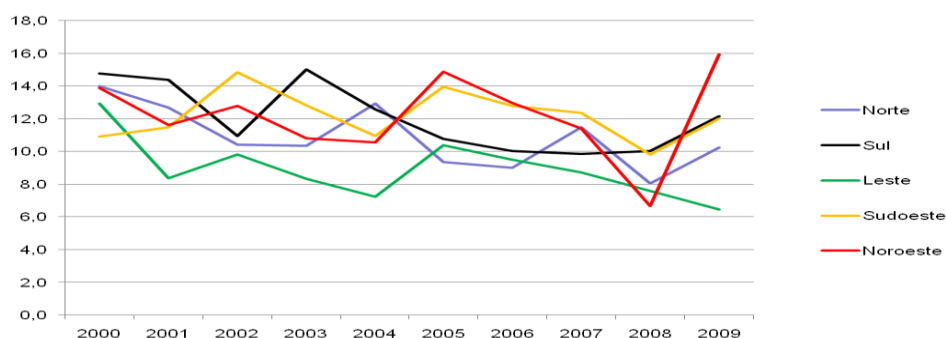
Coeficientes de Mortalidade Infantil, Neonatal e Pós-neonatal. Campinas, 2000-2009.



Fonte: SIM- SMS

O coeficiente de mortalidade infantil não é homogêneo em todo o município, apresentando diferenças significantes entre os distritos de saúde. Em 2009, o coeficiente variou de 6,1 por mil nascidos vivos no distrito de saúde leste (o menor) até 15,9/1000 nascidos vivos, no distrito de saúde noroeste, sendo este o maior coeficiente verificado.

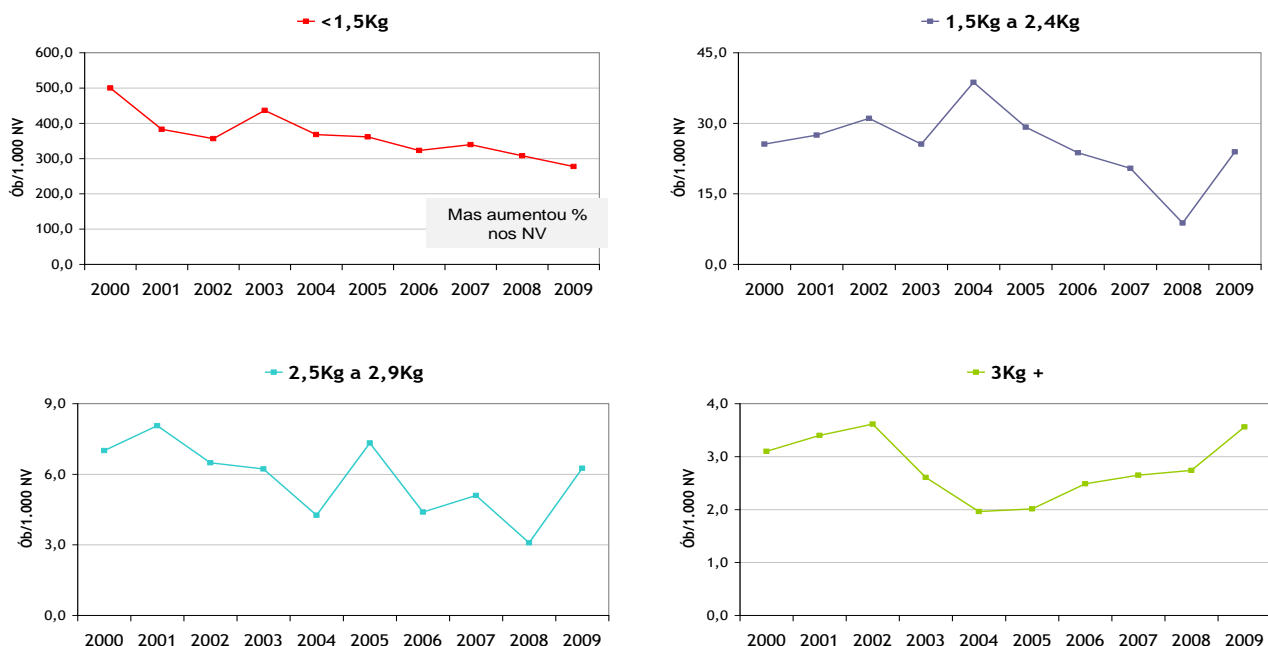
Coeficiente de mortalidade infantil segundo distrito de residência, Campinas, 2000-2009.



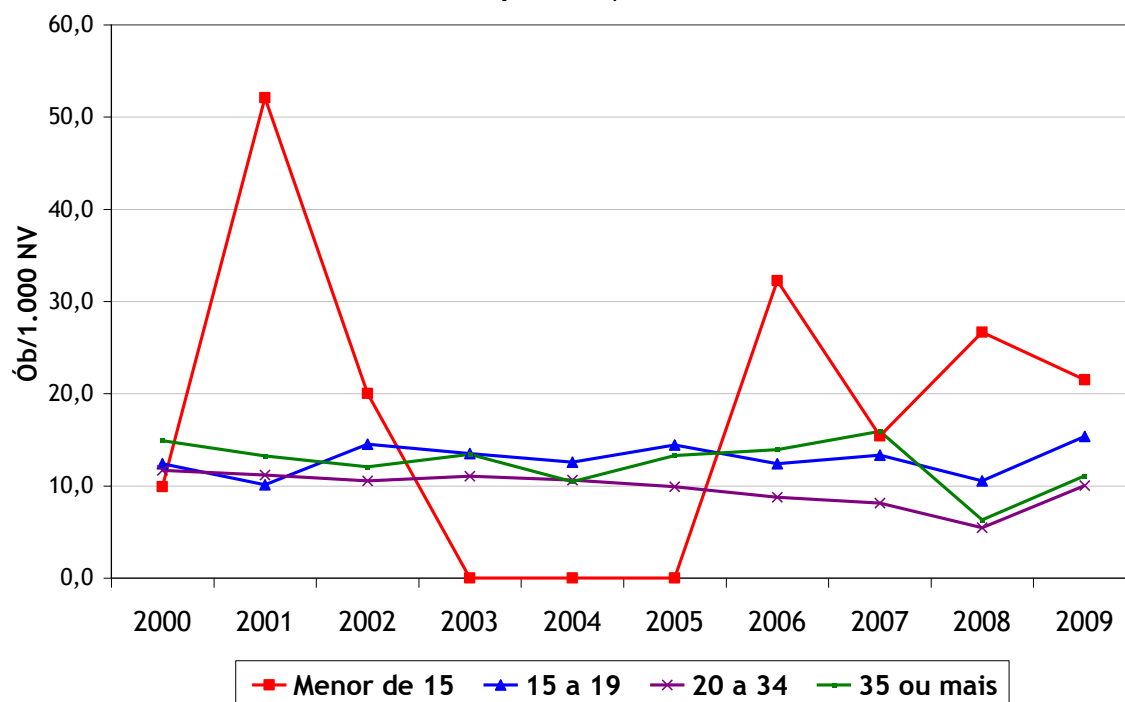
O aumento da mortalidade infantil em 2009 deu-se principalmente nos componentes neonatal tardia e pós-neonatal.

Quando analisamos o CMI nas diferentes faixas de peso ao nascer, verificamos que houve aumento em todas as faixas, exceto nos menores de 1,5Kg.

Coeficientes de Mortalidade Infantil, segundo peso ao nascer. Campinas, 2000-2009



Coeficientes de Mortalidade Infantil, segundo idade da mãe. Campinas, 2000-2009



A investigação dos óbitos infantis em Campinas

Os óbitos de crianças menores de um ano de idade são investigados pelos Centros de Saúde e equipes de vigilância dos distritos de saúde. Cada distrito de saúde, desde 2007 constituiu um comitê regional de vigilância dos óbitos maternos e infantis composto por profissionais das unidades de saúde e distrito de saúde que tem a missão de discutir os óbitos das crianças residentes no seu território, confirmar ou corrigir a causa básica do óbito, classificar este óbito como provavelmente evitável ou não, se houve e quais foram as oportunidades

perdidas, fazer as recomendações e encaminhar estes relatórios ao Comitê municipal de vigilância do óbito materno e infantil para a consolidação e recomendações gerais para as áreas da saúde da criança, saúde da mulher e gestão da SMS.

CMI por distrito de residência e período do óbito, Campinas 2009.

Distrito	Neonatal precoce	Neonatal tardia	Neonatal	Pós-neonatal	CMI
Norte	4,9	1,1	6,4	3,8	10,2
Sul	5,6	2,5	8,1	4,0	12,1
Leste	4,6	0,4	4,9	1,1	6,1
Sudoeste	5,7	2,7	8,3	3,7	12,0
Noroeste	5,5	4,6	10,1	5,9	15,9
Campinas	5,3	2,3	7,6	3,7	11,3

*CMI por 1000 nascidos vivos

Fonte: SIM-SMS, CMVOMI

Óbitos infantis segundo distrito de residência e se usuário do SUS ou não, Campinas 2009.

Distrito	SUS		Não SUS		Ambos		Sem informação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Norte	14	51,9	7	25,9	1	3,7	5	18,5
Sul	22	45,8	8	16,7	1	2,1	17	35,4
Leste	10	62,5	6	37,5				
Sudoeste	25	69,4	12	32,4				
Noroeste	22	57,9	6	15,8	2	4,2	8	21,1
Total	94	56,7	39	23,5	4	2,4	30	18,1

Fonte: SIM-SMS, CMVOMI

Os óbitos infantis quando analisados sobre se usuário do SUS ou não, variou de 45,8% nos residentes no distrito sul, até 69,4% os residentes no distrito sudoeste. É importante salientar que este dado não reflete um maior ou menor risco de morrer se usuário do SUS ou não, e sim uma distribuição proporcional dos óbitos infantis residentes em Campinas em 2009.

Óbitos infantis segundo distrito de residência e evitabilidade, Campinas 2009.

Distrito	Com fator de evitabilidade		Inevitável		Inconclusivo		Em investigação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Norte	11	42,3	15	57,7	-	-	-	-
Sul	22	45,8	18	37,5	7	14,6	-	-
Leste	5	31,3	11	68,8	-	-	-	-
Sudoeste	11	29,7	21	56,8	3	8,1	2	5,4
Noroeste	12	31,6	22	57,9	4	10,5	-	-
Total	61	36,9	87	52,7	14	8,5	2	1,2

Fonte: SIM-SMS, CMVOMI

Quando analisamos a evitabilidade ou se houve alguma oportunidade perdida, vimos que 58 (34,9%) dos óbitos foram considerados como provavelmente evitáveis, 69 (41,6%) como inevitável, 16 (9,6%) a investigação foi inconclusiva e 22 (13,3%) ainda estão em investigação.

Segundo o momento da oportunidade perdida, 16,9% foi durante o pré-natal, 7,8% nas ações de promoção à saúde, 5,4% durante a assistência ao parto, 4,2% na assistência ao RN, 3,6% na assistência à criança, 0,6% por falha no programa de imunização e 0,6% a investigação foi inconclusiva.

Óbitos infantis segundo momento da oportunidade perdida, Campinas 2009.

Momento da oportunidade perdida	Nº	Percentual
Imunoprevenção	2	2,9
Assist. Pré Natal	28	41,8
Assist. Parto	9	13,4
Assist. RN	7	10,5
Assist. Criança	6	9,0
Promoção à saúde	14	20,9
Inconclusivo	1	1,5
Total	67*	

Fonte: SIM-SMS; CMVOMI

*Mais de uma oportunidade perdida em um mesmo óbito.

Foram classificados como oportunidade perdida na assistência ao pré-natal os casos de: não realizou pré-natal ou pré-natal irregular, não adesão ao tratamento recomendado, tratamento não adequado, entre outros.

Os casos classificados como falha na promoção à saúde, são aqueles cujo óbito se deu principalmente por acidente de trânsito e aspiração mecânica.

Os óbitos por doença imunoprevenível são de duas crianças que morreram de meningite pneumocócica.

Conclusões

- Não foram identificadas causas específicas que justifique o aumento da mortalidade infantil município e especificamente no Distrito de Saúde Noroeste;
- Não existe diferença entre as causas de óbitos provavelmente evitáveis entre os distritos;
- O momento do pré-natal foi onde mais se identificou oportunidade perdida, seja por responsabilidade do serviço de saúde ou da própria gestante;
- Entre as causas de falhas na promoção à saúde, destacam-se os acidentes domésticos e as mortes por aspiração de conteúdo gástrico;
- Um aumento mais expressivo da mortalidade infantil no distrito noroeste coincide com a maior taxa de mortalidade infantil observada na maternidade de referência para aquele distrito;
- O risco da morte infantil entre as mães mais jovens, > 15 anos e de 15 a 19 anos, é maior do que o das mulheres com idade acima de 20 anos.

Recomendações específicas

- Aumentar uma reunião mensal do Comitê Municipal para discussão e encerramento dos óbitos infantis, com a presença das áreas técnicas da saúde da criança e da mulher;
- Instituir oficialmente os comitês distritais e legitimá-los nos distritos e nas unidades de saúde;
- Garantir, através de contato com a SETEC-SVO, laudo das necropsias dos óbitos nos menores de 1 ano;
- Reforçar o contato com os hospitais para a liberação dos prontuários para agilizar as investigações;
- Adequar o protocolo do pré-natal com os exames laboratoriais disponíveis;
- Garantir atenção diferenciada para as gestantes e puérperas adolescentes;
- Reforçar as ações de prevenção a acidentes domésticos nas consultas de puericultura.

RECOMENDAÇÕES GERAIS PARA DIMINUIÇÃO DOS ÓBITOS INANTIS E FETAIS

1- SAÚDE DA MULHER

a. PLANEJAMENTO FAMILIAR

- i. Aumento de vagas
- ii. Prioridade de agendamento com critérios de risco

b. PRE-NATAL

- i. Capacitação das UBS sobre o protocolo já elaborado
- ii. Inserir o agente comunitário de saúde nas ações com as gestantes
- iii. Captação precoce da gestante
- iv. Lista de sinais de alerta no pré-natal (aos profissionais de saúde)

- v. Realização de folder para as gestantes sobre sinais de cuidado na gestação
- vi. Busca ativa de gestantes faltosas
- vii. Visita domiciliar pelo agente comunitário de saúde no último mês de gestação
- viii. Vincular a gestante à sua maternidade de referencia
- ix. Continuar acompanhando as gestantes quando estas forem encaminhadas ao pré-natal de alto risco
- x. Aumentar o numero de vagas no pré-natal de alto-risco com a incorporação de mais 1 profissional no ambulatório na maternidade de campinas
- xi. Qualificar o pré-natal de alto risco, melhorando o acesso da gestante a exames necessários
- c. EXAMES LABORATORIAIS
 - i. Qualificar os exames tecnicamente (melhorar qualidade das ultrassonografias, urocultura,...)
 - ii. Agilizar resultado de exames como urinal e urocultura, e outros exames do protocolo do pré-natal
 - iii. Adequar o exame de urocultura ao tratamento disponível na SMS
 - iv. Aumentar a oferta de exames necessários ao pré-natal
- d. PUÉRPERAS
 - i. Garantir a consulta de retorno para revisão de parto
- 2- SAÚDE DO ADOLESCENTE
 - a. Qualificar esta linha de cuidado COMPLETAMENTE em todas as UBS, principalmente para as gestantes e puérperas adolescentes.
- 3- ATENÇÃO HOSPITALAR
 - a. GESTANTE
 - i. Qualificar o atendimento de urgência nos hospitais conveniados (lista de eventos sentinelas detectados pela CAC)
 - ii. Implementar a iniciativa do Hospital Amigo da Criança
 - b. PARTO
 - i. Qualificação das residências médicas em ginecologia-obstetrícia
 - ii. Presença do preceptor na hora do parto
 - c. RECÉM-NASCIDO
 - i. Qualificar a atenção aos recém-nascidos nas UTIs neonatais
 - ii. Adequar o numero de leitos de UTI neonatais em nossa região
 - iii. Qualificar a linha de cuidado a recém-nascidos com malformações congênitas
 - iv. Alta hospitalar referenciada as UBS
 - d. PUERPERA
 - i. Orientações sobre aleitamento materno
- 4- SAÚDE DA CRIANÇA
 - a. RECÉM NASCIDO E PUERICULTURA
 - i. Implementar a estratégia “Primeira Semana de Atenção Integral ao RN” com visitas domiciliares feitas por agentes comunitários de saúde e equipe de enfermagem das UBS
 - ii. Garantia da primeira consulta até o 10º dia de vida do RN
 - iii. Garantia de consultas conforme protocolo da saúde da criança
 - iv. Busca ativa de crianças faltosas em consultas de puericultura
 - v. Acompanhamento dos RN de risco conforme protocolo
 - vi. Visita domiciliar e acolhimento dos egressos hospitalares
- 5- COMITÊ MUNICIPAL E DISTRITAL
 - a. ESTRUTURA DO COMITÊ MUNICIPAL
 - i. Elaborar uma portaria municipal para nomeação dos membros do comitê com representantes das áreas técnicas envolvidas, dos distritos e dos hospitais.
 - b. ESTRUTURA DOS COMITES DISTRITAIS
 - i. Elaborar uma portaria municipal que institui e nomeia os membros do comitê com representantes das UBS
 - c. INFRAESTRUTURA DE TRABALHO

- i. Aumentar uma reunião mensal do Comitê Municipal para discussão e encerramento dos óbitos infantis
 - ii. Garantir a presença dos representantes das áreas técnicas da criança e da mulher nas reuniões do Comitê Municipal e nos comitês dos distritos quando solicitado
 - iii. Garantir que todas as unidades básicas realizem a investigação dos óbitos infantis residentes no seu território e o encaminhamento da investigação ao comitê distrital
- d. RELATORIOS
 - i. Elaboração de relatórios que possam ajudar nas políticas públicas de atenção a gestante e a criança
 - ii. Elaboração de relatórios para as UBS sobre os óbitos para que elas possam qualificar a linha de cuidado internamente
 - iii. Definir como abordar as instituições que não fazem parte da Secretaria municipal de Saúde, quando observa-se que houve oportunidades perdidas que levaram ao óbito
- e. SEMINÁRIO
 - i. Realização de eventos sobre o tema para divulgação dos dados observados e qualificação das investigações

DIFICULDADES PARA REALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS FETAIS E INFANTIS

- 1- DECLARAÇÃO DE ÓBITO
 - a. Tempo de chegada da declaração do óbito no distrito de saúde e na UBS
- 2- INFRAESTRUTURA
 - a. Infraestrutura de informática incompleta.
 - b. Falta carro e/ou vale transporte para realização das visitas hospitalares e domiciliares;
 - c. Falta de papel de fax, cartuchos para impressão,
 - d. Necessidade de sistema de informação para a análise dos óbitos.
- 3- Recursos Humanos e Gestão
 - a. Número de funcionários menores do que o necessário para realizar as investigações de maneira qualificada;
 - b. Múltiplas funções das equipes das VISAs e com isso dificuldade de priorizar as investigações, o mesmo acontecendo com funcionários das UBS
 - c. Não entendimento da necessidade e importância da investigação por parte de membros das equipes de saúde e não priorização das ações;
 - d. O comitê ainda é visto como órgão fiscalizador e punitivo em alguns locais; (atitudes defensivas das equipes de saúde)
 - e. Dificuldade das pessoas em trabalhar com o tema Morte, e com isto, dificuldade na realização das visitas domiciliares de maneira adequada, alguns profissionais não se sentem preparados para abordar o tema
 - f. Dificuldade dos representantes das UBS nos comitês distritais: não conseguem se legitimar perante os outros funcionários das UBS e do coordenador
- 4- HOSPITAIS
 - a. Comissões de óbitos internos não atuantes
 - b. Dificuldade de acesso aos prontuários
 - c. Prontuários com falta de informações, incompletos, com letras ilegíveis, com suspeita de adulteração
 - d. Não participação do comitê municipal, apesar de terem assentos oficialmente
 - e. Não entendimento da função do comitê e com isto não dão a devida importância ao tema.

Anexo elaborado após a investigação e discussão de todos os óbitos infantis de residentes no município no Comitê de Vigilância do Óbito Materno e Infantil.