

XXV CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

VI CONGRESSO BRASILEIRO
DE SAÚDE, CULTURA DE PAZ E
NÃO-VIOLÊNCIA

BRASÍLIA - 2009



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SECRETARIA DA SAÚDE



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SECRETARIA DA SAÚDE



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua General Jardim, nº 36
01223-010 - São Paulo - SP
Tel.: 3397-2000

Gilberto Kassab
Prefeito

Januario Montone
Secretário Municipal da Saúde

Comissão Organizadora

Coordenação da Atenção Básica

- Cassia Liberato Muniz Ribeiro
- Daniel Vasques Barbosa Ferreira Leite
- Kátia Maria de Almeida Correia
- Maria Cristina Honorio dos Santos
- Vicente José Salles de Abreu

CRH-G / Divisão de Gestão Estratégica de Desenvolvimento Profissional

- Aparecida de Lourdes Correa
- Luiz Cesar Correa Gomes dos Reis
- Luzia Coelho e Silva Machado

CRH-G / CEFOR

- Marcia Walter Freitas



PREFEITURA DE
SÃO PAULO
SECRETARIA DA SAÚDE



PREFEITURA DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SAÚDE

Cidade de São Paulo

Estimativa Populacional para 2008: 10.879.619 habitantes

Território: 1.509 Km²

Centro da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP)

O município de São Paulo está dividido em 31 subprefeituras e 96 distritos



Secretaria Municipal da Saúde

Unidades de Saúde da Rede Municipal por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde - Município de São Paulo



JANUARIO MONTONE
SECRETARIO MUNICIPAL

JOSÉ MARIA DA COSTA ORLANDO
SECRETARIO ADJUNTO

ODENI DE ALMEIDA
CHEFE DE GABINETE

EDJANE MARIA TORREÃO BRITO
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

VERA LÚCIA NOGUEIRA
COORDENAÇÃO FINANCEIRA ORÇAMENTÁRIA

MARGARIDA MARIA TENÓRIO DE AZEVEDO LIRA
COORDENAÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA E INFORMAÇÃO - CEINFO

JANE ABRAHÃO MARINHO
COORDENAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS - CRH

PAULO KRON PSANQUEVICH
COORDENAÇÃO DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO DA GERÊNCIA HOSPITALAR - COGERH

FLAVIA MARIA PORTO TERZIAN
COORDENAÇÃO DA AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL

ISABEL CRISTINA NOMIYAMA
COORDENAÇÃO DE INTEGRAÇÃO E REGULAÇÃO DO SISTEMA

INÊS SUAREZ ROMANO
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - COVISA

MARIA CRISTINA ABBATE
PROGRAMA MUNICIPAL DE DST / AIDS

SUMÁRIO

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	- ACESSO AOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS SOB A ÓTICA DA REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE - A EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO.	7
	- GESTÃO DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS: A COMISSÃO FARMACOTERAPÊUTICA E A SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS DA RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO.	8
	- PROTOCOLOS GERENCIADOS NA UTILIZAÇÃO DE FÁRMACOS NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.	9
SAÚDE DO IDOSO	- EXPANSÃO DO PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS.	10
	- CURSO INTRODUTÓRIO DO PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS.	11
SAÚDE MENTAL	- AMPLIAÇÃO DO ACESSO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL POR MEIO DA IMPLANTAÇÃO DE CAPS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.	12
	- A IMPLANTAÇÃO DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS COMO PARTE DO PROCESSO DE DESHOSPITALIZAÇÃO DOS RESIDENTES EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS - A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.	13
	- INTERVISÃO: UMA ESTRATÉGIA DE APOIO AOS TERAPEUTAS COMUNITÁRIOS NA SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE CAPELA DO SOCORRO E PARELHEIROS.	14
SAÚDE DA MULHER	- O IMPACTO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NA FECUNDIDADE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.	15
	- NOVA METODOLOGIA DE GESTÃO RESULTA EM IMPACTO NO PROGRAMA MÃE PAULISTANA NA UBS PARQUE REGINA.	16
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	- IMPLANTAÇÃO DO CONSELHO DE ACOMPANHAMENTO DOS CONVÊNIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.	17
	- SISTEMA DE MONITORAMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O DESENVOLVIMENTO DO APLICATIVO.	18
	- CONSELHO DE ACOMPANHAMENTO DOS CONVÊNIOS TRANSFORMANDO A GESTÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.	19
	- ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ESPECIAL: ATENDIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA E VULNERABILIDADE SOCIAL.	20

	- INTEGRAÇÃO AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E AGENTES DE ZOOSENAS NAS AÇÕES DE CONTROLE DA DENGUE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.	21
	- A CONTRIBUIÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CONTROLE DA DENGUE.	22
	- AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE ARQUIVAMENTO DE PRONTUÁRIO (SAP) NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA MICRO REGIÃO DO M'BOI MIRIM – CRIAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.	23
SAÚDE BUCAL	- REGIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE PARA DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER BUCAL: A EXPERIÊNCIA DA CIDADE DE SÃO PAULO.	24
APRENDENDO COM SAÚDE	- AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA APRENDENDO COM SAÚDE NA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE SÃO PAULO.	25
	- AMPLIAÇÃO DA EQUIPE DO PROGRAMA APRENDENDO COM SAÚDE COM BASE NA ANÁLISE DA DEMANDA.	26
ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL	- AMPLIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO COM O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA AMA ESPECIALIDADE.	27
SAÚDE DA CRIANÇA	- APLICAÇÃO DA METODOLOGIA DO PROJETO AMAMENTAÇÃO E MUNICÍPIOS – AMAMUNIC NA AVALIAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO – 2008.	28
SAÚDE DO ADULTO	- APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR A IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DO DIABETES MELITO TIPO 2 NA ATENÇÃO BÁSICA.	29
POPULAÇÃO INDÍGENA	- REGIONALIZAÇÃO SOLIDÁRIA E PACTO PELA SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA DA ATENÇÃO À SAÚDE ÀS POPULAÇÕES INDÍGENAS DAS ALDEIAS DA METRÓPOLE DE SÃO PAULO.	30
MEDICINAS TRADICIONAIS E PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE	- PRÁTICAS CORPORAIS MEDITATIVAS E ATIVIDADES FÍSICAS: UMA NOVA FERRAMENTA NA ABORDAGEM DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS.	31
SAÚDE OCULAR	- SAÚDE OCULAR EM BERÇÁRIOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO NO ANO DE 2008.	32
PROGRAMA REMÉDIO EM CASA	- PRC- PROGRAMA REMÉDIO EM CASA	33
PROGRAMA MUNICIPAL DE DST/AIDS	- IMPLANTAÇÃO DO TESTE RÁPIDO COMO DIAGNÓSTICO PARA HIV NA CIDADE DE SÃO PAULO: NOVOS DESAFIOS PARA O SUS.	34
AUTARQUIA HOSPITALAR	- REORGANIZANDO O DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS NA AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL DA CIDADE DE SÃO PAULO.	35

ACESSO AOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS SOB A ÓTICA DA REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO

Januario Montone – Secretário Municipal da Saúde

Autores: Dirce Cruz Marques, Cláudio Giuliano Alves da Costa, Sandra Aparecida Jeremias.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem as necessidades de saúde prioritárias da população. A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo disponibiliza os medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) nas 510 farmácias das Unidades de Saúde da Rede de Atenção Básica, com investimento do recurso municipal em 2008 de R\$ 5,05/hab./ano. A atualização da Remume, o investimento financeiro e a informatização da distribuição até a dispensação de medicamentos foram medidas efetivas para a melhora da qualidade da assistência farmacêutica, o que faz convergir a demanda por medicamentos dos municípios do entorno.

OBJETIVO

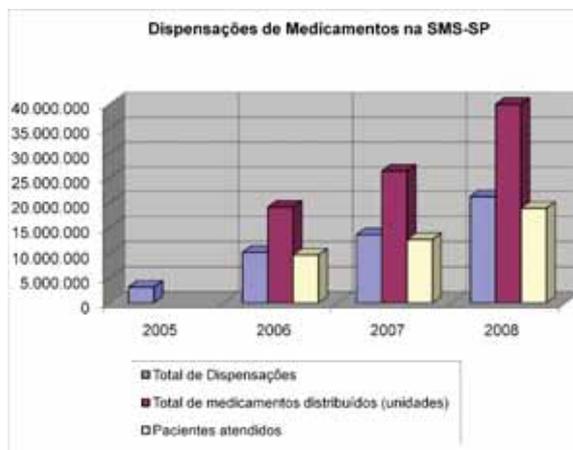
Apresentar o processo de informatização da rede em relação à dispensação de medicamentos como ferramenta para seu controle e planejamento.

METODOLOGIA

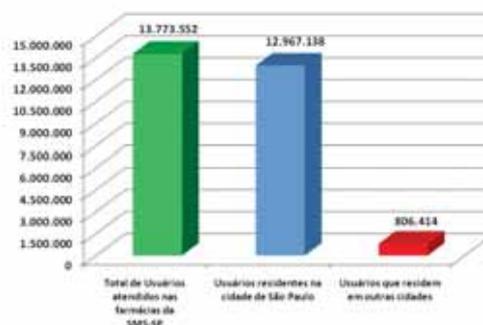
A informatização da dispensação de medicamentos na rede básica da SMS iniciada em 2005 permitiu, através da implantação do cartão SUS, produzir um banco de dados que identifica o local de residência dos usuários atendidos nas farmácias bem como permitiu a automatização na distribuição dos medicamentos.

RESULTADOS

As bases de dados do Cartão SUS e o histórico de dispensações foram totalmente integradas, permitindo o cruzamento de dados e a identificação dos usuários. Em 2008, 21.253.990 de receitas foram atendidas nas unidades de saúde do Município, atingindo um total de 39.899.543 medicamentos distribuídos para a população. O processamento preliminar da base de dados identifica que, dos 13.773.552 usuários atendidos, 806.414 residem em outras cidades.



Número de Usuários Atendidos nas Farmácias da Rede Básica da SMS-SP em 2008



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora exista uma pactuação de responsabilidades em que cada município deve adquirir e dispensar os medicamentos essenciais, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo vem permitindo o atendimento para os municípios de seu entorno. Os resultados apontam para a necessidade de articulação inter-municípios no sentido de harmonizar as ações da Política de Assistência Farmacêutica na Região Metropolitana.

GESTÃO DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS – A COMISSÃO FARMACOTERAPÊUTICA E A SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS DA RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO

Januario Montone – *Secretario Municipal da Saúde*

Autores: *Sandra Aparecida Jeremias, Dirce Cruz Marques, José Ruben de Alcântara Bonfim, Daisy de Castro Ferraz, Laura Satiko Nakano*

INTRODUÇÃO

O estabelecimento de uma Comissão Farmacoterapêutica (CFT) tem sido recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como fundamental no processo de seleção de medicamentos para que os Sistemas de Saúde garantam à população acesso a medicamentos essenciais com uso racional. A Comissão Farmacoterapêutica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo é composta por equipe multiprofissional cujo trabalho se desenvolve sob a ótica da Medicina Baseada em Evidências na avaliação de tecnologias em saúde.

OBJETIVO

Apresentar o trabalho desenvolvido pela Comissão Farmacoterapêutica ao manter atualizada a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume).

METODOLOGIA

O processo de trabalho da Comissão Farmacoterapêutica em relação à seleção de medicamentos engloba as seguintes etapas: Fase I - Análise das Evidências: 1. Análise prévia da solicitação por um ou dois membros da CFT com consulta à literatura científica, a dados epidemiológicos, a informações de mercado e outras; 2. Discussão dos membros da CFT a respeito do parecer prévio; 3. Sistematização das análises pela secretária executiva da CFT; 4. Solicitação de análise de consultores externos à SMS quando necessário; 5. Discussão e definição do parecer final da CFT; Fase II – Avaliação das implicações técnicas: referentes à comodidade posológica, estabilidade, facilidade de armazenamento, se permite o fracionamento de doses, a adequação às faixas etárias, análise de custo-minimização, se a prescrição do fármaco requer elaboração de diretrizes clínicas; Fase III – Análise do impacto financeiro; Fase IV – Análise dos aspectos administrativos. As decisões das Fases I e II são de responsabilidade da CFT e as Fases III e IV envolvem decisões de gestão. Ao final do processo é realizado envio da resposta da CFT ao solicitante, que pode ser um profissional da SMS ou representante da sociedade organizada. As solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de medicamentos são realizadas por meio

de formulário padronizado. As reuniões ordinárias da CFT têm periodicidade mensal. Este trabalho envolve a atuação de um farmacêutico na coordenação da Comissão, exercendo o papel de secretário executivo e a disponibilidade em adquirir uma base de dados eletrônica sobre medicamentos. Além das atualizações permanentes, periodicamente a CFT/SMS elabora a revisão geral da Remume, o que aconteceu nos anos de 2007/2008. Foram formados grupos de trabalho por temas para analisar todas as necessidades de alterações da lista, identificadas pelos membros da CFT e pelas Áreas Técnicas de Saúde do Adulto, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde Mental, Saúde Bucal, e outras ações de saúde que envolvem a utilização de medicamentos. Foram igualmente recebidas solicitações de toda a rede de serviços de SMS no período de julho de 2007 a junho de 2008.

PRODUTOS

No período de 2005 a 2008 a Remume passou por atualizações e o número de itens passou de 264 para 307 medicamentos para a Rede Básica, com 13 exclusões e 56 inclusões. O processo de revisão geral ocorrido em 2007/2008 teve como produto a Remume reorganizada em grupos: Rede de Atenção Básica, Serviço de Atendimento Médico de Urgência - SAMU, Saúde Bucal e Rede de Atenção Hospitalar. Este processo encontra-se na Fase III.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

O processo de trabalho da CFT propiciou a apropriação dos métodos da Medicina Baseada em Evidências como instrumento para a tomada de decisões e obteve sucesso ao compartilhar esse conhecimento com as Áreas Técnicas que utilizam terapia com medicamentos no desenvolvimento das Políticas Públicas, integrando dessa forma a responsabilidade das decisões em relação à Remume e às diretrizes farmacoterapêuticas adotadas na SMS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A instituição da CFT para o Município de São Paulo é uma estratégia fundamental para a qualidade da gestão da incorporação de tecnologias, a exemplo da seleção de medicamentos constantes na Remume.

PROTOSCOLOS GERENCIADOS NA UTILIZAÇÃO DE FÁRMACOS NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Januario Montone – Secretário Municipal da Saúde

Autores: Dirce Cruz Marques, Sandra Aparecida Jeremias, Daisy de Castro Ferraz, Laura Satiko Nakano, José Ruben de Alcântara Bonfim.

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Os medicamentos são instrumentos fundamentais para a resolubilidade de algumas ações de saúde. No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP), a seleção de medicamentos é realizada pela Comissão Farmacoterapêutica – CFT, a qual se orienta pela necessidade constante de aprimoramento da qualidade da lista de fármacos disponíveis na rede da SMS, considerando os dados de morbimortalidade de maior importância para o Município. A adoção de diretrizes terapêuticas tem sido prática freqüente nos Sistemas de Saúde dos países que desenvolvem Políticas Públicas de medicamentos na perspectiva de seu uso racional. Considerando o crescente avanço das tecnologias em saúde, o alto custo que representa para os sistemas sanitários, a complexidade dos fármacos e seu potencial iatrogênico, a adoção de diretrizes terapêuticas e os controles para o seu emprego se constituem atualmente em importante mecanismo para a sua incorporação. Considerando ainda que a expansão da cobertura para os medicamentos na Atenção Básica representa um desafio na organização do SUS, a estratégia da adoção de Protocolos gerenciados se constitui em estratégia para melhorar o acesso dos usuários da Rede Municipal a estes fármacos e promover o seu uso racional. O gerenciamento consiste na avaliação, por meio de sistema informatizado, do seguimento de determinadas condições que devem estar de acordo com os Protocolos para a indicação dos medicamentos.

OBJETIVO

Apresentar a implantação de Protocolos gerenciados na utilização dos fármacos na Rede Básica da Secretaria Municipal de Saúde, promovendo a adesão dos prescritores às diretrizes terapêuticas estabelecidas.

METODOLOGIA

A implantação do projeto deu-se por meio de etapas: 1-Elaboração das diretrizes terapêuticas pela CFT, com a participação das Áreas Técnicas relacionadas - Saúde Mental, Saúde do Adulto e Saúde Ocular; 2-Elaboração da organização dos fluxos e dos instrumentos utilizados para a viabilização do processo, com participação dos diferentes

níveis de Gestão da SMS-SP: Supervisões Técnicas de Saúde (STS) e Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). 3-Publicação de Portaria para institucionalização do Projeto. 4-Capacitação dos prescritores, autorizadores e dispensadores. 5-Desenvolvimento de sistema informatizado e parametrizado com as condições clínicas e/ou laboratoriais eleitas para cada medicamento. Na primeira fase do Projeto, a dispensação dos medicamentos incluídos nos Protocolos gerenciados foi condicionada à autorização por farmacêuticos e/ou médicos da STS. Já na segunda fase, esta autorização consistiu na verificação dos parâmetros pelo sistema informatizado, preenchidos pelo prescritor e que devem estar de acordo com os pré-requisitos para a indicação dos medicamentos.

PRODUTOS

As morbidades eleitas para o presente projeto foram: dislipidemia (sinvastatina), insuficiência cardíaca congestiva (carvedilol), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade – TDAH (metilfenidato) e glaucoma primário de ângulo aberto (brimonidina). No trimestre de agosto/setembro/outubro de 2008 foram realizadas 281 prescrições de brimonidina, 1.440 prescrições de carvedilol, 102 prescrições de metilfenidato e 11.406 prescrições de sinvastatina.

APRENDIZADO COM AS VIVÊNCIAS

O estabelecimento de Protocolos com controle da utilização de medicamentos se constitui em processo viável mesmo em municípios com grande número de habitantes e de serviços, como é o caso do Município de São Paulo. A articulação entre os diversos níveis de Gestão da instituição e a capacitação dos profissionais envolvidos mostrou-se fundamental para a viabilização do Projeto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo deverá ampliar o número de fármacos utilizados nas condições explicitadas no Projeto, de forma que a terapêutica medicamentosa dos usuários do SUS municipal obtenha o melhor benefício nesta ação.

EXPANSÃO DO PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS

Januario Montone – Secretário Municipal da Saúde

Autores: Sérgio Márcio Pacheco Paschoal, Marília Viana Berzins

Colaboradores: Maria José Passos de Oliveira, Evaldo Shinji Kuniyoshi, Jane Aparecida Ribeiro de Moraes, Mayara Regina Pinto Ghilardi, Luis Borba Casella, Sandra Sheila Santos Pato, Carlos Lima Rodrigues, Maria Iannarelli.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde - SUS, Política Pública de Saúde, tem como missão tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequada.

Seguindo esta Política, a cidade de São Paulo organiza-se para responder às crescentes demandas dessa população que envelhece e que representa um expressivo e significativo número. Atualmente, já são mais de 1.200.000 (11,4%) pessoas maiores de 60 anos no Município. As Diretrizes das Políticas Públicas para esse segmento requerem estratégias que propiciem condições de autonomia, integração e participação efetiva da pessoa idosa na sociedade, reafirmando o seu direito à vida, à saúde e à dignidade.

A Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa é responsável pela formulação e acompanhamento das Políticas Públicas que respondam às necessidades de saúde dessa população específica. As ações desenvolvidas pela Área se fundamentam nos principais marcos legais vigentes, que priorizam uma atenção contínua e eficaz para a saúde e o bem-estar da população idosa, requerendo diferentes níveis de intervenção pelos profissionais dos serviços de saúde. Essas intervenções devem atender às distintas fases do envelhecimento, bem como aos graus de incapacidade, sempre baseadas numa Atenção Integral, adequada, de qualidade, humanizada e oportuna.

Com o crescente número de pessoas idosas que necessitam de ajuda para viverem com autonomia e independência na comunidade, torna-se imprescindível que o poder público e a sociedade se debrucem sobre a questão das pessoas incapacitadas e vulneráveis, promovendo o desenvolvimento de novas Políticas Públicas e tecnologias, na perspectiva de atenção comunitária. Uma das ações desenvolvidas para o atendimento dessas necessidades da população idosa é o **Programa Acompanhante de Idosos**, desenvolvido pela Secretaria Municipal da Saúde. O Programa, é uma modalidade de cuidado domiciliar destinado a pessoas idosas em situação de fragilidade e vulnerabilidade social com dependência funcional visando o provimento do apoio e suporte nas Atividades de Vida Diária (AVD) e das demais necessidades de saúde e sociais.

Atualmente o Programa está implantado nas Coordenadorias Regionais de Saúde Centro-Oeste, Sul, Sudeste, Leste e Norte da cidade. A prática e os resultados já evidenciados nos oferece condições de defini-lo como uma importante e eficiente opção de assistência a pessoas idosas em situação de fragilidade e vulnerabilidade social. Também evidencia a responsabilidade e o compromisso do gestor municipal em prol desta população que envelhece.

OBJETIVO

Apresentar o processo de implantação do Programa Acompanhante de Idosos no Município de São Paulo

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover assistência integral à saúde da população idosa descrita, objetivando desenvolver o autocuidado, a autonomia, a independência e a melhoria do estado de saúde;
- Evitar, ou adiar a institucionalização e oferecer condições a essa população de uma vida mais autônoma e de melhor qualidade;
- Promover a quebra do isolamento e exclusão social;
- Formar, acompanhar e dar suporte técnico a acompanhantes de idosos (AI's), para atender a população idosa descrita, em seu domicílio e/ou na cidade.

METODOLOGIA

As ações são desenvolvidas por uma equipe composta de um coordenador (assistente social), um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, um motorista, um auxiliar administrativo e 10 acompanhantes de idosos, num total de 17 profissionais por equipe. Os acompanhantes são os profissionais cuidadores que realizam atividades sistemáticas nos domicílios dos idosos. Cada acompanhante tem sob seus cuidados até 10 idosos e cada ação desenvolvida é definida pelo Plano de Cuidados estabelecido pela equipe de trabalho, mediante a avaliação das necessidades de saúde e sociais dos idosos matriculados no Programa.

As atribuições dos acompanhantes estão definidas no Protocolo do Programa, e suas

atividades são supervisionadas pela equipe de trabalho, que avalia sistematicamente as ações dos acompanhantes. São exemplos de algumas atividades:

- Realizar acompanhamento domiciliar de população idosa frágil e vulnerável de um determinado território, com agravos no campo da saúde, decorrentes de: senilidade, dependência funcional, transtorno e/ou deficiência mental, além da rede social e familiar precária, e risco de institucionalização;
- Desenvolver ações de Prevenção e Promoção à Saúde, visando à melhoria da situação de saúde da população idosa usuária do Programa;
- Estar junto e oferecer companhia e apoio aos idosos usuários, através da escuta, de conversas, de lazer e atividades comunitárias além de atividades externas,, respeitando os valores, as crenças e a privacidade da pessoa atendida;
- Oferecer ajuda nas atividades de cuidados com a saúde (consultas, exames, exercícios físicos e respiratórios, reabilitação etc.), acompanhando o usuário, se necessário;
- Verificar o uso correto da medicação prescrita;
- Oferecer ajuda no cuidado com a higiene ambiental e pessoal, observando os fatores de risco à saúde e à integridade física e buscando alternativas de solução, se necessário;
- Oferecer ajuda em atividades externas, como, por exemplo: passeios, ida a supermercado, farmácia, benefício social, banco, atividades comunitárias;
- Promover, sempre, a independência e autonomia do usuário, estimulando a participação e decisão nas atividades da vida diária;
- Verificar a ocorrência de violência e maus tratos e comunicar à equipe de trabalho para providências.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

O Programa Acompanhante de Idosos tem se revelado como estratégia valiosa no campo da saúde, na garantia da acessibilidade, equidade e Atenção Integral às pessoas idosas em situação de fragilidade. Ele oferece ainda o estabelecimento de uma efetiva relação de troca. A qualidade desta relação tem permitido a intervenção em várias situações do dia a dia dos usuários, que no geral, mostram uma maior disposição, disponibilidade para o cuidado e o autocuidado, e maior aderência ao tratamento.

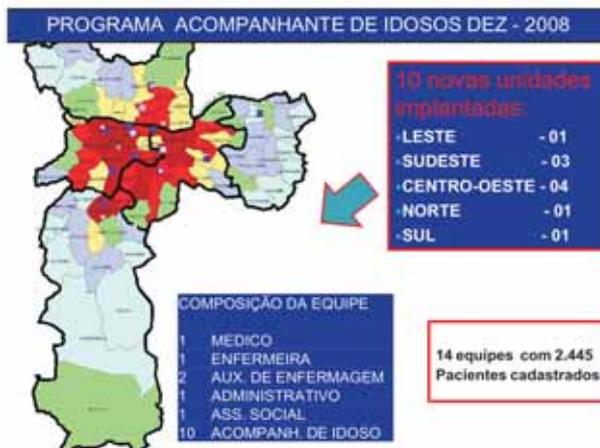
É inovador ao responder às necessidades de cuidado das pessoas idosas que moram sozinhas. Rompe com a exclusão social que os idosos se encontravam e favorece a reinserção social, além de postergar ou evitar a institucionalização dos idosos em instituições asilares. O Programa esta plenamente em acordo com as Políticas Públicas brasileiras de proteção e atenção a pessoa idosa.

RESULTADOS

O Programa Acompanhante de Idosos está implantado em 14 Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Paulo, e já atende com eficiência 1.200 idosos nas suas necessidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir que o Programa Acompanhante de Idosos é de fácil tecnologia e possível de ser implementado em outras localidades. Ele aponta para o compromisso da Gestão Pública em colaborar para que pessoas idosas em situação de fragilidade possam permanecer o maior tempo possível na sua comunidade, exercendo seus direitos de cidadania e, sobretudo, oferecendo condições para que tenham uma velhice digna.



CURSO INTRODUTÓRIO DO PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS

Januário Montone – Secretário Municipal da Saúde

Autores: Marília Viana Berzins, Sérgio Márcio Pacheco Paschoal, Carlos Lima Rodrigues

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida durante o século XX foi uma conquista expressiva para o ser humano, apresentando impactos e repercussões de múltiplas dimensões. Viver mais é uma conquista que só poderá ser percebida como avanços e ganhos, na medida em que a sociedade for capaz de promover as condições essenciais para proporcionar uma boa qualidade de vida para as pessoas idosas.

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) vem buscando formas de promover os direitos e garantias das pessoas idosas, impulsionando a construção de uma política estruturante e integrada. Esta política permite a organização dos serviços para a atenção à crescente população idosa, fortalece as ações que atendam às necessidades urgentes e emergentes, e garantem a todos acesso aos bens e serviços básicos disponíveis na sociedade.

Uma dessas estratégias foi a expansão do Programa Acompanhante de Idosos (PAI), que no mês de setembro de 2008, contratou 180 profissionais por meio de Instituição Parceira para a compor 12 novas equipes. O Programa Acompanhante de Idosos está presente nas 05 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) da cidade, e tem trazido um importante benefício a população idosa em situação de fragilidade e vulnerabilidade social. A equipe do Programa é constituída de 10 acompanhantes comunitários, 02 auxiliares de enfermagem, 01 enfermeiro, 01 médico, 01 auxiliar administrativo e 01 motorista.

A SMS realizou um Curso Introdutório destinado ao quadro de profissionais contratados para o desenvolvimento das suas tarefas.

OBJETIVO

Relatar a realização do Curso Introdutório do Programa Acompanhante de Idosos

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foram as aulas expositivas e oficinas práticas. Os profissionais foram divididos em 02 turmas, com carga horária de 32 horas cada, 02 dias por semana, no horário das 13 às 17 horas. O conteúdo programático foi:

Módulo I – Envelhecimento e Saúde

Carga horária: 4 horas

Objetivos: apresentar os principais conceitos do envelhecimento, destacando-se os mitos do envelhecimento e o perfil de idosos atendidos pelo PAI. Apresentar os conceitos de autonomia e independência, bem como as atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).

Módulo II – SUS: Políticas Nacionais de Saúde Pública

Carga horária: 4 horas

Objetivos: apresentar o que é o SUS como direito constitucional e seus princípios norteadores e a organização da Rede Municipal de Saúde. Informar sobre o Benefício da Prestação Continuada (BPC), e quais os idosos que têm direito a este benefício.

Módulo III – Cuidador e Cuidado

Carga horária: 12 horas

Objetivo: apresentar os principais temas que se refere ao cuidado

Módulo IV – Programa Acompanhante de Idosos

Carga Horária: 8 horas

Objetivo: esclarecer dúvidas sobre o funcionamento do Programa, as responsabilidades dos profissionais que compõem a equipe, suas tarefas, seus limites e possibilidades de atuação.

Módulo V – Operacionalização do Programa Acompanhante de Idosos: aplicação dos instrumentos de acompanhamento e avaliação

Carga horária: 4 horas

Objetivo: capacitar os profissionais quanto a finalidade e o preenchimento dos formulários utilizados no PAI.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

O conteúdo do Curso Introdutório favoreceu a aprendizagem dos profissionais e também a integração das equipes. A carga horária de 32 horas contemplou a proposta de capacitação. A aula prática destinada aos acompanhantes foi muito oportuna para os alunos que nunca haviam tido contato com pessoas idosas com necessidades especiais.

RESULTADOS

O Curso Introdutório do Programa Acompanhante de Idosos capacitou 180 profissionais nas principais questões relativas ao envelhecimento e suas implicações no desenvolvimento das atividades do Programa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



O Curso Introdutório do Programa Acompanhante de Idosos é de fácil tecnologia e passível de ser realizado em outras localidades. O compromisso do Gestor Público ao desenvolver Programas voltados para pessoas idosas em situação de fragilidade, permite que os mesmos possam

permanecer o maior tempo possível na sua comunidade, exercendo seus direitos de cidadania e, sobretudo, oferecendo condições para que tenham uma velhice digna. O Curso Introdutório colaborou para a efetivação desse objetivo.



AMPLIAÇÃO DO ACESSO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL POR MEIO DA IMPLANTAÇÃO DE CAPS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Januario Montone – Secretário Municipal da Saúde

Autores: Rosângela Elias, Darlene Dias da Silva, Maria Claudia Tedeschi Vieira, Rogério Pappalardo, Sonia Maria Motta Palma

INTRODUÇÃO

A Política de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) está apoiada nos Princípios do SUS e na Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental para a desospitalização. Portanto tem como diretrizes principais, a assistência de base territorial, a substituição do modelo hospitalocêntrico e a garantia dos princípios de equidade, universalidade e acessibilidade preconizada pelo SUS.

Considerando que no Município de São Paulo (MSP) temos uma população estimada de 1.355.600 pessoas que necessitam de algum atendimento em Saúde Mental, o que representa 12% de uma população total de 10.879.619 habitantes, faz-se necessário um intenso e permanente investimento público nesta área.* A mudança do modelo de atenção à Saúde Mental que está em processo de consolidação e ampliação no MSP prevê a criação de uma rede de serviços extra-hospitalares para oferecer atenção à população que apresenta transtornos mentais de maior severidade. Entre estes equipamentos, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), constitui a principal estratégia do processo de implantação da reforma psiquiátrica, pois tem a função de oferecer assistência direta ao portador de transtorno mental severo e/ou persistente, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas e também crianças e adolescentes com transtornos mentais.

No Pacto pela Saúde, através da portaria nº 325 de fevereiro de 2008, o Ministério da Saúde propõe a utilização de indicadores, onde a referência é de um CAPS para 100.000 habitantes avaliando como cobertura muito boa aquela igual ou maior que 0,70/100.000 hab. Ampliar o acesso da população aos serviços de Saúde Mental, e ao mesmo tempo reduzir as desigualdades regionais considerando a complexidade de algumas demandas dentro do próprio Município, torna-se uma prioridade da Secretaria Municipal de Saúde, enfrentada com a implantação de novos equipamentos, entre outras ações.

* IBGE/Coordenação Atenção Básica/SMS

OBJETIVO GERAL

Descrever o processo de ampliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial no Município de São Paulo.

METODOLOGIA



Para a definição do número e local dos CAPS a serem implantados, a equipe da Área Técnica de Saúde Mental da SMS utilizou o índice de cobertura CAPS preconizado pela Portaria 325/2008, a partir do qual foram analisados os índices de cobertura de cada uma das Supervisões das 5 Coordenadorias Regionais de Saúde, respeitando as singularidades das demandas regionais.

PRODUTOS



Implantação de 08 novos CAPS, passando de 44 em 2004, para 51 em 2008, sendo: 02 CAPS infantil, 03 CAPS adulto, e 03 CAPS álcool e drogas.

O processo de pactuação com as CRS proporcionou diferentes espaços de discussão sobre a Política de Saúde Mental. Hoje, a Saúde Mental é também uma das prioridades dos gestores regionais, abrindo portas para novas discussões que incluem: a articulação da rede; a importância da ampliação de outros dispositivos como as Residências Terapêuticas e a criação de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de criação de novos equipamentos em Saúde Mental que vem consolidando a Política de Saúde Mental no Município otimizou uma rede articulada de serviços na área fortalecendo o modelo integrado de saúde, o que promoveu o resgate da cidadania e da inserção social do cidadão paulistano que necessita de cuidados neste campo. A grande diversidade no que se refere às demandas da população e às especificidades regionais exigem processos de pactuação entre os diferentes atores e flexibilidade para efetivar as ações de saúde propostas pela Política a ser implementada.

A IMPLANTAÇÃO DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS COMO PARTE DO PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO DOS RESIDENTES EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS - A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.

Januario Montone – Secretário Municipal da Saúde

Autores: Rosangela Elias, Anna Barbara Kjekshus Rosas, Juvenal Marques Oliveira Neto, Maria Auxiliadora Camargo Cusinato, Teresa Cristina Endo

INTRODUÇÃO

A Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) está apoiada nos Princípios e Diretrizes do SUS, na Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental para a desospitalização.

A prevalência de transtornos mentais é estimada em 12% na cidade, o que representa 1.355.600 de pessoas que necessitam de cuidados específicos nessa área, requerendo grande investimento público em face dessa realidade. Avançar no processo de consolidação do modelo territorial em Saúde Mental e garantir equidade nas ações se tornou de fundamental importância.

A rede de serviços em Saúde Mental do Município é composta pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pelas Residências Terapêuticas (RT), pelos Centros de Convivência (CECCO), pela inserção de profissionais nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), além das equipes de Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e os leitos de enfermaria e emergenciais em Hospital Geral.

A SMS, com o objetivo de oferecer assistência no território, garantir cidadania e inclusão social ao portador de transtorno mental egresso de hospital psiquiátrico, implantou, em consonância com a Portaria Ministerial de nº 106/2000, as Residências Terapêuticas (RT). As Residências Terapêuticas são moradias para oito pessoas em processo de inserção na comunidade, destinadas aos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência.

OBJETIVO

Descrever o processo de implantação das Residências Terapêuticas como parte do Processo de desospitalização dos moradores de Hospitais Psiquiátricos no Município de São Paulo.

METODOLOGIA

O processo foi iniciado a partir da avaliação do número de moradores em Hospitais Psiquiátricos no MSP, e considerou também o resultado da avaliação do Programa Nacional de Avaliação Sistema Hospitalar (PNASH) realizada em 2005 e 2007 em parceria com a Área Técnica. Partindo deste levantamento, foi planejada a implantação de Residências Terapêuticas para abrigar 100% dos moradores dos Hospitais Psiquiátricos conveniados com o MSP. O processo de implantação foi coordenado pelos profissionais da Área Técnica de Saúde Mental de SMS, com a participação dos profissionais dos CAPS aos quais estas residências estariam vinculadas, e pelos profissionais das equipes de Saúde Mental das Instituições Parceiras. Este grupo, em conjunto, avaliou a totalidade desses moradores e demais pacientes dos Hos-

pitais que, após este processo, não abrigariam leitos SUS, utilizando critérios definidos, respeitando as condições de saúde, o diagnóstico, os vínculos afetivos e o grau de autonomia. Esse arrojado processo, pela quantidade de serviços a serem implantados, contou com envolvimento da rede, com a capacitação dos cuidadores e a interlocução com as equipes dos Hospitais e demais áreas da SMS (SAMU, Central de Vagas, Coordenações Regionais de Saúde).

PRODUTO/ RESULTADO



A SMS implantou 19 RT nas 05 Coordenadorias Regionais de Saúde, sendo: 03 RT na CRS Leste, 05 na CRS Sudeste, 04 RT na CRS Centro Oeste, 05 na CRS Norte e 02 na CRS Sul do Município de São Paulo.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo consolidou e garantiu os direitos dos cidadãos portadores de transtornos mentais levando a consecução dos princípios da integralidade e equidade por meio da mudança do modelo hospitalocêntrico para o modelo centrado no território. A concretização deste processo através da abertura das RT e retirada dos moradores dos Hospitais Psiquiátricos mobilizou todos os profissionais de Saúde Mental da cidade e foi extremamente significativo e motivador para as equipes que há anos vivenciavam esta possibilidade.

CONSIDERAÇÕES



Foram implantados novos equipamentos Saúde Mental, a exemplo das Residências Terapêuticas, promovendo a consolidação de uma Política pautada na desinstitucionalização, no resgate da cidadania, na inserção social do cidadão paulistano que necessita deste cuidado. Entendemos também, que esta Política não se faz apenas com a criação de novos equipamentos, mas com a formação de uma rede articulada e integrada de serviços e ações de saúde que compreende a ampliação de leitos de SM nos Hospitais Gerais a implantação de CAPS III, a ampliação e qualificação da rede CAPS, a inclusão de profissionais de SM nas Unidades Básicas de Saúde e na consolidação das ações intersecretoriais fundamentais para a integralidade.

INTERVISÃO: UMA ESTRATÉGIA DE APOIO AOS TERAPEUTAS COMUNITÁRIOS DA SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE CAPELA DO SOCORRO E PARELHEIROS

Autores: *Maria Bernadete Arantes, Paulo de Albuquerque, Maria Lucia Borges dos Santos, Zilmar Moreira Xavier Ayabe, Maria de Lourdes Simões da Silva e Lucilene Coelho Souza Terrengui, Eufrasia Maria Lopes Machado.*

INTRODUÇÃO

A Terapia Comunitária (TC) é uma das estratégias que vem se consolidando para trabalhar o sofrimento humano na prevenção e promoção da Saúde Mental na Atenção Básica de Saúde (ABS). Pensando assim, o Grupo Técnico de Intervisores da Supervisão Técnica de Saúde Capela do Socorro (STSCS) e Supervisão Técnica de Saúde de Parelheiros (STSP), tem proporcionado um espaço de Intervisão desde 2005 que vem sendo aprimorado na própria prática desta.

JUSTIFICATIVA

Considerando que: os profissionais envolvidos na atividade de TC são de diferentes formações, a educação permanente e continuada favorece a unidade de trabalho do grupo, a humanização dos serviços e a integralidade da atenção, foi possível à equipe técnica empenhar-se na consolidação de um Grupo de Intervisão.

OBJETIVOS

Fortalecimento da TC como uma estratégia de gestão na abordagem da Saúde mental e da qualidade de vida, promovendo o acolhimento e o autocuidado dos terapeutas para a manutenção e expansão da rede local de TC.

METODOLOGIA

Em 2008, a Intervisão foi realizada por 05 intervisores, com 24 participantes, em 10 encontros de 8 horas/mês (80 horas) no CECCO Interlagos, cuja programação seguia a seguinte dinâmica: *Parte I* – Momento da vivência; *Parte II* – Sessão de Terapia Comunitária – demonstração das diferentes formas de aplicação e utilização da TC; *Parte III* – Tema específico – apresentação e discussão de

temas apontados pelo grupo; *Parte IV* – Avaliação das atividades do dia. Além dos encontros mensais, realizou-se imersão de três dias. Os terapeutas responderam a um questionário avaliando a contribuição da Intervisão para sua vida pessoal e profissional.

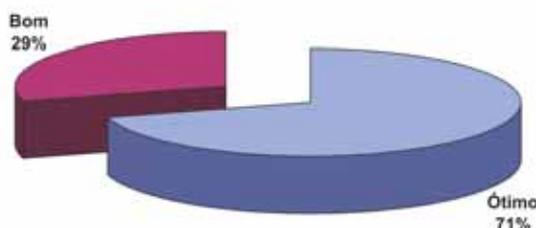
RESULTADOS

Os terapeutas comunitários avaliaram que a Intervisão contribuiu para ajudá-los a ter autoconhecimento, coragem de resolver problemas, no aprendizado de novas técnicas alternativas para TC, no crescimento pessoal e profissional e proporcionou novas ferramentas de trabalho. Referente às técnicas de vivência, 71% avaliaram como ótimo e 29% como bom (Gráfico 1), quanto ao conteúdo, 70% consideraram ótimo, 24% bom e 6% regular (Gráfico 2).

CONCLUSÃO

A estratégia de Intervisão configurou ser importante no fortalecimento e desenvolvimento das competências e habilidades dos terapeutas. Observou-se que o trabalho levou ao fortalecimento dos terapeutas, bem como, a condução de 17 grupos de TC na rede, em atividade desde 2005. Aponta-se a necessidade de investimentos na capacitação de novos terapeutas para ampliação das TC na rede básica de STSCS/STSP.

Gráfico 1: Avaliação da Intervisão
Quanto a aplicação de técnicas vivenciais



O IMPACTO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NA FECUNDIDADE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Januario Montone – *Secretario Municipal da Saúde*

Autores: *Julio Mayer de Castro Filho, Carlos Eduardo Pereira Veja, Luis Carlos Pazero, Olga Aparecida Fortunato Caron*

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Historicamente, as regiões periféricas do Município de São Paulo, onde se concentram as populações com mais baixa escolaridade e menor poder aquisitivo apresentam as maiores Taxas de Fecundidade. Neste contexto, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) implementou a Política Municipal de Planejamento Familiar através da Área Técnica de Saúde da Mulher e do Programa "Rede de Proteção à Mãe Paulistana", implantado em 2.006. Esta parceria propiciou às pessoas o acesso às informações acerca dos métodos contraceptivos, ao garantir e ampliar o leque de ofertas como a contracepção de emergência e o preservativo feminino impactando nas Taxas de Fecundidade e reduzindo as vulnerabilidades em Saúde sexual e Reprodutiva.

OBJETIVOS

Descrever a experiência do Município de São Paulo na implementação do Programa de Planejamento Familiar como Política Pública desta Secretaria, priorizando a regionalização e a equidade no acesso.

METODOLOGIA

Através da coleta de dados da CEInfo (Coordenação de Epidemiologia e Informação - SMS) e da Coordenação de Suprimentos da Secretaria Municipal de Saúde, foi realizada a comparação entre dois triênios (2002-2004 e 2005-2007), tanto em relação aos métodos reversíveis quanto em relação aos métodos definitivos, a exemplo da laqueadura e vasectomia. Foi realizada também uma análise comparativa entre as Taxas de Fecundidade Geral nas 05 Regiões do Município entre 2.000 e 2.007, com base nos dados da Fundação SEADE e da CEInfo.

RESULTADOS

Ao compararmos os triênios 2.002-2.004 e 2.005-2.007, constatamos que no segundo triênio (2.005-2.007) houve um acréscimo de 104,33% na distribuição de contraceptivos reversíveis. Em relação aos métodos contraceptivos definitivos, no triênio 2.005-2.007 houve acréscimo de 81,33 % nas laqueaduras tubárias. Em relação às

vasectomias, no referido triênio houve um acréscimo de 121,51%.

A Taxa de Fecundidade Geral do Município de São Paulo no ano de 2.000 era de 66,2 e no ano de 2.007 caiu para 55,6, representando uma queda de 16%. Segundo dados da Fundação SEADE e do CEInfo, ao compararmos as Taxas de Fecundidade Geral entre 2.000 e 2.007, a única região onde houve acréscimo da Taxa de Fecundidade foi na Região Centro- Oeste onde se concentra a população de maior escolaridade e poder aquisitivo, inferindo-se que tal fato se deva ao acesso daquela população às técnicas de reprodução assistida.

Taxas de Fecundidade Geral de cada Coordenadoria Regional de Saúde:

Leste: de 71,9 em 2.000 para 55,5 em 2.007, queda de 22,8%

Sul: de 75,3 em 2.000 para 59,0 em 2.007, queda de 21,6%

Norte: de 66,9 em 2.000 para 57,4 em 2.007, queda de 14,2%

Sudeste: de 55,1 em 2.000 para 50,8 em 2.007, queda de 7,8%

Centro-Oeste: de 53,7 em 2.000 para 55,0 em 2.007, aumento de 2,4%

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Com a retomada do SUS, iniciaram-se as discussões entre a Área Técnica de Saúde da Mulher e as instâncias gestoras do SUS no Município acerca da importância do tema e da necessidade da oferta de informações e dos métodos recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde. Com a municipalização do Sistema de Saúde e posteriormente com a condição de Gestão Plena essas medidas foram implementadas pela SMS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A queda nas Taxas de Fecundidade Geral que ocorreu nos últimos anos foi mais acentuada nas regiões periféricas, em virtude da priorização da regionalização no Município e garantiu a equidade no acesso daquela população à informação e a maior oferta dos métodos contraceptivos nas Unidades Básicas de Saúde, demonstrando o êxito da Política de Planejamento Familiar implementado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

NOVA METODOLOGIA DE GESTÃO RESULTA EM IMPACTO NO PROGRAMA MÃE PAULISTANA NA UBS PARQUE REGINA.

Autor: *Jucely de Toledo Passos Candelária*

OBJETIVO

Desenvolver ações aumentando a cobertura em sintonia com o Sistema Único de Saúde. Garantir acesso, equidade da atenção, intersetorialidade, integralidade (promoção, prevenção e tratamento), resolutividade melhorando a qualidade e praticando a humanização do atendimento.

PROBLEMA

O fechamento de SISPRENATAL em 2005 apresentou um índice de fechamento de 8%.

DESAFIO

Desenvolver novas ferramentas de gestão, para superar esse índice.

METODOLOGIA: PLANEJAMENTO

Através de reuniões com as equipes, utilizando técnica do brainstorming e do diagrama de causa e efeito levantamos as dificuldades e soluções, a saber: Pessoal - Falta de sensibilização para a captação precoce da gestante. Baixa utilização do formulário Sisprenatal. Processo - Ausência de normatização para o uso de protocolos. Ausência de indicador para medir resultados. Planta - Necessidade de reforma da UBS. Política - Falta de sistematização em disponibilizar as informações.

PLANO DE AÇÃO

Em março de 2006 foram capacitados 50 funcionários. Com reuniões houve análise do SIAB; uniformização do preenchimento do SISPRENATAL; disponibilização dos protocolos com a orientação

para seis consultas (sendo 1ª até o 4º mês); Exames ABO - Rh (1); VDRL, Urina I, Glicemia, os 3 últimos no início e outro na 30ª, Hb/Ht, HIV, Vacina antitetânica, pelo menos 2ª dose ou reforço. Se a gestante estiver imunizada, informar. Prescrever sulfato ferroso e ácido fólico. Encaminhar para as atividades de grupo e agendar para a visita hospitalar. Classificar o risco na 1ª consulta e nas subseqüentes. Consulta puerperal até 42ª dias. Há um arquivo específico para os prontuários das gestantes. A administração faz o cadastro do SISPRENATAL, SIGA, GSS, SPTRANS E HOSPINET. Em caso de não conformidade há devolução para correções.

RESULTADO

Elevação de índice de 8% para 53%. Esse índice tem apresentado um crescimento contínuo e hoje corresponde a 61%.

REAVLIAÇÃO

Verificação contínua pelo ciclo PDCA.

IMPLANTAÇÃO DO CONSELHO DE ACOMPANHAMENTO DOS CONVÊNIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Januario Montone – Secretário Municipal da Saúde

Autores: *Edjane Maria Torreão Brito, Silvia Aparecida Cisi Tannus, Maria Teresa Carmélia Preto Lemos Figueiredo, Maria Lucia do Amaral Duarte, Terezinha de Jesus Duarte Gomes, Vera Lúcia Martinez Manchini, Cecília Seiko Takano Kunitake.*

INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de São Paulo realiza a gestão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), por meio de acordo firmado em Termo de Convênio com 13 Instituições Parceiras, sendo responsável pelo processo de acompanhamento e aprimoramento desta estratégia.

Em outubro de 2007, após avaliação do termo de convênio vigente, a Coordenação da Atenção Básica – SMS pactuou com as Instituições Parceiras novo Termo de Convênio e implementou várias medidas para fortalecer a gestão da ESF entre SMS e Instituições Parceiras. Investindo na qualidade e efetividade da assistência, duas novas medidas foram implementadas: a implantação do sistema de monitoramento e avaliação da ESF e a criação de Conselhos de Acompanhamento destes Convênios.

Em janeiro de 2009, a SMS contava com 1052 Equipes da Estratégia Saúde da Família, distribuídas em 229 unidades, o que corresponde a uma cobertura de 38% da população do Município¹.

¹ Segundo estimativa SEADE / censo IBGE, o Município de São Paulo tem 10.879.619 habitantes

OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência sobre a implantação do **Conselho de Acompanhamento e Avaliação dos Convênios (CONAC)** da Estratégia Saúde da Família, do Município de São Paulo.

METODOLOGIA

Diagnosticada a necessidade de aperfeiçoar o processo de acompanhamento do trabalho das Equipes foram selecionados os indicadores e estabelecidas as metas. Tiveram início as adequações necessárias por meio de um novo Termo de Convênio, do Plano de trabalho e da criação de um grupo para acompanhamento das mesmas

Os Conselhos de Acompanhamento foram instituídos por meio da Portaria 1061/08 – SMS, e foram implantados: 01 na Coordenação da Atenção Básica, 01 em cada Coordenação Regional de Saúde (CRS) e 01 em cada Supervisão Técnica

de Saúde (STS)*.

A instituição desses Conselhos possibilitou um diagnóstico e tomada de decisões de forma descentralizada, conferindo maior agilidade para re-direcionamentos de ações e encaminhamentos necessários.

O CONAC tem como finalidade acompanhar e avaliar os resultados apresentados pelo Sistema de Monitoramento e Acompanhamento dos convênios da ESF. Este Sistema foi definido pela Coordenação da Atenção Básica, Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo) e Coordenação de Vigilância à Saúde (COVISA), sendo composto por um conjunto de dezesseite indicadores, organizados em 06 eixos: Geral; Doenças de Notificação Compulsória; Saúde da Criança; Saúde da Mulher; Saúde do Adulto/Idoso e Acompanhamento do Plano de Trabalho das Instituições Parceiras. Com objetivo de tornar esta ferramenta ágil e parte do cotidiano dos gestores, foi desenvolvido pela CEInfo um aplicativo de informática que calcula automaticamente os indicadores selecionados.

O CONAC reúne-se bimestralmente nas Coordenadorias Técnicas de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde, e trimestralmente na SMS, com a participação de suas respectivas Instituições Parceiras. Cabe a este conselho avaliar mensalmente o desempenho e o processo de trabalho das Equipes com relação às metas pactuadas e elaborar relatórios técnicos com as recomendações e encaminhamentos propostos.

² A cidade de São Paulo divide-se em 5 Coordenadorias Regionais de Saúde, 24 Supervisões Técnicas de Saúde e 426 unidades de saúde.
³

RESULTADOS ALCANÇADOS

O monitoramento sistemático e descentralizado, por meio dos CONAC, permite o acompanhamento e re-direcionamento das ações da Estratégia Saúde da Família, promovendo assim o fortalecimento e a melhoria da qualidade da assistência.

A criação dos Conselhos de Acompanhamento de forma descentralizada é fundamental para que o planejamento das ações seja condizente com a realidade de cada território.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metodologia desenvolvida pela Coordenação da Atenção Básica para o acompanhamento da ESF, contribui para o fortalecimento da Gestão Municipal e traz o monitoramento e avaliação para o cotidiano das Coordenadorias Regionais de Saúde, Supervisões Técnicas de Saúde e Instituições Parceiras, favorecendo uma maior compreensão de seus processos de trabalho e planejamento das ações a serem realizadas.

SISTEMA DE MONITORAMENTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O DESENVOLVIMENTO DO APLICATIVO

Januario Montone – Secretário Municipal da Saúde

Autores: Patrícia A.L.Rossini Costa Longa, Clarissa Nazário de Lacerda, Luis Roberto de Souza, Marcos Velozo Braga, Eufrosina Teresa de Oliveira, Juliana Correa Pinto, Maria Teresa Carmélia P.L.Figueiredo, Vera Lúcia Martinez Manchini, José Olímpio M. de Albuquerque, Edjane M.Torreão Brito, Margarida M.T. Lira

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O Município de São Paulo (MSP) conta atualmente com 1052 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), implantadas e mantidas em conjunto com 13 Instituições Parceiras (IP), visando prover assistência básica de qualidade à saúde dos cidadãos paulistanos.

A necessidade de acompanhar e avaliar a qualidade da assistência prestada pelas IP, com foco no aprimoramento da ESF, levou as Coordenações da Atenção Básica (CAB), Epidemiologia e Informação (CEInfo) e de Vigilância em Saúde (COVISA) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP) a implantarem, em janeiro de 2008, o **Sistema de Monitoramento e Avaliação da ES (SMAESF)**¹. Para este Sistema foi elaborado um aplicativo, cujo desenvolvimento é o foco deste trabalho.

¹ Em consonância com a Política Nacional da Atenção Básica do Ministério da Saúde.

OBJETIVO

- 1- Criar relatórios mensais dos indicadores calculados para cada Estabelecimento, nas agregações: Supervisões Técnicas e Coordenadorias Regionais de Saúde da SMS-SP e Instituições Parceiras;
- 2- Disponibilizar acesso ao aplicativo para gerentes locais, supervisores técnicos, coordenadores regionais e IP.

METODOLOGIA

Para automatizar o SMAESF (QUADRO I) foi desenvolvido, pela equipe técnica da Gerência de Informação Assistencial/CEInfo, um aplicativo utilizando-se o software Microsoft Access.

A fase inicial do projeto consistiu no levantamento das necessidades da equipe técnica da CAB e da definição do escopo do projeto.

Na modelagem dos dados optamos por criar tabelas a serem alimentadas via importação de dados dos Sistemas de Informações da Atenção Básica (SIAB), de Sintomáticos Respiratórios (SINRESP) e dos Planos de Trabalhos das Instituições Parceiras, de modo a valorizar estes sistemas e evitar o re-trabalho de digitação. Utilizando-se linhas de programação SQL (Linguagem Estruturada de Pesquisa) são extraídos os dados necessários e calculados os indicadores. Para a geração, visualização e impressão de relatórios o usuário do sistema deverá selecionar: o eixo de monitoramento, o indicador, o mês de competência e a agregação do estabelecimento. É possível armazenar uma cópia do relatório em arquivo .PDF utilizando-se o aplicativo freeware PRIMO PDF, previamente instalado na máquina cliente. Para possibilitar a imediata visualização do alcance da meta estabelecida foi

associada uma sinalização cromática aos indicadores calculados:

- Abaixo da meta
- Dentro da meta
- Acima da meta
- Sem informação do dado

Quadro I: Indicadores do Sistema de Monitoramento e Avaliação da ESF - MSP

Eixo	Indicadores
Saúde da Mulher	% de gestantes acompanhadas
Saúde da Criança e do Adolescente	% de crianças menores de um ano com calendário vacinal atualizado % de gestantes menores de 20 anos cadastradas
Saúde do Adulto / Idoso	% de hipertensos acompanhados % de diabéticos acompanhados
Doenças de notificação compulsória	% de sintomáticos respiratórios examinados em relação ao esperado
	% de visitas para controle do <i>Aedes aegypti</i> nas famílias acompanhadas
Acompanhamento dos Planos de Trabalho das Instituições Parceiras	% de equipes da saúde da família completas
	% de pessoas cadastradas em relação ao previsto
	% de consultas médicas realizadas em relação ao previsto
	% de atendimentos de enfermagem realizados em relação ao previsto
	% de visitas domiciliares do médico em relação ao previsto
	% de visitas domiciliares do enfermeiro em relação ao previsto
	% de visitas domiciliares do auxiliar de enfermagem em relação ao previsto
% de famílias visitadas pelo agente comunitário em relação às famílias acompanhadas	

PRODUTOS E RESULTADOS ALCANÇADOS

O aplicativo está implantado desde agosto de 2008, disponibilizado na INTRANET da SMS-SP com acesso para gerentes locais, Supervisões Técnicas de Saúde, Coordenadorias Regionais de Saúde e Instituições Parceiras.

Os relatórios impressos facilitaram a atividade de monitoramento e sua incorporação no cotidiano, constituindo-se no recurso rotineiramente utilizado pelos Conselhos de Acompanhamento da Estratégia de Saúde da Família (CONAC), formados por entre técnicos da CAB, das Coordenadorias Regionais de Saúde, das Supervisões Técnicas e Instituições Parceiras e responsáveis pelo acompanhamento do cumprimento dos convênios com as Instituições Parceiras.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

A parceria entre as Coordenadorias envolvidas no desenvolvimento deste aplicativo gerou uma ferramenta que potencializa e amplia o uso da informação em prol da busca pela melhoria da qualidade da assistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aplicativo vem sendo ajustado para incorporar as alterações ocorridas na rede assistencial e seu uso tem propiciado a revisão dos indicadores inicialmente propostos, com vistas ao refinamento do processo de monitoramento.

CONSELHO DE ACOMPANHAMENTO DOS CONVÊNIOS TRANSFORMANDO A GESTÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Autor: Vânia Cardoso Santos, Helena Zaio

INTRODUÇÃO

A estratégia do programa de Saúde da Família surgiu com o propósito de alterar o modelo assistencial de saúde, centrado na doença, no médico e no hospital que privilegiava a parte curativa em detrimento da preventiva. Logo, essa estratégia veio como resposta às necessidades de uma atenção integral desenvolvida por uma equipe multiprofissional, ao indivíduo e à comunidade.

Este elo faz com que seja necessária uma visão mais crítica e holística da qualidade do serviço prestado, requerendo assim uma supervisão sistematizada.

Com a evolução do processo de qualidade em saúde, observa-se que as supervisões nas Unidades de ESF eram realizadas em consequência de problemas identificados e da avaliação resultante do mesmo, onde eram priorizadas as unidades que apresentavam dificuldades.

Com a promulgação da Portaria 1061/2008, implantou-se um cronograma de encontros entre as interlocuções da ESF da Supervisão e Coordenação junto aos gestores das Unidades de Estratégia de Saúde da Família e parceiros, com o intuito de iniciar um processo avaliativo contínuo, almejando o desenvolvimento e o aprimoramento da assistência na ESF.

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo relatar a evolução da análise de indicadores, sendo a fonte, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e demonstrar através de relatórios de avaliação as metas alcançadas, bem como, a mudança no perfil gerencial das USF.

MÉTODO

Segundo a Secretária Municipal de Saúde, e respeitando a Política Nacional da Atenção Básica, o monitoramento foi sistematizado através de 17 indicadores simples, ágeis e de fácil monitoramento organizados em 06 eixos: Geral, Doenças de Notificação Compulsória, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto e Acompanhamento do Plano de Trabalho das Instituições Parceiras. Com estes indicadores, construiu-se um instrumento facilitador, tendo como fonte o SIAB.

RESULTADOS

Durante os encontros, este instrumento está norteando a discussão, onde são feitos relatos de ocorrências que limita o alcance das metas, que são monitorados mensalmente tendo como foco, o desafio de modificar o panorama atual. Com este modelo de monitoramento, observou-se uma alteração no comportamento gerencial das USF, como uma melhora dos indicadores refletindo assim na qualidade da assistência prestada.

CONCLUSÃO

O Conselho de Acompanhamento dos Convênios fez com que os gerentes se apoderassem dos dados de sua Unidade, reconhecendo os obstáculos de não alcançar as metas e traçar estratégias modificadoras, garantindo a qualidade na assistência seguindo os princípios do SUS.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ESPECIAL : ATENDIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA E VULNERABILIDADE SOCIAL

Januario Montone – Secretário Municipal da Saúde

Autores: Edjane Torreão Brito; Ivanilda Argenau Marques; Chizuru Minami Yokaichiya; Márcia Aparecida Gadarg; Susana Gualda de Freitas Rodríguez

INTRODUÇÃO

A assistência à saúde da população em risco social - pessoas em situação de rua e em albergues - é um dos desafios à saúde pública. Segundo FIPE 2003, estima-se que no município de São Paulo são 10.399 pessoas em situação de rua, 4.213 (40,5%) pernoitam nas ruas e 6.186 (59,5%) em albergues. Na região Central são 4.470 pessoas em situação de rua que correspondem a 43% do total da população em situação de risco social concentrados nos Distritos Administrativos Sé, República e Santa Cecília. Os problemas de saúde como distúrbios psiquiátricos, uso de drogas, tuberculose, hipertensão arterial, diabetes entre outros são passíveis de assistência que devem ser priorizadas para população em situação de rua ou em albergues.

Na região Central, as ações de saúde realizadas pelas equipes de Estratégia Saúde da Família focadas na promoção, prevenção e recuperação da saúde, propiciam o resgate à cidadania com acesso à Rede Básica do Município de São Paulo- SUS.

A necessidade de incrementar ações de maior impacto sobre as condições de saúde dessa população justificou um planejamento integrado intersecretarial em 2007, com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMADS).

Foram implantados serviços de saúde com olhar diferenciado, composto por equipes completas de Estratégia Saúde da Família (ESF) e equipamentos de saúde específicos para assistência integral em urgência, propiciando a inclusão social, resgate da cidadania e diminuição do estigma.

OBJETIVO

Descrever o processo de implantação de equipes de Estratégia Saúde da Família Especiais no atendimento às pessoas em situação de rua e albergue com acesso à Rede Básica do SUS e resgate da cidadania

METODOLOGIA

Implantação de Unidades de Saúde priorizando o atendimento da população em vulnerabilidade social, com infraestrutura física adequada e recursos humanos capacitados.

O parceiro de SMS para esta implantação, AMA e UBS/ESF, foi a instituição Irmãs Hospitalares do Sagrado Coração de Jesus, ficando responsável pela contratação e gerenciamento do RH, reforma física, compra de equipamentos e mobiliários. Em janeiro de 2009, a Associação Saúde da Família assumiu o gerenciamento destes equipamentos. A SMS é responsável pela gestão dos mesmos.

RESULTADOS

Em 2008, a SMS-SãoPaulo, Coordenação da Atenção Básica e Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste criaram uma unidade de Assistência Médica Ambulatorial-AMA Boraceia junto a um albergue municipal e três Unidades Básicas de Saúde /ESF totalizando 17 equipes na região Central de São Paulo (Tab.1).

- A **AMA Boraceia** é a primeira AMA no município de São Paulo instalada junto a um albergue, através de uma parceria intersecretarial das Secretarias Municipais da Saúde e da Assistência e Desenvolvimento Social. Inova um espaço de assistência à saúde para pessoas em situação de moradia em rua. A AMA Boraceia tem funcionamento de 12 horas de segunda a sábado para atendimentos imediatos com capacidade de 9.000 atendimentos mensais. A infraestrutura foi projetada com recepção acolhedora, sala de espera ampla, 04 consultórios médicos, sala de inalação, sala de Raios-X,

sala de medicação adulto e infantil, sala de curativos, sala de procedimentos, farmácia, central de esterilização, sala de emergência, sala de almoxarifado, banheiros para portadores de necessidades especiais com chuveiros. Conta com 02 clínicos gerais, 01 pediatra, 01 psiquiatra, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos de RX e técnicos de farmácia. Esta unidade apresenta como diferencial a consulta psiquiátrica. Realiza também radiografia, ECG e coleta de exames laboratoriais de emergência, com resultados em 4 horas.

- **UBS/ESF Sé** foi a primeira unidade de saúde a ser implantada com equipes completas de Estratégia Saúde da Família para população em risco na região central.

- **UBS Boraceia e UBS República** Contam com um espaço físico amplo e acolhedor, com sala de recepção / espera; consultórios médicos; sala de curativo; sala de inalação; sala de vacina; sala de medicação / coleta; farmácia ; área de coleta de escarro para diagnóstico da tuberculose e espaço previsto para consultório odontológico. Realizam exames laboratoriais e ECG. Contempla acessibilidade total, condição esta essencial para uma população que apresenta grande número de amputação e acidentados e conta também com chuveiro para procedimentos de higiene e conforto.

Todas as equipes ESF das unidades acima descritas foram capacitadas em Momento I e II; estratégias de abordagem para moradores em situação de rua; estratégias de abordagem a usuários de álcool e drogas; busca ativa de tuberculose , gestantes, num processo de educação permanente e avaliação.

Tab. 1- UBS/ESF na região Central:

UBS	No. de equipes ESF	No. de equipes ESF-Especial*	No. de moradores em situação de rua cadastrados até março/2009**
SÉ	8	2	3.803
REPUBLICA	4	3	3.010
BORACEIA	3	2	1.383
TOTAL	15	7	8.196

*Cada equipe composta por: 1 médico generalista, 2 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem e 6 Agentes Comunitários de Saúde-Rua.

** Resultados parciais -cadastrados até Março/2009.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção e reprodução de desigualdades sociais no grupo populacional de pacientes como moradores em situação de rua, em que essa exclusão social prejudica efetivamente os esforços de prevenção e de cuidado à saúde e o medo da rejeição pode impedir que essas pessoas procurem os serviços de saúde. Resgatar a dignidade cuidando da saúde pode ser considerado um início da reinserção social.

A política pública com olhar diferenciado à população vista com estigma, rejeição e indiferença, traz a oportunidade de transformar a organização dos serviços.

A implantação de AMA Boraceia no Centro de Acolhida Boraceia foi um marco histórico, e posteriormente a UBS/ESF Boraceia, UBS/ESF Sé e UBS/ESF República integram os Agentes Comunitários de Saúde-Rua e os Agentes de Proteção Social.

Investir na organização dos serviços, com novas perspectivas para lidar com pacientes assistencialmente complexos, podem representar inovações importantes para a igualdade assistencial, oferecendo tratamento adequado e ampliação da capacidade de serviços.



INTEGRAÇÃO AGENTES COMUNITÁRIOS E AGENTES DE ZONÓSES NAS AÇÕES DE CONTROLE DA DENGUE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Januario Montone – Secretário Municipal da Saúde

Autores: Bronislawa Ciotek de Castro, Inês Suarez Romano, Vera Lúcia Anacleto Cardoso Allegro, Vivian Ailt Cardoso

Contato: bcastro@prefeitura.sp.gov.br

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A doença dengue é um dos principais problemas de saúde pública no mundo. A ocorrência de epidemias depende da interação do triângulo clássico envolvendo vírus, vetor e indivíduos susceptíveis. Para seu combate torna-se necessária a adoção de uma estratégia de gestão integrada e que conte, amplamente, com a participação de vários atores sociais. Assim, a partir de 2007, a Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA) e a Coordenadoria da Atenção Básica somaram esforços para incorporar às atividades do Agente de Zoonose (AZS), o Agente Comunitário de Saúde (ACS) no controle da dengue no Município de São Paulo.

OBJETIVO

Otimização de recursos humanos e melhora das ações de controle de dengue no MSP, inserindo os ACS nas ações de controle de dengue, com realização de sensibilização dos ACS nestas ações. Aumento do número de visitas de orientação e eliminação mecânica de criadouros nas residências cobertas pela Estratégia Saúde da Família. Colaboração entre ACS e AZS na realização das atividades.

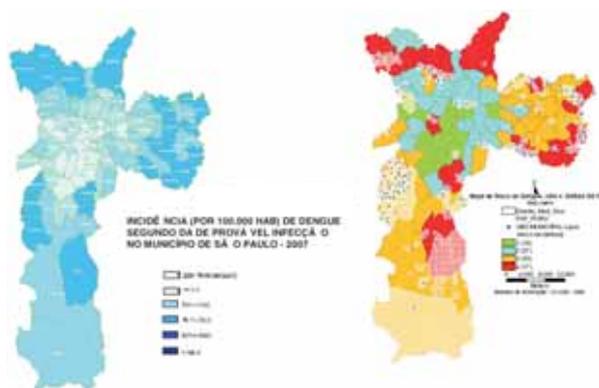
METODOLOGIA

Houve capacitação e integração dos 2.400 AZS e 5.700 ACS. As atividades foram divididas nas de rotina, nas realizadas durante o período de transmissão e distribuição de material educativo.

RESULTADOS

Em novembro de 2007, com a sensibilização de todas as equipes de Saúde da Família, foi realizada uma ação conjunta de ACS e AZS de várias regiões da cidade na Subprefeitura de Campo Limpo. Esta integração otimizou os recursos humanos, praticamente duplicando o número de visitas de prevenção e controle da dengue, permitindo a intensificação das atividades desenvolvidas no casa-a-casa, executando ações de educação, identificação e

eliminação de possíveis criadouros de mosquito. Uma análise preliminar, sujeita a revisão, permitiu verificar que na maioria das Supervisões Técnicas o índice predial estimado foi inferior a 1%. A Supervisão de Vigilância em Saúde de Guaianazes aplicou um questionário aos ACS para verificar como foi a integração com os AZS. No item referente ao entrosamento entre ACS e AZS para realização da Avaliação Densidade Larvária (ADL), a resposta foi positiva em 99,2% nesta SUVIS.



Atividade de inspeção e avaliação em áreas para controle de dengue

Atividade	TOTAL 2007		TOTAL 2006		TOTAL 2005		TOTAL 2004	
	Atividade	Valor	Atividade	Valor	Atividade	Valor	Atividade	Valor
ESFALCADA	2.200.000	2.200.000	2.200.000	2.200.000	2.200.000	2.200.000	2.200.000	2.200.000
Atividade de inspeção e avaliação em áreas para controle de dengue	2.200.000	2.200.000	2.200.000	2.200.000	2.200.000	2.200.000	2.200.000	2.200.000
Atividade de sensibilização e orientação	2.200.000	2.200.000	2.200.000	2.200.000	2.200.000	2.200.000	2.200.000	2.200.000
Atividade de coleta de amostras para análise laboratorial	2.200.000	2.200.000	2.200.000	2.200.000	2.200.000	2.200.000	2.200.000	2.200.000
TOTAL	2.200.000	2.200.000	2.200.000	2.200.000	2.200.000	2.200.000	2.200.000	2.200.000

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As epidemias de Dengue tem se mostrado, muitas vezes, de difícil controle. Contudo, o estabelecimento de uma vigilância efetiva e com atuação eficaz e oportuna pode minimizar o impacto destas na sociedade. É importante investir neste trabalho conjunto Os ACS podem auxiliar muito na redução de pendências, explicando antes aos moradores, as atividades de bloqueio de criadouros, de nebulização e ADL realizadas pelos AZS.

Este trabalho devera ser constantemente aprimorado estimulando-se a integração e efetuando-se treinamentos periódicos. Além disso, é importante a realização do ADL específico para a área da ESF para o conhecimento do tipo de criadouros e assim direcionar as ações de cada realidade.

O controle da dengue envolve uma ampla gama de atuações e intervenções que extrapolam a atuação do setor saúde e envolve praticamente todos os setores da sociedade.

A CONTRIBUIÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CONTROLE DA DENGUE

Januario Montone – Secretário Municipal da Saúde

Autores: Edjane Maria Torreão Brito, Inês Suarez Romano, Vicente José Salles de Abreu, Sílvia Aparecida Cisi Tannus, Maria Cristina Honório dos Santos

INTRODUÇÃO

A situação da dengue nas Américas tem piorado desde 1989 com tendência crescente. Até o ano de 2001, o Município de São Paulo manteve seu coeficiente de incidência menor do que 5 casos por 100.000 habitantes. No entanto, em 2002, com a disseminação da doença por todo o território nacional, a transmissão se propagou no município e tivemos 429 casos importados. Em 2004 surgiram os primeiros casos autóctones na cidade de São Paulo num total de 10 casos no ano.

No ano de 2007 havia um cenário desfavorável de casos de dengue, inclusive em áreas cobertas pela **Estratégia Saúde da Família (ESF)**, com um aumento significativo no número de casos alcançando um total de 2.608 casos AUTOCTONES.

A Atenção Básica deste Município ciente que os criadouros do mosquito *Aedes aegypti* nas residências é o fator mais importante na manutenção e progressão da epidemia, resolve com a Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA), implementar ações de combate à dengue utilizando os **Agentes Comunitários de Saúde (ACS)** das ESF numa ação intersectorial, sensibilizando esses profissionais na detecção e controle da doença nas suas visitas domiciliares.

OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência da contribuição do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no controle da DENGUE, no Município de São Paulo.

METODOLOGIA

Em novembro de 2007, a Coordenação da Atenção Básica realizou um grande encontro com a participação de 5.700 ACS sensibilizando os agentes para: identificar e eliminar prováveis fontes de criadouros do mosquito, orientando as famílias quanto aos riscos e prevenção da doença. Para monitoramento desta ação foi inserido na ficha do ACS um espaço para anotação da realização da visita domiciliar de pesquisa e orientação de eliminação dos criadouros, que semanalmente deverá ser consolidado na ficha "D" do enfermeiro da equipe.

Em casos de suspeita da presença de larvas, o ACS, foi orientado a comunicar a equipe, que por sua vez deve acionar o Serviço de Vigilância a Saúde da região, para coleta de amostras e confirmação.

RESULTADOS

Não podemos deixar de associar a esta ação a grande queda no número de casos do Município observado no ano seguinte e que se mantém até hoje como demonstrado no gráfico abaixo.



CAPACITAÇÃO DOS ACS EM NOV/2007:



Considerações Finais

O ACS por suas características inerentes como morador do território e conhecedor de sua micro-região tem fácil acesso às residências e credibilidade dos seus moradores facilitando sua entrada no domicílio.

No período de setembro a dezembro de 2008, os ACS realizaram 3.053.682 visitas domiciliares de acompanhamento às famílias: com ações educativas de dengue totalizando 1.776.941, despendendo 60,5% do total de sua atividade para o controle do agravo.

Suas visitas constantes monitoraram a manutenção do ambiente livre de criadouros favoráveis a proliferação do mosquito vetor, *Aedes Aegypti*.

Com esta sensibilização conseguimos potencializar as ações dos Agentes de Zoonoses nas regiões, integrando serviços e aumentando em grande número os atores no combate a doença.

Por fim, é preciso considerar que Municípios com a dimensão de São Paulo, com elevada densidade demográfica, heterogeneidade populacional e barreiras geográficas necessitam de ações descentralizadas e muita ousadia dos gestores para responder com efetividade ao controle de doenças epidêmicas.

AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE ARQUIVAMENTO DE PRONTUÁRIO (SAP) NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DO M'BOI MIRIM – CRIAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Januario Montone – *Secretario Municipal da Saude*

Autor: *Dion Teixeira de Carvalho*

INTRODUÇÃO

A Comissão de Prontuários da OS-CEJAM desenvolve ações voltadas à análise, caracterização dos Serviços de Arquivo de Prontuários (SAP), avaliação da qualidade da anotação dos profissionais, por meio de visitas às Unidades de Saúde, com o objetivo de monitorar a qualidade dos registros, por meio de instrumento desenvolvido para análise de prontuários em ESF.

OBJETIVOS

Verificar o padrão do atendimento que prestado aos pacientes; sugerir medidas para melhoria da qualidade dos registros; orientar a atuação dos profissionais; analisar impressos utilizados, sugerir modificações e propor parâmetros de análise dos resultados.

MÉTODO

A Comissão de Revisão de Prontuários da OS-CEJAM desenvolveu um instrumento de avaliação dos prontuários, utilizando-se de uma “Lista de Verificação” na qual as conformidades especificadas são respondidas como “[S] para SIM” ou “[N] para NÃO”.

•LISTA DE VERIFICAÇÃO

O instrumento elaborado pela Comissão de Revisão de Prontuários utilizado nas Unidades para verificação das condições do SAP apresenta os seguintes pontos estratégicos para avaliação: serviço de arquivamento de prontuário, caracterização do prontuário; impressos encontrados e preenchidos; qualidade da anotação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Comissão de Revisão de Prontuários tem como meta a padronização na organização do SAP e melhoria da qualidade de registros dos Prontuários em Unidades de Saúde. Visando a melhoria da qualidade das mesmas, entendemos que os resultados obtidos devem ser visualizados como um todo, ou seja, avaliação de todas as “Conformidades e Inconformidades”, considerando cada item da lista de verificação.

REGIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE PARA DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER BUCAL: A EXPERIÊNCIA DA CIDADE DE SÃO PAULO

Januário Montone – Secretário Municipal da Saúde

Autores: *Maria da Candelária Soares, Caio Marcio Filippis, Doralice Severo da Cruz Teixeira e Regina Auxiliadora Amorim Marques.*

INTRODUÇÃO

A grande problemática que envolve o câncer de boca é a dificuldade de seu diagnóstico precoce, o desconhecimento da população sobre o autocuidado e autoexame e a organização de uma rede para seu tratamento. A campanha que a SMS desenvolve, desde 2001, concomitante à vacinação dos idosos contra a gripe, constituiu-se numa proposta que permitiu, da forma como vem se desenvolvendo, aprimorar o conhecimento dos profissionais da rede básica sobre essa problemática, estimular o acesso da população idosa às ações de saúde bucal, organizar a rede de atenção mediante a referência e contra-referência entre as UBS, Unidades especializadas e hospitais de referência para seu tratamento.

OBJETIVO

Apresentar a experiência da Cidade de São Paulo na organização da rede regionalizada de atenção à saúde para o diagnóstico precoce e tratamento do câncer bucal.

MÉTODOS

O planejamento e organização da execução das ações de saúde bucal desenvolvidas durante a campanha de prevenção do câncer bucal, concomitante à campanha de vacinação de idosos, foram planejados e executados por um grupo de especialistas em Diagnóstico Bucal dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, sob coordenação da área técnica de saúde bucal.

No intuito de garantir uniformidade de critérios, diagnóstico e sistematização das ações realizou-se atividade de aprimoramento, de 4 horas, utilizando metodologia problematizadora, para os cirurgiões dentistas da rede básica.

As atividades de saúde bucal da campanha de prevenção do câncer se desenvolveram em três fases: (1) ações educativas, inspeção bucal dos idosos durante a campanha de vacinação e referência dos casos identificados como suspeitos para os especialistas do CEO; (2) retriagem dos indivíduos identificados com algum tipo de lesão dos tecidos moles, realizada por um especialista em diagnóstico bucal, incluindo remoção de hiperplasias, coleta de biópsia e encaminhamento para tratamento complementar, quando necessário, para os Hospitais de referência regional, via sistema de regulação de vagas; (3) seguimento dos casos encaminhados para tratamento pelos especialistas dos CEO, informando o andamento dos mesmos à ATSB.

PRODUTOS / RESULTADOS

O número de pessoas examinadas em 2005 foi 100% maior em relação ao ano anterior, 2004. Em 2005, 2006 e 2007 na primeira fase foram examinados 106.699, 161.742 e 156.009 idosos, respectivamente. Em 2008, o número de examinados foi de 182.245, 11,68% a mais que em 2007, registrando uma cobertura de 26,47% dos vacinados contra a gripe. Foi necessária a retriagem de 6,69% dos examinados. Dos retriados, 22,88% dos idosos tiveram seu problema resolvido pelas biópsias, 13,42%, por tratamento medicamentoso, 9,64% por conduta expectante, 9,49% por remoção de fatores traumáticos. Foram diagnosticados 26 casos de câncer bucal que se encontram em tratamento nos hospitais de referência.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Muitos idosos que habitualmente não são usuários da rede básica de saúde comparecem às Unidades Básicas de Saúde durante a campanha de vacinação contra a gripe. É extremamente relevante destacar que, a cada ano, verifica-se um aumento na cobertura da população idosa pelas ações de promoção de saúde realizadas durante a campanha de prevenção do câncer bucal, o que permite diagnóstico precoce e tratamento imediato.

A periodicidade anual da campanha de prevenção do câncer bucal demonstra uma melhoria na capacidade de diagnóstico diferencial de lesões bucais, reflexo do investimento, também anual, no aprimoramento de cirurgiões dentistas da rede básica e da aproximação com a rede secundária de atenção à saúde bucal, ou seja, os especialistas dos Centros de Especialidades Odontológicas.

Esse trabalho desperta nos profissionais da rede básica a necessidade de avaliação rotineira de tecidos moles da cavidade bucal em todos os pacientes, principalmente em adultos e idosos. Outro aspecto relevante refere-se ao acompanhamento dos usuários conforme os cuidados requeridos, desde a fase inicial do exame, na UBS, até o tratamento hospitalar, o que é resultado também da regionalização ao cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS / CONCLUSÃO

Esses dados apontam para a relevância da inspeção bucal concomitante à vacinação dos idosos contra a gripe e à necessidade de ampliar sua cobertura, sem prejuízo da busca ativa desses casos nas atividades rotineiras das Unidades Básicas de Saúde. Verifica-se o envolvimento não apenas das equipes de saúde bucal, mas de toda equipe médica e de enfermagem. Evidenciam também que a referência e contra-referência e a interação entre os profissionais da rede básica e especializada e hospitalar é fundamental para o cuidado à saúde dos casos confirmados.

AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA APRENDENDO COM SAÚDE NA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE SÃO PAULO

Januario Montone – Secretário Municipal da Saúde

Autores: Sandra Maria Monetti, Fernanda Borges, Rosana Castanho Sant'Anna

INTRODUÇÃO

O Programa Aprendendo com Saúde, uma parceria entre a Secretaria Municipal da Saúde e Secretaria Municipal da Educação, desde 2007 desenvolve ações de Promoção e Prevenção em Saúde com equipes médicas, utilizando o ambiente escolar.

Em 2008, com o propósito de oferecer uma atenção integral ao escolar do Município de São Paulo, o Programa inclui 15 equipes de Saúde Bucal compostas por: 01 cirurgião dentista, 02 técnicas em higiene bucal, 03 auxiliares de consultório dentário e 02 auxiliares administrativos.

Para tanto foram planejadas ações coletivas e terapêuticas individuais para alunos de 0 a 7 anos de idade matriculados em Centros de Educação Infantil (CEI) e Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEI).

OBJETIVO



Apresentar as ações de Saúde Bucal em escolares da rede municipal de ensino de São Paulo.

MÉTODO

As equipes de Saúde Bucal iniciaram suas atividades em março de 2008, elaborando o material educativo a ser utilizado nas ações coletivas. Foram confeccionados álbuns seriados com ilustrações sobre alimentos saudáveis e alimentos cariogênicos, cartazes para jogos lúdicos de memória e representação cênica sobre a instalação do processo cariioso.

As ações coletivas desenvolvidas foram:

- Orientações sobre alimentação saudável
- Escovação supervisionada.

Além das ações educativas foram realizadas: a triagem de risco cárie; a fluoroterapia intensiva quando indicada e a terapia restauradora atraumática. Todos estes procedimentos foram desenvolvidos dentro do ambiente escolar, utilizando o material educativo e equipamentos portáteis,

com a participação de cirurgiões dentistas, técnicos em higiene dental e auxiliares de consultório dentário.



RESULTADOS

As equipes atuaram em 386 escolas municipais, onde estão matriculados 115.466 alunos. Foram triadas 85.980 crianças com 99.811 escovações supervisionadas, 14.869 grupos educativos e 21.754 terapias restauradoras atraumáticas e 13.117 procedimentos de fluoroterapia intensiva.

CONSIDERAÇÕES



A atuação da equipe de Saúde Bucal detectou o grande interesse de alunos, pais e profissionais na educação nas informações apresentadas de forma lúdica, com a participação ativa de todos nas atividades realizadas. A equipe recebeu inúmeros depoimentos de pais agradecendo e informando a mudança

de hábitos, a exemplo do abandono de chupeta, utilização de fio dental e escovação, depois da atuação do Programa na escola. Somado a estas informações, foi observado que a resolutividade, com a oportunidade de tratamento, além de aumentar a cobertura na Atenção à Saúde Bucal dos alunos, incentivou a participação de pais e professores no cuidado rotineiro à saúde de nossas crianças.

AMPLIAÇÃO DA EQUIPE DO PROGRAMA APRENDENDO COM SAÚDE COM BASE NA ANÁLISE DA DEMANDA

Januario Montone – Secretário Municipal da Saúde

Autor: Sandra Maria Monetti

INTRODUÇÃO

O Programa Aprendendo com Saúde, uma parceria entre a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e Secretaria Municipal da Educação (SME), atuou em 2008, segundo seus objetivos básicos de: diagnosticar e intervir precocemente nos agravos de saúde, incorporar a família no acompanhamento bio-psico-social da criança e utilizar o espaço escolar como o ideal para ações de Prevenção e Promoção de Saúde para mudança de comportamentos e aquisição de hábitos saudáveis de vida.

As equipes médicas são constituídas por: 05 pediatras, 01 enfermeira, 03 auxiliares de enfermagem e 02 auxiliares administrativos que atuaram nas escolas da Rede Municipal de Ensino, para avaliações clínicas de crianças na faixa etária de 0 a 7 anos, e ações de Promoção e Prevenção em Saúde de acordo com a demanda local, por meio de ações educativas para os pais, professores e alunos. A ampliação dessas equipes, incluindo fonoaudiólogas e psicólogas, em resposta às demandas locais, qualificou as atividades do Programa, integrando e apoiando educadores e equipes médicas no reconhecimento e na abordagem de queixas relacionadas à comunicação e ao comportamento.

OBJETIVO

Apresentar o processo de ampliação das equipes do Programa Aprendendo com Saúde com base na análise da demanda.

MATERIAL E MÉTODO

Foram realizadas reuniões periódicas entre a Coordenação do Programa e as equipes médicas para a análise das dificuldades dos profissionais da Área da Saúde e da Educação na abordagem de crianças com diferentes comportamentos e/ou envolvidas em situações de violência. Após 06 meses de atividades, a análise dos atendimentos e dos encaminhamentos para diferentes especialidades mostrou um direcionamento para algumas das seguintes especialidades, em ordem decrescente: fonoaudiologia, endocrinologia, otorrinolaringologia, dermatologia e cardiologia. Esta análise demonstrou a necessidade de atender à demanda nas escolas para apoio à abordagem das situações de violência e às queixas relacionadas à comunicação, que somaram 25% de todos os encaminhamentos, justificando a inclusão de fonoaudiólogos e psicólogos nas equipes, para qualificação deste atendimento.

RESULTADOS

De março a agosto foram encaminhados 3.558 alunos para avaliação com fonoaudiólogos. Após a contratação destes profissionais, foram identificados 5.511 alunos com queixas relacionadas à comunicação, sendo que 3.662 alunos necessitaram apenas de orientações com os pais e os professores. Destes, 1.849 alunos (33%) foram encaminhados para seguimento na rede com fonoaudióloga. A análise destes agravos nas 05 Coordenações Regionais de Saúde (CRS) mostrou uma frequência maior nas Regiões Sul e Sudeste conforme Tabela 1:

Tabela 1 - Encaminhamentos de alunos de 0 a 7 anos para Fonoaudiologia em 2008.

Região de Saúde	População atendida	Triados	Encaminhados
Sul	22.401	1.261	449 35,6%
Norte	23.265	1.070	401 37,4%
Sudeste	21.865	1.140	341 29,9%
Centro Oeste	20.772	994	336 33,7%
Leste	22.045	1046	320 30,6%
Total	110.348	5.511	1.849 33,5%

Fonte: Coordenação da Atenção Básica/Programa Aprendendo com Saúde

As queixas mais frequentes na população avaliada foram: transtornos da fala e linguagem (50%); hábitos orais (32%); gagueira (5%), disfonias (5%), perda da audição (2%) e outras queixas (5%).

As situações de violência detectadas pelas equipes, apesar de raras, causaram grande impacto sobre os profissionais sem preparo técnico para enfrentamento da questão. Foram também observadas muitas queixas de "hiperatividade", com grandes dificuldades de abordagem por parte dos profissionais da Educação, e sem qualificação técnica para conduzir adequadamente estes casos. As psicólogas das equipes avaliaram 3.164 alunos, sendo que destes, 50,4% foram encaminhados para seguimento psicológico na Rede Básica de Saúde, reduzindo a demanda na mesma, e orientando os profissionais da Educação e os pais, para cada caso específico. O atendimento e encaminhamentos em psicologia de alunos de 0 a 7 anos está descrito na Tabela 2:

Tabela 2 - Atendimento e encaminhamentos em psicologia de alunos de 0 a 7 anos, entre em 2008.

Sexo	Alunos triados	%	Alunos encaminhados de ambos os sexos	%
Meninos	1.927	61	1.595	50,4
Meninas	1.237	39		
Total	3.164	100		

Fonte: Coordenação da Atenção Básica/Programa Aprendendo com Saúde

As principais queixas no período que geraram encaminhamentos para as psicólogas foram: agitação, hábitos orais, agressividade, dificuldades de aprendizagem, timidez/dificuldade de relacionamento e enurese/encoprese, abuso e violência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico precoce e a necessidade de intervenção orientou a avaliação das diferentes demandas enfrentadas no ambiente escolar. A análise sistemática dos atendimentos e encaminhamentos apontou para duas situações de difícil abordagem. A primeira relacionada ao grande número de alunos com queixas relacionadas à comunicação e que dificilmente seriam absorvidos de modo ágil pela rede municipal de saúde, e a segunda pouco frequente, mas de difícil abordagem, relacionada às situações de violência e alterações do comportamento, para os quais pais, equipe médica e professores não estão preparados para enfrentar. A ampliação das equipes não só qualificou o atendimento, como ofereceu suporte técnico importante para pais e professores na abordagem de situações difíceis como violência e alterações na comunicação.

AMPLIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO COM O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA AMA ESPECIALIDADE

Januario Montone – Secretário Municipal da Saúde

Autores: Edjane Maria Torreão Brito, Vicente José Salles de Abreu, Thais Leila Lisante Camargo Teixeira, Esther M. Castellon Rifarachi, Maria José Passos de Oliveira.

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A análise dos indicadores sócio-epidemiológicos e demográficos levou à constatação da necessidade de ampliação de atendimento médico em especialidades e de procedimentos especializados no Município de São Paulo, preferencialmente naquelas áreas diretamente relacionadas ao atendimento das doenças crônico-degenerativas: ortopedia, cardiologia, neurologia, reumatologia, urologia, endocrinologia e cirurgia vascular. Desta forma, em abril de 2008, foi iniciado o Projeto de implantação dos serviços de Atendimento Médico Ambulatorial Especialidades – AMA Especialidades. Além das consultas, estes serviços oferecem exames de eletrocardiograma, teste ergométrico, holter, monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA), ecodopplercardiograma, ecocardiograma, doppler de vasos, eletroencefalograma, ultrassonografia e RX. O agendamento nas AMA Especialidades é informatizado, feito pelas Unidades de Saúde de referência, com horário de atendimento das 07:00 às 19:00 h de segunda-feira a sábado, com capacidade de atendimento de 36 consultas por profissional por dia.

OBJETIVO

Descrever o processo de ampliação do acesso a consultas de especialidades e exames diagnósticos por meio da implantação das AMA Especialidades no Município de São Paulo.

METODOLOGIA

Para a seleção das 07 especialidades foram considerados os agravos crônicos de maior prevalência na população. Os critérios de escolha da região de implantação desses serviços foram: número de ambulatórios de especialidades existentes nas Coordenadorias Regionais de Saúde; demanda reprimida nas especialidades; facilidade de acesso.

RESULTADOS

Foram implantadas 06 AMA Especialidades entre julho e fevereiro de 2009 sendo: 01 na Região Sudeste, 02 Região Sul, 01 na Região Leste, 01 na Região Centro Oeste e

01 na Região Norte. Nesses 08 meses de implantação houve 83,3 mil consultas nestas especialidades o que gerou uma redução na demanda reprimida

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação das AMA Especialidades fortaleceu a rede de serviços, ampliando o acesso e qualificando a assistência aos pacientes com necessidade de cuidados e exames especializados que por serem realizados no mesmo local da consulta, proporcionam mais conforto e humanização a este usuário. Após intervir na condição clínica dos pacientes, os especialistas os contra-referenciam para a UBS de origem, mantendo a integralidade à saúde.



APLICAÇÃO DA METODOLOGIA DO PROJETO AMAMENTAÇÃO E MUNICÍPIOS-AMAMUNIC NA AVALIAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - 2008.

Januario Montone – Secretário Municipal da Saúde

Autores: Lilian Sadeck, Sonia Venâncio, Clea Leone, GT de Humanização à Assistência a Criança (GTHAC) da Rede de Proteção à Mãe Paulistana SMS – MSP

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A importância do aleitamento materno, especialmente nos primeiros 06 meses, como uma das bases da Promoção à Saúde das crianças, tem sido comprovada, por meio de inúmeras publicações científicas. O reconhecimento de que o tempo de aleitamento materno também pode ter um efeito protetor sobre o desenvolvimento de doenças na idade adulta, tais como hipertensão arterial, obesidade e diabetes, reforçam ainda mais sua indicação. Avaliações da frequência de aleitamento materno em nosso meio são realizadas periodicamente, pois as informações servem de base para o planejamento de Políticas Públicas. Porém, frente à inexistência de dados mais atuais, tornou-se necessário verificar a situação da amamentação no país, a fim de que se possam planejar as Políticas Públicas de promoção do aleitamento materno, que causem impacto sobre as condições de saúde das crianças. Para tal, a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde (MS), elaborou a II Pesquisa Nacional sobre Práticas Alimentares no Primeiro ano de vida nas capitais brasileiras. No Município de São Paulo (MSP), esta ação foi coordenada pela Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente da Coordenação da Atenção Básica - Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que desenvolveu a pesquisa com a participação do GTHAC, do Programa Rede de Proteção à Mãe Paulistana (RPMP).

OBJETIVO

Descrever a aplicação da metodologia do Projeto Amamentação e Municípios – AMAMUNIC na avaliação da frequência de aleitamento materno em menores de 1 ano no MSP e analisar os fatores intervenientes.

METODOLOGIA

A metodologia baseou-se na experiência do Projeto AMAMUNIC, desenvolvido pelo Instituto de Saúde (IS) desde 1998, com o objetivo de monitorar as práticas de alimentação infantil. (Venâncio et al, 2002; Venâncio e Monteiro, 2005). O desenvolvimento do projeto seguiu as seguintes etapas:

1. Levantamento do número (Nº) de crianças menores de 1 ano vacinadas nos Postos de Vacinação na cidade, durante a 2ª fase da Campanha de Vacinação de 2007. A partir desses dados, o IS estimou o Nº de crianças abaixo de um ano que seriam vacinadas em cada Posto, e elaborou os planos amostrais, adotando a proposta de Silva(1998) para amostras por conglomerados em dois estágios. Primeiro, foram sorteados os postos de vacinação e, segundo, as crianças em cada posto, de forma sistemática. A amostra desenvolvida foi considerada equiprobabilística ou autoponderada. Foram sorteados 35 postos de vacinação e determinado que seriam sorteadas 35 crianças abaixo de 1 ano para as entrevistas em cada posto, incluindo os postos volantes. Foi estimado um total de 1225 entrevistas.
2. Definidos: Nº de supervisores da pesquisa por região do MSP, com membros do GTHAC e da Coordenadoria Regional de Saúde

(CRS) e o Nº de entrevistadores por Unidade Básica de Saúde (UBS), considerando-se o Nº de entrevistas em cada unidade e o de postos volantes;

3. Foi realizada a captação em Faculdades e Escolas Técnicas de voluntários para realizarem as entrevistas no dia 9 de agosto;

4. Procedeu-se à capacitação dos supervisores, entrevistadores e 2 profissionais de saúde de cada UBS sorteada para a realização das entrevistas no local, até o final da campanha;

5. Para o dia 9 de agosto, programou-se a distribuição dos supervisores e entrevistadores em cada posto de vacinação e seus volantes, com o material necessário para pesquisa. Os entrevistadores foram checados pelos supervisores, para resolver as dúvidas e garantir a confiabilidade dos dados. Os coordenadores ficaram disponíveis, através de acesso telefônico para quaisquer eventualidades;

6. O instrumento utilizado para a coleta de dados incluiu 56 questões sobre o consumo de leite materno nas últimas 24 horas, outros tipos de leite e alimentos, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para levantamentos sobre amamentação (WHO, 1991).

7. Os questionários foram encaminhados à coordenação, na AT Saúde da Criança e do Adolescente, onde foram revisados e digitalizados no programa disponibilizado pelo MS, criando um banco de dados do Município sobre os hábitos alimentares de menores de um ano.

PRODUTOS

Foram capacitados 60 supervisores e 357 entrevistadores. Foram sorteados 35 postos de vacinação para participar da pesquisa, tendo sido realizadas 1557 entrevistas, o que correspondeu a 127% das 1225 propostas. Foram digitados os dados referentes a 1424 entrevistas, pois houve recusa em participar em 8,6% dos casos. Em relação à prevalência do aleitamento materno exclusivo no MSP, verificou-se que foi de 39% até seis meses de idade e de aleitamento materno predominante de 14,86%. Dentre as 316 crianças com idade entre 9 meses e 1 ano incompleto incluídas no estudo, 49 % mantinham o aleitamento materno.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A metodologia aplicada previa a participação de um número considerável de pessoas, o que foi um grande desafio. Para garantir sua participação, dois aspectos foram importantes: a participação voluntária e a sensibilização destes em relação à necessidade de se conhecer os dados de aleitamento materno no MSP. A colaboração das equipes de saúde presentes nos postos de vacinação, inclusive nos volantes, também contribuíram para que a meta fosse ultrapassada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação consciente e voluntária dessas pessoas possibilitou a realização desta pesquisa, inclusive ultrapassando as metas pré-estabelecidas e superando as dificuldades de seu desenvolvimento numa cidade com as características de São Paulo, especialmente em relação às distâncias e a localização de alguns postos de vacinação. O aleitamento materno constitui a base para que se promova a saúde na infância e na idade adulta. O MSP, apesar de sua grande diversidade regional, tem prevalência atual de aleitamento materno predominante até seis meses maior do que os dados de pesquisas anteriores.

APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR A IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DO DIABETES MELITO TIPO 2 NA ATENÇÃO BÁSICA

Januario Montone – Secretário Municipal da Saúde

Autor: Márcia Maria Gomes Massironi

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Tendo em vista o rápido crescimento da hipertensão arterial e do diabetes melito que, em associação com as dislipidemias, o tabagismo, o sedentarismo e a obesidade são os principais determinantes da morbimortalidade por afecções cardiovasculares no mundo, foi definida como prioridade pelo Gestor Municipal a elaboração do “Protocolo de Tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Melito tipo 2 na Atenção Básica”. Este Protocolo tem como finalidade orientar as equipes multiprofissionais da Atenção Básica no cuidado integral aos diabéticos e hipertensos. Associada às demais ações realizadas pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS), este documento busca contrapor ao “olhar agudo” do modelo assistencial, um renovado “olhar crônico”, colaborando na estruturação de serviços adequados para gerir cuidados, promover a modificação e a incorporação de hábitos de vida saudáveis, assim como enfatizar um enfoque de cunho preventivo e educativo. A sistematização do cuidado aos diabéticos e hipertensos traz como resultado o melhor controle destas patologias, estabelecendo ações efetivas na prevenção primária e secundária de agravos, e repercutindo de forma positiva na qualidade de vida e nos indicadores de saúde da população da Cidade de São Paulo. A partir de agosto de 2008, foram distribuídos 2.800 exemplares do Protocolo, sendo destinados 02 exemplares a cada Unidade Básica tradicional, às Unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA) e aos Ambulatórios de Especialidades, e um exemplar a cada Equipe de Saúde da Família, nas 05 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS).

OBJETIVO

Descrever a metodologia de avaliação da implantação do Protocolo de Tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Melito tipo 2 na Atenção Básica, por meio de aplicação de questionário.

METODOLOGIA: CAMINHO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA

Com a intenção de fortalecer as ações compartilhadas com os gestores locais, foram realizados nove encontros regionais, com a presença dos Coordenadores Regionais de Saúde e respectivas equipes, nos quais foi discutida a estratégia mais adequada para a apresentação do mesmo às equipes. Por meio de questionário dirigido aos profissionais, foram avaliados os processos-chave envolvidos na implantação do documento e seu alcance, a exemplo das seguintes questões:

- Identificação do profissional e da Unidade;
- Se os mesmos receberam o Protocolo;
- Se o documento é utilizado na prática diária e quais os motivos de não-utilização;
- Se houve a participação dos profissionais em capacitações prévias;
- As expectativas sobre temas de interesse para futuras capacitações;
- Foram avaliadas as sugestões e críticas.

PRODUTOS, O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS – aplicação prática do questionário

Foram obtidas 616 respostas de profissionais da rede básica, sendo: 383 de Equipes de Saúde da Família, 195 de Unidades Tradicionais, 34 de profissionais de Unidades de Assistência Médica Ambulatorial e 4 de profissionais de Ambulatórios de Especialidades. A partir da consolidação e análise destas respostas foi possível identificar como se deu a implantação do Protocolo nas Unidades Básicas de Saúde das 05 Regiões.

Estas informações trazem subsídios para reavaliar a dinâmica local, possibilitando agir pontualmente sobre processos considerados insatisfatórios, e o conhecimento das necessidades locais para o aprimoramento técnico das equipes.



APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

Ao se conhecer os motivos de não utilização do Protocolo, muitos dos quais desconsiderando a importância do mesmo, julgou-se oportuno elaborar uma carta pessoal dirigida aos profissionais da rede básica. Esta detalha a relevância do documento para a atenção aos diabéticos e hipertensos, e os convida para o debate com as Áreas Técnicas, explicitando a importância de sua colaboração e envolvimento no cuidado direto ao paciente neste processo.

A decisão de identificar, organizar e avaliar os processos-chave envolvidos na implantação deste protocolo clínico contribui para orientar as estratégias de implantação do documento como referência para o tratamento da hipertensão arterial e do diabetes melito, respeitando as características de cada território.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme citado anteriormente, traduz-se em enorme desafio organizar ações de saúde que garantam o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado no Município de São Paulo. Os protocolos clínicos, com condutas fundamentadas na melhor evidência científica disponível, sistematizam o cuidado, disseminam o conhecimento e dispõem-se ao debate, em prática que implica na cooperação de todos os profissionais envolvidos no processo saúde-doença.

A utilização do questionário para orientar as necessidades de capacitação, traduzidas nos resultados regionais obtidos orientam a tomada de decisão, minimizando assim a distância existente entre a boa recomendação científica e a boa prática clínica.

REGIONALIZAÇÃO SOLIDÁRIA E PACTO PELA SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA DA ATENÇÃO À SAÚDE ÀS POPULAÇÕES INDÍGENAS DAS ALDEIAS DA METRÓPOLE DE SÃO PAULO

Januario Montone – *Secretario Municipal da Saúde*

Autor: *Carla Cisotto*

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Em 1999, uma importante alteração deu-se no sistema público de saúde indígena, com a transferência da responsabilidade pelo setor da Funai para a Funasa (Fundação Nacional de Saúde), órgão do Ministério da Saúde.

A indefinição de uma política de saúde, formulada com base na multiplicidade de fatores envolvidos no processo de adoecer e buscar tratamento das pessoas indígenas, comprometia o acesso dessa população aos serviços de saúde e impedia a implantação de ações de saúde com resultados efetivos. Além de ignorar as diferentes inserções históricas e geográficas na sociedade nacional, línguas e modos próprios de perceber e agir no mundo, a pouca cobertura dos serviços de saúde disponíveis era agravada pela insuficiência de recursos para execução das ações, especialmente na FUNAI, órgão do Ministério da Justiça que não dispunha de recursos para assistência à saúde.

Enquanto isso, a população era acometida por infecções respiratórias e intestinais, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição e doenças evitáveis pela vacinação, evidenciando um quadro sanitário caracterizado pela alta ocorrência de agravos que poderiam ser significativamente reduzidos com o estabelecimento de ações sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde nas comunidades.

O processo de formulação de uma política nacional de saúde para os povos indígenas que revertesse o quadro de falta de assistência exposto anteriormente foi retomado no âmbito do Ministério da Saúde no segundo semestre de 1998 e intensificado e regulamentado em lei 1999. No ano de 2004, celebrou-se um Convênio entre a FUNASA/MS e a Secretaria Municipal da Saúde, e se organizou a Área Técnica da Saúde da População Indígena, através da qual iniciou-se a discussão intersectorial entre as várias Áreas Técnicas e Administrativas da SMS, para a realização do atendimento básico e implantação dos programas de saúde nas comunidades indígenas. A criação dessa Área Técnica tem como finalidade a Assistência Integral à Saúde Indígena, sendo a cobertura vacinal, a assistência odontológica, a assistência de especialidades médicas as coletas de exames nas aldeias, dentre outras prioridades.

Atualmente o município tornou-se protagonista na Atenção à Saúde aos Povos Indígenas assumindo aproximadamente 75% dos recursos destinados ao trabalho específico.

OBJETIVO

Organizar o serviço de atenção integral em Saúde e Gestão de cuidados, direcionada à população indígena das aldeias localizadas no município de São Paulo.

METODOLOGIA

A Área Técnica de Saúde da População Indígena estabeleceu a celebração de convênios com entidades parceiras, para a execução dos atendimentos nas aldeias indígenas.

Através dessas parcerias foram contratadas as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, compostas por: médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório den-

tário, auxiliares de serviços gerais, auxiliares administrativos, porteiros, motoristas, Agentes Indígenas de Saúde e Agentes Indígenas de Saneamento.

Essas Equipes foram capacitadas nas especificidades culturais da população indígena.

As Unidades Básicas de Saúde Indígena foram cadastradas no sistema, para receberem os insumos e medicamentos dentro do fluxo da rede.

RESULTADOS

Foram celebrados dois Convênios – Parceiros: Fundação Faculdade de Medicina USP - FFMUSP e Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP.

Foram contratadas as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena – EMSI - com o total de 30 profissionais, com a adequação dos mesmos, para atendimento à população indígena, respeitando as especificidades culturais.

Foram cadastradas três UBSs: Verá-Poty, Anexo Krucutu e Kwarây Djekupé; com isso ocorreu a regularização da distribuição de insumos e medicamentos nas UBS, bem como, as coletas de exame realizadas dentro das UBSs nas aldeias, os encaminhamentos para consultas de especialidades médicas, exames específicos de média e alta complexidade, as internações para os hospitais de referência, a regularização das carteiras vacinais e as vacinações de rotina dentro das aldeias, realização de pré-natal, além do atendimento odontológico.

Através de planejamento de ações junto com a Área Técnica de Saúde Ocular, foi possível realizar nas aldeias em 2006 e 2007, exames de acuidade visual, consultas oftalmológicas e fornecimento de óculos para os indígenas ação inédita que não teria sido possível se não houvesse as unidades básicas de saúde dentro das aldeias.

Outro avanço importante foi no controle social e avaliação das ações de saúde realizadas em benefício da população indígena do município, com a inclusão de lideranças indígenas como representantes nos Conselhos Gestores criados nas três Unidades.

DISCUSSÃO/ CONCLUSÃO

Com a Organização dos serviços de saúde nas UBS das aldeias, podemos hoje ter de forma contínua, todo o atendimento básico, de forma a garantir a execução dos programas de saúde nas aldeias, respeitando a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, a qual requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação deverá ser implementada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população específica. Isso torna indispensável a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e capacidade do Sistema tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes relativos à descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social. Para que esses princípios possam ser efetivados, torna-se indispensável que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, deve-se desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas através da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços. (documento: Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas).

PRÁTICAS CORPORAIS MEDITATIVAS E ATIVIDADES FÍSICAS: UMA NOVA FERRAMENTA NA ABORDAGEM DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Januario Montone – Secretário Municipal da Saúde

Autores: Tazue Hara Branquinho, Yamma Mayura Duarte Alves, Mário Sebastião Fiel Cabral

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A exemplo do que ocorre mundialmente, observamos no decorrer das últimas décadas uma mudança no perfil epidemiológico da população brasileira com o aumento da incidência e prevalência das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT).

Na Cidade de São Paulo os dados epidemiológicos apontam as doenças e agravos não transmissíveis como as mais importantes causas de mortalidade chegando a cerca de 80% de todas as causas de morte no Município. As DANT são responsáveis também pelos maiores índices de incapacidade, de demanda por internação e de custos para a rede pública de saúde.

O Ministério da Saúde vem implementando a Política Nacional de Promoção da Saúde em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde- SUS, com ênfase na promoção, informação e educação em saúde e incentivando as atividades físicas, hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo, controle do uso abusivo de bebida alcoólica e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento. Uma iniciativa importante foi a edição da **Portaria no. 971/2006 do MS** que estabeleceu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS), desde 2001, por meio da Área Técnica das Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde (MTPIS) incorporou as práticas das Medicinas Tradicionais em suas Unidades Básicas de Saúde. Em 2008, a Lei 14.682 de 30 de janeiro de 2008 instituiu o **Programa Qualidade de Vida com Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde** no Município de São Paulo.

Neste trabalho destacamos a implementação das práticas corporais e meditativas das medicinas tradicionais, embora esta incorporação ocorra dentro de um projeto mais amplo, articulado com outras práticas como a homeopatia, acupuntura, plantas medicinais, alimentação saudável e outras atividades físicas. As práticas corporais e meditativas das medicinas tradicionais e as atividades físicas, quando aplicadas com o enfoque da integralidade, trazem vários benefícios aos seus praticantes, conforme dados preliminares de uma Pesquisa realizada pela COVISA sobre o tema.

OBJETIVOS/PROPÓSITOS

Apresentar a experiência de incorporação das práticas corporais e meditativas das medicinas tradicionais no âmbito da SMS como nova ferramenta na abordagem das DANTS.

METODOLOGIA

Entendendo o caráter transversal das MTPIS, principalmente no campo da Promoção e Prevenção da Saúde, buscamos desenvolver uma metodologia de trabalho pautada nos seguintes aspectos: implementação progressiva das atividades nas unidades, abordagem diversificada de ações, atividades, e modalidades de práticas, caráter multiprofissional nas atividades grupais. Além disso a formação e capacitação de profissionais de saúde como instrutores das práticas, e a interlocução regional viabilizam a implementação das práticas no nível local, em parceria com outras Secretarias Municipais e Instituições afins fazendo interface com outras áreas técnicas.

Nosso processo de trabalho, com base nos eixos acima citados, tem como objetivo implementar grupos de educação em saúde nas unidades, utilizando práticas das medicinas tradicionais, outras práticas corporais e meditativas e atividades físicas, particularmente os grupos de caminhada, com ênfase no auto cuidado, contribuindo em última instância para a melhoria da qualidade de vida da população.

RESULTADOS

Em 2008, as práticas corporais e meditativas das medicinas tradicionais estavam implantadas em mais de 70% das unidades de saúde. Os resultados estão detalhados na tabela a seguir:

Tabela 1- Unidades com Práticas, Instrutores e Grupo de Atividades Semanais - 2008

UMS	Nº Unidades de Saúde com Práticas	Nº de Instrutores das Práticas	Nº de Grupos Semanais de Práticas
Total	388	1071	2043

Fonte: SMS/MTPIS

Também estão implantadas as práticas em 10 parques e praças municipais e em algumas escolas municipais em parceria com a Secretaria Municipal do Verde e Meio Ambiente e Secretaria Municipal de Educação.

Abaixo a distribuição dos grupos de práticas segundo modalidades no quadro 1.

Quadro 1- Numero de Grupos segundo modalidades de Práticas - 2008

Modalidade	Lin. Gong	Tai Chi	Xiao Gong	Lin. Chi	Ouro Preto Corp. MTPIS	Yoga	Med. ac. Fit. de ginástica	Dança Circular	Ouro Preto Dança	Canis Indis	Ouro Preto Ativ. Físicas
Total de Grupos	237	120	81	44	66	12	69	23	16	141	47

Fonte: SMS/MTPIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No ano de 2009, estamos iniciando um processo de capacitação dos instrutores das práticas visando diversificar a abordagem dos grupos de práticas corporais de modalidades específicas, para grupos de atividades educativas integradas de Promoção da Saúde com ampliação de cobertura para 100% das Unidades Básicas de Saúde/Unidades de Saúde da Família, com as Práticas Corporais/Meditativas/ Atividades Físicas.



SAÚDE OCULAR EM BERÇÁRIOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO NO ANO DE 2008

Januario Montone – Secretário Municipal da Saúde

Autores: Ligia Santos Abreu Caligaris, Wong Ching Wai, Lais Birskis

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Muitas doenças oculares deixam de ser diagnosticadas em recém-nascidos, apesar destas crianças terem nascimento hospitalar. O diagnóstico precoce dessas doenças, além sua profilaxia, pode ser realizado em berçário por enfermagem e neonatologistas treinados além de oftalmologistas experientes.

O método de Credè, teste do reflexo vermelho realizados em todo RN e o exame de fundo de olho rotineiro em prematuros permitem a prevenção da cegueira. A oftalmia neonatal gonocócica é um importante problema de saúde pública que leva a cegueira, em locais com uma cobertura de pré-natal limitada, principalmente, se a profilaxia ocular não é uma prática corrente.

A realização do teste do reflexo vermelho passou a ser obrigatório no Município de São Paulo a partir de 2002. Este teste deve ser realizado por neonatologistas. A retinopatia da prematuridade (ROP), que causa baixa visual e cegueira em prematuros é hoje considerada uma das principais causas de cegueira infantil.

A maior sobrevivência de crianças nascidas prematuramente aumenta a cada ano devido ao melhor preparo de neonatologistas e melhor aparelhagem, gerando uma nova demanda oftalmológica que é a Retinopatia da Prematuridade.

Neste sentido, é necessário realizar mapeamento de retina em todos os prematuros com idade gestacional ao nascer < 32 semanas e peso < 1.500 g e em RN com síndromes, suspeitas de infecções congênitas ou a critério do neonatologista, supervisão técnica do teste do reflexo vermelho e método de Credè nos berçários municipais designados.

Neste contexto, a Secretaria Municipal de Saúde por meio das Áreas Técnicas de Saúde Ocular e da Criança e Adolescente, implantou junto às maternidades municipais que integram à Rede de Proteção à Mãe Paulistana serviços de assistência oftalmológica ao recém-nascido.

OBJETIVOS

Descrever a implantação da Saúde Ocular em berçários do Município de São Paulo no ano de 2008.

METODOLOGIA

Foi selecionada e contratada uma empresa especializada para prestar assistência oftalmológica ao RN.

PRODUTOS

No final de maio de 2008, o serviço foi implantado em 17 maternidades, sendo 12 municipais, 1 hospital municipal pediátrico e 4 maternidades filantrópicas. Em outubro de 2008, mais 2 maternidades municipais integraram o programa (Cidade Tiradentes e M'Boi Mirim). As maternidades e hospitais atendidos estão distribuídos por todo o município sendo que 5 estão localizados na zona Centro-Oeste, 4 na zona Leste, 3 na zona Norte, 3 na zona Sul e 4 na Sudeste.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que 75% da cegueira no mundo é evitável (previsível ou curável). A profilaxia e a prevenção da cegueira feita por meio de diagnóstico e tratamento precoce está sendo oferecida às maternidades públicas e filantrópicas, atendendo aos princípios da equidade e integralidade do SUS.

PRC - PROGRAMA REMÉDIO EM CASA

Januario Montone – Secretário Municipal da Saúde

Autor: Sueli Ilkiu

Colaboradores: Daisy de Castro Ferraz, Vanderson Simião Nogueira Maia, Kátia Aparecida Ferreira, Leonardo Montini, Rosângela Aparecida de Medeiros, Heloísa M. Berton, Agnes Jancar, Sílvia Regina da S. Ansaldi, Érica Tie Miaz, Vania Cardoso Santos, Ana Lúcia P. Batista, Marina Arends Roschel.

INTRODUÇÃO

Como a adesão à terapia medicamentosa é um dos fatores que seguramente interferem na manutenção das condições de estabilidade em portadores de doenças crônicas, as Políticas Públicas de Saúde devem estar preparadas para estabelecer novas formas de acesso aos medicamentos.

Uma destas formas é a entrega por remessa postal, em que o paciente, por estar em condições de estabilidade e controle, não tem necessidade de retornar à Unidade de Saúde somente para a retirada de medicamentos, mas necessariamente para continuar a ter este benefício; tem retorno agendado a cada 03 meses para avaliação da equipe multiprofissional; proporcionando acompanhamento contínuo e estabelecendo vínculo do paciente com a Unidade e sua equipe.

Para atender esta necessidade, em 2005, a Secretaria Municipal da Saúde da Cidade de São Paulo, através da Coordenação da Atenção Básica solicitou à Empresa de Tecnologia da Informação e Comunicação do Município de São Paulo (PRODAM) e à Assessoria Técnica de Tecnologia da Informação (ATTI), o desenvolvimento de aplicativo totalmente informatizado que viabilizasse a implantação do Programa Remédio em Casa nas Unidades de Saúde como uma das formas de acesso a medicamentos.

OBJETIVO

- **Promover o acesso** a medicamentos por meio da entrega através de remessa postal a portadores com doenças crônicas (Hipertensão arterial e Diabetes mellitus); controlados e estáveis; em acompanhamento nas Unidades de Saúde.
- **Acompanhar os pacientes cadastrados** através dos Relatórios do sistema informatizado; realizando a cada 03 meses avaliação dos Inativos;
- **Organizar o atendimento** e a Busca Ativa dos portadores de doenças crônicas que abandonam o tratamento; com isto evitando as complicações decorrentes deste abandono.

METODOLOGIA

O aplicativo desenvolvido – GSS/Remédio em Casa tem capacidade de cadastrar os pacientes nas Unidades de Saúde e na Unidade Dispensadora Farmácia Remédio em Casa (UDFRC) possibilita que todas as prescrições provenientes destas Unidades sejam processadas e encaminhadas para entrega, com controle total do processo através de Relatórios Operacionais e Gerenciais.

Em 2005, além do processo de implantação, que foi realizado através de treinamentos para cada Unidade; desenvolveu-se toda a parametri-

zação do sistema e disponibilizaram-se os Relatórios Operacionais e Gerenciais que permitem o acompanhamento do PRC.

A partir de dados epidemiológicos de prevalência epidemiológica para HA e DM estabeleceu-se Metas para o período de 2006 a 2009, sendo que este Programa e suas Metas estão no Plano PluriAnual (PPA) da Cidade.

Avaliações regionais acontecem desde março/06 com periodicidade semestral.

No 2º semestre de 2008 SMS realizou com as CRS a avaliação de todo o processo transcorrido desde julho de 2005 quando efetivamente iniciaram-se as atividades do PRC e também considerando que uma das estratégias que deve ser fortalecida é Saúde da Família, as Metas para 2009 foram redimensionadas; mantendo-se como Meta global o cadastramento de 10% de portadores de HA e/ou DM controlados e estáveis em acompanhamento nas Unidades de Saúde e destes Cadastrados, manter 70% Ativos no Programa.

RESULTADOS

Inicialmente implantado em 05 Unidades piloto da CRS Sul, em julho de 2005, atualmente está disponível em 416 serviços de saúde.

Já foram cadastrados até dezembro de 2008: 114.810 portadores de HA e/ou DM, sendo atendidas 416.114 prescrições/receitas. Do total de Cadastrados, 76,65% são portadores de HA; 4,39% de DM e 18,97% têm HA e DM (comorbidade).

Pelas características de informatização propostas pelo Programa, todas as informações, orientações, atualizações e manuais são disponibilizadas através de página eletrônica específica para o PRC

Por ser totalmente informatizado, o Programa permite acompanhamento sistematizado e principalmente local dos dados e pacientes envolvidos.

Através dos Relatórios Gerenciais, todos os gestores envolvidos podem acompanhar; monitorar e avaliar o desempenho do Programa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Remédio em Casa nestes anos apresenta-se como: Nova forma de acesso a medicamentos e Proposta de organização de atendimento e acompanhamento aos portadores de HA e/ou DM nas Unidades de Saúde da Cidade de São Paulo.

A remessa postal e o aplicativo desenvolvido (GSS/Remédio em Casa) podem ser utilizados para a entrega de qualquer tipo de medicamento e/ou outros produtos relacionados à saúde.

O Programa pode ser utilizado como eixo norteador na organização das Unidades de Saúde para o atendimento de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus, através da rotina que se impõe através do cadastramento de prescrições.

Durante o processo de implantação e acompanhamento, tanto Supervisões Técnicas quanto Coordenadorias Regionais de Saúde tiveram oportunidade de identificar os interferentes locais que contribuíram para não atingir as Metas planejadas inicialmente e estes interferentes também estão em monitoramento.

Como o sistema é totalmente informatizado, pode ser utilizado como fonte para pesquisa de perfil de medicamentos/terapia medicamentosa para Hipertensão arterial e Diabetes mellitus.

IMPLANTAÇÃO DO TESTE RÁPIDO COMO DIAGNÓSTICO PARA HIV NA CIDADE DE SÃO PAULO: NOVOS DESAFIOS PARA O SUS

Januario Montone – Secretário Municipal da Saúde

Autores: Maria Cristina Abbate; Elza M. Alves Ferreira; Juliana C. Baracat; Meiga M. S. Rosa; Celso R. Monteiro; Sirlei R. Alfaia; Breno S. Aguiar; Edjane M. Torreão Brito; M. Cristina Honório dos Santos

INTRODUÇÃO

São Paulo – Brasil, cidade com 11 milhões de habitantes, conta com uma Rede Municipal Especializada em DST/Aids de 24 serviços (RME) do Programa Municipal de DST/Aids da Secretaria Municipal da Saúde (PM DST/Aids), localizados em todas as regiões da cidade, nos quais se realizam a sorologia do HIV, sífilis e hepatites B e C, por demanda espontânea. Desde dezembro de 2006 foi implantado o teste rápido diagnóstico do HIV (TRD) na rede, como uma estratégia do PM DST/Aids, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde (MS), tendo em vista tratar-se de uma técnica que possibilita a resposta “rápida” ao resultado, diminuindo as taxas de não-retorno dos usuários ao serviço. Ampliando as ações de prevenção às DST/Aids e seguindo os princípios e diretrizes do SUS, o PM DST/Aids juntamente com a Coordenação da Atenção Básica, da Secretaria Municipal da Saúde, inicia o processo de implantação do Teste Rápido diagnóstico em 09 Unidades Básicas de Saúde.

OBJETIVO

Ampliar o acesso ao diagnóstico precoce do HIV para a população contribuindo para o controle da epidemia de HIV/aids, na cidade de São Paulo.

METODOLOGIA

O PM DST/Aids iniciou, juntamente, com a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde o processo de implantação do teste rápido diagnóstico, de acordo com os seguintes critérios:

- 01 (uma) Unidade Básica de Saúde em cada macro-região, estrategicamente distribuídas em relação aos serviços da Rede Municipal Especializada em DST/Aids;

- Dados do Boletim Epidemiológico de DST/Aids da referida região;
- Fácil acesso à população.

PRODUTOS

Foi realizado o primeiro treinamento, em novembro de 2008, para 16 profissionais da Atenção Básica. Dos serviços de saúde treinados, 03 (três) são Unidades Básicas de Saúde (UBS) que atendem a população indígena e 02 (duas) são unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA).

Para o ano de 2009, há a proposta de implantação do teste rápido diagnóstico em mais, pelo menos, 10% das unidades básicas de saúde.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA - FACILIDADES E DIFICULDADES

Algumas facilidades na implantação inicial do teste rápido diagnóstico nos serviços da Atenção Básica são apontadas. Primeiramente o suporte técnico das unidades especializadas em DST/aids, já treinadas, sendo, portanto uma referência para cada serviço de saúde nas regiões. Outro fator facilitador é que as UBS já realizam teste para o HIV no método convencional.

Um desafio sempre presente é a escala da cidade, pelo grande número de unidades básicas de saúde. Os treinamentos são escalonados, de maneira a não interferir na rotina das unidades e, portanto, a cobertura de todas as unidades para este procedimento deve se estender até o final do ano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O teste rápido diagnóstico tem representado uma importante estratégia para o diagnóstico precoce do HIV e, conseqüentemente, início de tratamento também precoce. Favorece também a abordagem do usuário com relação às demais DST (doenças sexualmente transmissíveis) e orientações qualificadas sobre métodos preventivos.

REORGANIZANDO O DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS NA AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL DA CIDADE DE SÃO PAULO

Januario Montone – Secretário Municipal da Saúde

Autores: Maricy Nair Antunes e Cristiane Cibele Gonçalves
– Autarquia Hospitalar Municipal

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A cidade de São Paulo possui uma rede de saúde muito complexa e buscando melhorar a qualidade do atendimento no Sistema Único de Saúde - SUS, no ano de 2002 cinco autarquias foram criadas e vinculadas à Secretária Municipal de Saúde – SMS e após seis anos, transformadas em uma única autarquia denominada Autarquia Hospitalar Municipal – A.H.M. Sua finalidade é prover as necessidades da rede hospitalar, o desenvolvimento tecnológico, atividades de ensino e pesquisa, estabelecer parcerias e convênios e por fim supervisionar as ações e serviços de saúde em consonância com o SUS, Plano Municipal de Saúde, Plano Estratégico – P.E. da S.M.S e o Plano Diretor da AHM. Reconhecendo a amplitude desse cenário e considerando que a A.H.M. possui cerca 14 mil colaboradores, a área de Recursos Humanos definiu como prioridade a sua reorganização.

OBJETIVO / PROPÓSITOS

A reorganização da área tem como base a elaboração do Plano Estratégico, para estabelecer políticas e diretrizes para o Desenvolvimento de Pessoal e alinhar a ação das unidades hospitalares com o nível central da Autarquia.

METODOLOGIA

O percurso metodológico utilizado para a elaboração do Plano foi desenhado a partir de agosto de 2008 com a análise do cenário, reuniões com os representantes da área de Desenvolvimento de Pessoal, Benchmarking em quatro hospitais que receberam prêmios de “Melhores Empresas para se Trabalhar” pela Revista Você S.A. e Oficina de Planejamento Estratégico. Essa realizada nos dias 08 e 09 de dezembro de 2008 com a presença de 45 colaboradores de 12 hospitais, 16 pronto-socorros e pronto-atendimentos, sede da AHM e gabinete da SMS. O final do processo gerou uma AGENDA e um CADERNO com a Programação Desenvolvimento AHM 2009.

PRODUTOS

Na oficina de Planejamento Estratégico o grupo elaborou a missão, visão e valores da área e estabeleceu três Eixos Programáticos para atuação: DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL, FUNCIONAL E ORGANIZACIONAL. O eixo **DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL** conta com 15 projetos: **1-DE VOLTA PARA A ESCOLA:** oferece a oportunidade de complementação do ensino fundamental e médio; **2-LIDERANÇA FAZ A DIFERENÇA:** busca aprimorar ferramentas para desenvolvimento gerencial; **3-PARTICIPAÇÃO É IMPORTANTE:** capacita conselheiros gestores das unidades hospitalares; **4-SER BEM RECEBIDO É BOM:** desenvolvimento

de competências para excelência no atendimento ao cidadão; **5-COMPUTAÇÃO NO DIA-DIA:** atualiza nossos colaboradores na área de informática; **6-ATUALIZAR É PRECISO:** atualização técnica da equipe assistencial e administrativa; **7-REMÉDIO É COISA SÉRIA:** atualização para área da farmácia; **8-LEI É LEI:** atualização em legislação; **9-CUIDANDO DA VIDA FUNCIONAL:** atualização técnica para o departamento de pessoal; **10-FORMAR PARA MELHORAR:** formação de técnicos por meio da Escola Técnica do Sistema Único de Saúde ET-SUS; **11-AVALIAR É BOM:** aperfeiçoar a avaliação de desempenho; **12-ESCREVENDO MELHOR:** desenvolvimento da linguagem com técnicas de redação e redação oficial; **13-COISAS A DIZER:** experiências da rede para participação em congressos e eventos científicos; **14-É PRECISO OLHAR:** capacitação para área de auditoria; **15-ALUNOS NA REDE:** organiza o estágio não remunerado. O eixo **DESENVOLVIMENTO FUNCIONAL** propicia o gerenciamento da carreira por meio da progressão e avaliação de desempenho. E o terceiro eixo **DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL** possui 10 projetos: **1-DE PORTAS ABERTAS:** programa para integração de novos colaboradores; **2-CAFÉ COM A SUPERINTENDENTE:** mensal para aproximação dos colaboradores com a superintendente; **3- DATAS COMEMORATIVAS:** realização de eventos nas datas comemorativas durante o ano; **4-CONVÊNIOS:** parceria com diversas empresas e instituições para obtenção de desconto, aumentando o bem estar e a qualidade de vida dos colaboradores; **5-RECONHECIMENTO POR INDICAÇÃO:** premiação de colaboradores que se destacam durante o ano; **6-BOLSA DE ESTUDOS:** oferece condições de estudo e aperfeiçoamento profissional; **7-PATROCÍNIO DE CONGRESSOS:** financiamento de inscrição para apresentação de trabalhos científicos em congressos; **8-CULTURA DE TALENTOS:** realização de concursos e atividades culturais que permitam a revelação de talentos; **9-PARTICIPAÇÃO CIDADÃ:** estimular os colaboradores a participarem como voluntários em projetos sociais; **10-RESPONSABILIDADE AMBIENTAL:** desenvolvimento de programas para a preservação do meio ambiente.

APRENDIZADO COM AS VIVÊNCIA

Durante o processo o grupo recebeu apoio do nível central e a elaboração do plano teve grande adesão dos colaboradores da área. As dificuldades encontradas foram a insegurança gerada pelas constantes mudanças e a fragilidades na comunicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O **Plano Estratégico do Desenvolvimento de Pessoas** proporciona a oportunidade de acesso ao conhecimento e a vivência necessários para o desenvolvimento pessoal e profissional para os 14 mil colaboradores nos 12 hospitais e 16 pronto-socorros e pronto-atendimentos da rede de serviços da AHM, desenvolvendo projetos de cunho sócio-ambiental, de recursos humanos e educacionais que melhoram o dia a dia no ambiente de trabalho e a qualidade no atendimento ao cidadão.