MATRIZ DE MONITORAMENTO 1º RDQA DA ATENÇÃO BÁSICA 2017

Prezados Colegas,

Este material tem por finalidade sistematizar informações para monitoramento das Ações, Indicadores e Metas da Programação Anual de Saúde de 2017 (PAS), que está alinhada com o Plano Municipal de Saúde 2014-2017, e por conseguinte é parte integrante dos documentos dos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Relatório Anual de Gestão (RAG) da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e do Plano Plurianual.

A Lei 8080/90, em seu Art. 36, determina que o processo de Planejamento no SUS "(...) será **ascendente**, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizandose as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União".

Ademais, entende-se que o processo de planejamento e moritoramento seja realizado com a equipe de saúde e com o controle social. Os processos dialogados, compartilhados, com possibilidades de trocas, negociações e fluxos de comunicação, tendem a ter maiores possibilidade de realizar os compromissos para garantia da atenção à saúde.

Trocar experiências, compartilhar com a equipe é essencial neste processo. Dialoguem com o colegiado gestor da Unidade, com toda equipe e com o Conselho Local de Saúde. Isto amplia o olhar, diminui as fragilidades e contribui com o processo de trabalho compartilhado. É importante que o responsável pela gestão do serviço planeje junto com a equipe.

E com o intuito de contribuir com os processos orientamos o que segue:

Antes de preencherem o 1º RDQA sugerimos:

1. Leitura do RAG 2016 e da PAS 2017 com todas as considerações que propusemos fazer para cada indicador análise o que foi realizado no ano de 2016, destacando o 3º quadrimestre. Este material deverá ser orientador do processo de trabalho das áreas técnicas da Unidade de Saúde para com as equipes.

2. Analisem os Planos Operativos para o cumprimento das metas e/ou se será necessário a elaboração de Plano de Trabalho, (com ação, prazo/tempo, custo, resultado esperado e responsável) para que se possa atingir o resultado proposto. Se houver necessidade de rever alguma meta, faça a proposição.

3. Após a elaboração dos resultados dos indicadores, avaliem se estão próximos ou distantes do esperado. Verifiquem se existem fragilidades no processo, bem como avaliem possibilidades de diminuílas

4. Leitura do 3ª RDQA de 2016.

5. PRAZO: de 2 a 12 de Maio de 2017.

Obs.:

a) Caso tenha dúvidas em relação a ficha técnica do indicador, utilizar o Caderno de Diretrizes, Indicadores e Metas do Ministério da Saúde de forma subsidiária.

b) Utilizar o aplicativo **Adobe Acrobat Reader DC** disponível para download gratuito e aprovado pela IMA (qualquer dúvida entre em contato pelo 3755-6006 ou pelo email: resolvedoria@ima.sp.gov.br) para abrir e preencher o formulário, isso garantirá que as informações inseridas possam ser coletadas depois.

c) Salvar o arquivo no formato PDF com o nome "1RDQA2017-*nomedoestabelecimento*.pdf" e enviar para o email "dgdo.planejamento@campinas.sp.gov.br" com cópia para "moacyr.perche@gmail.com" e "sheilacarmanhanesmoreira@gmail.com".

c) O sistema calcula as formulas automaticamente e salva suas respostas sempre que você solicitar.

d) Onde está escrito ACUMULATIVO ou NO PERÍODO, trocar: No 1º RDQA por “de janeiro a abril” No 2ª RDQA por “de janeiro a agosto” No 3º RDQA por “de janeiro a dezembro”

e) Utilizar número absoluto (nº de casos) dos indicadores MORTALIDADE INFANTIL, MORTALIDADE MATERNA, SÍFILIS CONGÊNITA, MORTALIDADE PRECOCE (30 anos até 70).

f) Colocar o NÚMERO DE EXAMES DE CITOLOGIA ONCÓTICA que foram realizados no período, no espaço denominado recomendações.

g) BOLSA FAMÍLIA número no período de janeiro a abril (1º semestre de avaliação).

Sugestão para uso:

1) Imprimir este formulário

2) Discutir em equipe ou grupo de trabalho as questões, incluindo os motivos para a resposta, as considerações e recomendações para melhorar o resultado no próximo período.

3) Digitar as respostas em arquivo de texto, para facilitar o lançamento neste formulário

4) Lançar as respostas no formulário e salvar com o nome "1RDQA2017-*nomedoestabelecimento*.pdf"

5) O Formulário PDF permite você salvar parcialmente e continuar depois ou editar as respostas.

6) Existe uma Planilha em Excel (para cada Distrito) com fórmulas que contribuem para cálculo de alguns indicadores.

Escolha a sua unidade de saúde da listagem do Tabnet do CNES:

Distrito Norte

CNES/Nome do Centro de Saúde 7520433 CENTRO DE SAUDE SAN MARTIN

Nome completo do responsável pelo preenchimento Lilian Soares Vidal Terra

Contatos

Sheila Carmanhanes e Moacyr Perche

Núcleo de Planejamento e Orçamento/DGDO/SMS/PMC (19) 21160881

planomunicipaldesaudecampinas@googlegroups.com

DIRETRIZ 1

Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante o aprimoramento da política de atenção básica e a atenção especializada.

OBJETIVO 1.1 - UTILIZAÇÃO DE MECANISMOS QUE PROPICIEM À AMPLIAÇÃO DE ACESSO A ATENÇÃO BÁSICA

2. Ações para reduzir as internações por condições sensíveis à atenção básica ICSAB

Relevância do Indicador: Desenvolver capacidade de resolução da Atenção Primária ao identificar áreas claramente passíveis de melhorias enfatizando problemas de saúde que necessitam de melhor prosseguimento e de melhor organização entre os níveis assistenciais. Ou seja: serve para avaliar a efetividade da Atenção primária, mas também pode ser utilizado para avaliação da atenção especializada ambulatorial, da regulação das internações e da gestão hospitalar. Indicador de âmbito municipal, no âmbito local vamos avaliar as ações e estratégias em operação.

Meta:Meta municipal Redução de 1,16% ao ano.

Cálculo:nº de internações ICSAP/nº total de internações * 100 (no âmbito municipal). Questões de múltipla escolha (no âmbito local).

Fonte:Relatório de AIH envaido pela CII.

Orientações para Considerações e Recomendações: Estratégias utilizadas pela unidade para fortalecimento das linhas de cuidado às doenças crônicas, descrever:

1. As estratégias utilizadas e as razões pelas quais existe dificuldade em garantir esta oferta
2. Número de reuniões clínicas realizadas no período para discussão de diretrizes e protocolos existentes apontar as estratégias desenvolvidas e dificuldades identificadas
3. Tipo de atividade, frequência, número de trabalhadores e usuários participantes
4. Tipos de ações desenvolvidas
5. As estratégias ainda não formais desenvolvidas planejadas
6. Quais ações ACS participam, com que frequência e quantos são envolvidos.

2.1 Selecione todas as ações que a unidade realiza, em relação ao fortalecimento de linhas de cuidado para doenças crônicas:

- [x] 2.1.1. Implantado protocolo e desenvolve ações de acordo com os indicadores da unidade, visando o fortalecimento das linhas de cuidado para doenças crônicas.
- [x] 2.1.2. Recebe e analisa relatórios de internação dos pacientes que foram internados com patologias da AB e realizou busca ativa dos egressos da área adscrita.
- [x] 2.1.3. Garante a Atenção Integral aos idosos, especialmente para os acamados e com alguma limitação de locomoção
- [x] 2.1.4. Tem grupo para ações de promoção à Saúde voltadas para abordagem de Alimentação Saudável, Tabagismo, Alcoolismo, sedentarismo
- [x] 2.1.5. Alimentar o banco de dados do cadastro de pacientes crônicos para monitoramento dos riscos e agravos de saúde
- [x] 2.1.6. Os ACS realizam ações coletivas para redução das DCNT Se afirmativo Quais? (descreva abaixo no campo OUTRO quais ações são realizadas)
- [ ] 2.1.7. Não realiza.
- [x] 2.1.8. Outro: Realizamos grupo de orientações e Lyan Gong. Realizamos grupos de convivência. O cadastr

2.2 Selecione todas as ações que a unidade realiza, em relação a Avaliação de Riscos e Vulnerabilidade:

- [ ] 2.2.1. A Unidade mantém cadastro atualizado com estratificação por risco dos diabéticos e hipertensos do território.
- [ ] 2.2.1. A unidade garante oferta de consulta médica programada, consulta de enfermeiro, exames laboratoriais e ações educativas com frequência estabelecida pelo grau de risco para os pacientes acompanhados.
- [x] 2.2.1. A unidade garante realização de PTS para os pacientes de alto risco.
- [ ] 2.2.1.Não realiza.
- [x] 2.2.1. Outro: Os casos clínicos mais complexos são discutidos em reunião de equipe semanalmente. A unid

2.3 Selecione todas as ações que a unidade realiza, em relação as Estratégias utilizadas pela unidade para Gestão de egressos de internações hospitalares por condições sensíveis a Atenção Básica

- [x] 2.3.1. A Unidade recebe e analisa os Relatórios mensais de pacientes internados por patologias da lista de condições sensíveis à Atenção Básica.
- [x] 2.3.2. A unidade identifica a ocorrência de ICSAP, realiza busca ativa e monitora os egressos hospitalares, realizando cadastro, avaliação e registro em prontuário e articula a sequência de ofertas na unidade/domicílio.
- [x] 2.3.3. A unidade desenvolve ações em parceria com a Unidade de Pronto Atendimento de referência para garantir a continuidade do cuidado de usuários portadores de doenças crônicas.
- [ ] 2.3.4. A unidade define como evento sentinela e realiza ações a partir dos óbitos por ICSAP.
- [ ] 2.3.5. Não realiza.
- [x] 2.3.6. Outro: A unidade está implantando o NSC que vai avaliar o evento sentinela e planejar ações a part

2.4 Selecione todas as ações que a unidade realiza, em relação as Estratégias utilizadas pela unidade para Atenção Integral ao idoso e gestão da Atenção domiciliar.

- [x] 2.4.1. A unidade possui cadastro atualizado dos idosos acamados ou com alguma limitação de locomoção.
- [x] 2.4.2. A unidade desenvolve de projetos terapêuticos individuais em parceria com o SAID de referência.
- [x] 2.4.3. A unidade mantém cobertura vacinal do idoso > que 80%.
- [ ] 2.4.4. A Unidade possui mecanismos de acesso específicos para a população masculina.
- [ ] 2.4.5. Não realiza.
- [x] 2.4.6. Outro: Como mecanismos de acesso específicos para a população masculina há somente os mutirõ

2.5 Selecione todas as ações que a unidade realiza, em relação as Estratégias utilizadas pela unidade para Ações educativas.

- [ ] 2.5.1. A unidade desenvolve ações de promoção à saúde voltadas a abordagem de Alimentação saudável e/ou Segurança Alimentar.
- [x] 2.5.2. A unidade desenvolve Ações de promoção à saúde e/ou práticas corporais voltadas à redução do sedentarismo, incluindo as práticas Integrativas.
- [x] 2.5.3. A unidade desenvolve ações educativas (individuais ou coletivas) voltadas à população insulinorequerente.
- [ ] 2.5.4. A unidade desenvolve Ações de promoção à Saúde voltadas para abordagem de alcoolismo e uso de drogas em geral desenvolve ações.
- [x] 2.5.5. A unidade possui Grupo de Tabagismo formalmente instituído, recebendo insumos e registrando produção nos instrumentos específicos.
- [x] 2.5.6. Os Agentes Comunitários de Saúde participam das ações educativas.
- [ ] 2.5.7. Não realiza.
- [ ] 2.5.8. Outro: As ações de segurança alimentar e alimentação saudável e as ações voltadas aos usuário

2.6 Considerações e recomendações:

a unidade está implantando a classificação de risco dos usuários portadores de condições crônicas para qualificar suas ofertas. São realizadas reuniões sistemáticas entre a equipe de enfermagem, bem como entre o tutor e os médicos do programa mais médicos, para discussão de diretrizes e protocolos. A equipe NASF tem trabalhado com as equipes da unidade no intuito de aumentar a responsabilização pelo território e formas de gerenciar o cuidado

3. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família

Relevância do Indicador: O indicador permite monitorar as famílias beneficiárias do PBF (famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, com dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de saúde) no que se refere às condicionalidades de saúde, que tem por objetivo ofertar ações básicas, potencializando a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuindo para sua inclusão social.

Meta: 51, 50%

Cálculo: Número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil de saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano x 100 / Número total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano.

Fonte: Site do Programa Bolsa Família/DATASUS http://bolsafamilia.datasus.gov.br selecionar "Acesso Restrito" barra à esquerda usuário: (seu login); senha: (sua senha) barra à esquerda selecionar a vigência procurar o Estabelecimento de Saúde correspondente na tabela:

1. Numerador: Famílias acompanhadas (2ª coluna da tabela).
2. Denominador: Famílias beneficiárias (1ª coluna da tabela).
3. Meta municipal Aumentar em 5,5% em quatro anos.
4. Padronização dos períodos: 1º RDQA = zero; 2º RDQA referente a primeira vigência e 3º RDQA referente as informações da 2ª vigência (dados não cumulativos).

Orientações para Considerações e Recomendações:Registrar considerações e recomendações sobre as ações: Garantir visitas domiciliares para todas as famílias cadastradas; Garantir vacinação e pesagem das crianças; Garantir acompanhamento das gestantes mediante consultas de prénatal; Intensificar ações Inter setoriais envolvendo Unidades Básicas e os serviços de referência da Assistência Social; Alimentar o Banco de dados Bolsa Família.

3.1 Valor 41,13 **%**

3.a. Numerador: 190 *(Número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil de saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano x 100)*

3.b. Denominador: 462 *(Número total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano)*

3. 2 Considerações e recomendações

A unidade está fazendo busca ativa de todas as famílias cadastrada no programa Bolsa Família, mas grande parte ainda não foi localizada; para as famílias cadastradas na unidade, é feita busca ativa para vacinação e pesagem das crianças. Porém, muitas crianças não compareceram, ainda que houvesse insistência por parte dos ACS de que elas fossem trazidas à unidade. Incluindo as famílias parcialmente acompanhadas, alcançamos 250 famílias (54,11%). O

5. Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada

Relevância do Indicador: "A Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada (código SIASUS 01.01.02.0031) é descrita como "escovação dental com ou sem evidenciação de placas bacterianas. Realizada com grupos populacionais sob orientação e supervisão de um ou mais profissionais de saúde. Ação registrada por usuário por mês, independente da freqüência com que é realizada (diária, semanal, quinzenal, mensal, ou duas, três ou quatro vezes por ano) ou da freqüência com que o usuário participou da ação".

Meta: Meta municipal: 0,6 em 2015 e incremento de 0,1% ao ano, chegando em 2017 a 0,8%. Para o município de Campinas alcançar a meta estipulada de 0,6%, teríamos que realizar 6.000 procedimentos por mês, ou seja, seria necessário para cada uma das 63 Unidades de Saúde, realizar 100 procedimentos ao mês para alcançar a meta.

Cálculo: Nº de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local em 12 meses/12 x 100 / População total no mesmo local e período.

***Fonte : N*umerador:** E-SUS-AB Para composição do numerador é importante que a Unidade faça anotações no livro de registros de "escovação supervisionada" de controle mensal e realize a somatória de pessoas beneficiadas pela ação, pois no relatório do ESUS, o resultado corresponde ao quantitativo de ações coletivas realizadas, não a quantidade de pessoas que realizaram a escovação supervisionada.

Caso queira visualizar o relatório: para acessar o Sistema ESUS em ambiente de produção: https://esus.campinas.sp.gov.br/#/pec >> Login (número do CPF sem -) >> senha (primeiro acesso número do CNS profissional) após será solicitado para alterar a senha >> Botão: Relatórios >> Relatório de atendimentos >> Escolha a equipe pelo INE (Identificador nacional de equipe) ou todas as equipes >> Escolha o período e clique em imprimir. O arquivo aparecerá na tela para leitura (caso o pop esteja bloqueado, ajuste para permitir exibição)

Orientações para Considerações e Recomendações: Para o Ministério da Saúde a população de referência como denominador é 100%, sabemos que seria inviável uma ação que fosse tão abrangente, para isso, historicamente Campinas sempre disponibilizou atividades educativas e preventivas de saúde bucal nas Instituições de ensino cadastradas, cabendo ao planejamento local, a identificação da faixa etária alvo e o conjunto de ações previstas.

5.1 Valor 0,36 **%**

5.1a. Numerador: 38 *(Nº de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local em 12 meses)*

5.1b. Denominador: 10.593 *(População total no mesmo local e período)*

5.2 Selecione todas as ações que a unidade realiza, em relação as ações coletivas de Saúde Bucal:

- ☒ 5.2.1. A Unidade realiza planejamento das Ações Coletivas de Saúde Bucal no território, bem como estipula metas para a equipe.
- ☒ 5.2.2. Para as Ações Coletivas de Saúde Bucal em Instituições de ensino, a Unidade previamente realiza contato com a Instituição, apresenta o Projeto para Diretores, professores e pais de alunos, bem como realiza o agendamento das ações, com envolvimento dos profissionais (CD, TSB, ASB, ACS)
- ☒ 5.2.3. Realiza em conjunto com as Ações de Escovação Dental Supervisionada, avaliação.
- ☒ 5.2.4. A Unidade realiza fluxo de solicitação de insumos de prevenção em saúde bucal, acompanha o adequado registros dos dados para monitoramento das metas.
- ☐ 5.2.5. Não realiza.
- ☐ 5.2.6. Outro:

5.3 Considerações e recomendações

Desde o segundo semestre de 2016 a unidade se reestruturou para reiniciar as ações de escovação. Com apenas 1 dentista e ASB para um território com uma população estimada de 15000 habitantes (há uma divergência com o CENSO devido a novos empreendimentos imobiliários e novas ocupações no território), há dificuldade de manter as ações. Porém, a equipe de saúde optou por priorizá-las, em detrimento do atendimento de urgências odontológicas

6. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos

Relevância do Indicador: Para que possamos compreender melhor este indicador, ele está relacionado com o acesso à assistência odontológica, ao cuidado odontológico e implantação de uma estratégia de promoção e prevenção à saúde bucal, antecipação ao dano para as populações vulneráveis, intensificação de métodos de prevenção junto à comunidade na transversalidade da saúde bucal, no fluxo dos encaminhamentos para especialidades, em destaque para a endodontia.

Para uma análise mais adequada do indicador é importante que seja considerada a faixa etária das exodontias de dentes permanentes, quanto mais jovens perdendo dentes, mais negativo será o indicador, em comparação com uma população com perdas dentárias acima dos 60 anos de idade.

Meta: Meta municipal Reduzir em 30% nos 4 anos o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos, chegando a 9,57% em 2017 (fator de redução anual de 8,53% ao ano)

Cálculo: Nº total de extrações dentárias em determinado local e período x 100 / Número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período.

Fonte: Centros de Saúde utilizando o Sistema ESUS-AB: ESUS-AB para acessar o Sistema ESUS-AB em ambiente de produção: https://esus.campinas.sp.gov.br/#/pec >> Login (número do CPF sem) >> senha (primeiro acesso número do CNS profissional) após será solicitado para alterar a senha >> Botão: Relatórios >> Relatório de procedimentos >> Escolha a equipe pelo INE (Identificador nacional de equipe) ou todas as equipes >> Escolha o período e clique em imprimir. O arquivo aparecerá na tela para leitura (caso o pop esteja bloqueado, ajuste para permitir exibição).

Numerador: Códigos: 0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE 0414020146 EXODONTIA MULTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE

Denominador: Do total de procedimentos listados no relatório de procedimentos ESUS, deveremos considerar: ACESSO A POLPA DENTÁRIA E MEDICAÇÃO; APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE) ;APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE); APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO) ; CAPEAMENTO PULPAR; CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO ; EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA ; EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE; PULPOTOMIA DENTÁRIA; RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE); RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE); RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR; RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR; SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA; Caso seja acrescentado no atendimento odontológico algum dos procedimentos abaixo relacionados, estes também deverão compor o denominador: 0307020037 Obturação de dente decíduo; 0307020070 Raspagem coronorradicular (por sextante); 0414020073 Curetagem periapical; 0414020146 Exodontia Múltipla com alveoloplastia por sextante; 0414020154 Gengivectomia (por sextante); 0414020162 Gengivoplastia (por sextante); 0414020243 Reimplante e transplante dental (por elemento); 0414020367 Tratamento cirúrgico para tracionamento dental; Realiza-se a somatória dos quantitativos para compor o denominador.

Orientações para Considerações e Recomendações:Descrever como a unidade faz para:

1. Ampliar ações de promoção e prevenção à Saúde Bucal;
2. Garantir acesso à população de maior risco e vulnerabilidade;
3. Garantir acolhimento de 100% das urgências odontológicas durante todo o período de funcionamento da unidade ;
4. Garantir acolhimento humanizado (a 100%) da demanda espontânea em tempo integral de funcionamento da Unidade;
5. Garantir agendamento de consultas eletivas à população vulnerável (Hipertenção Arterial Sistêmica HAS/ Diabetes Mellitus DM) cadastrada de acordo com os critérios de risco estabelecidos.

6.1 Valor 13,91 **%**

6.1a. Numerador: 68 *(Nº total de extrações dentárias em determinado local e período)*

6.1b. Denominador: 489 *(Número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período)*

6.2 Selecione todas as ações que a unidade realiza, em relação à endodontia:

- ☑ 6.2.1. A Unidade realiza classificação de risco para atendimento assistencial em Saúde Bucal
- ☑ 6.2.2. Para a população considerada de alto risco em Saúde Bucal, a equipe intensifica ações individuais de educação e prevenção
- ☑ 6.2.3. A Unidade classifica risco para priorizar o encaminhamento à endodontia
- ☐ 6.2.4. Não realiza.
- ☐ 6.2.5. Outro: _____

6.3 Considerações e recomendações

Foram 68 exodontias para o total de 489 procedimentos. Com apenas 1 dentista e ASB para um território com uma população estimada de 15000 habitantes, há dificuldade de manter o atendimento de forma adequada. A equipe de saúde optou por priorizar as ações de prevenção, em detrimento do atendimento de urgências odontológicas na UBS. Assim, conseguimos aumentar consideravelmente o indicador de escovação dental

OBJETIVO 1.2 GARANTIR ACESSO DA POPULAÇÃO A SERVIÇOS DE QUALIDADE, COM EQUIDADE E EM TEMPO ADEQUADO AO ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE, MEDIANTE APRIMORAMENTO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA E DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Meta Municipal 1.a – Proporção de unidades básicas com ações de territorialização, promoção da saúde e intersetorialidade.

Relevância do Indicador: Tem por finalidade garantir mapeamento de áreas de vulnerabilidade, situações de risco, bem como pacientes que devem ser monitorados, território vivo.

Meta:100% (todas as equipes com território 100% mapeado) (ambito municipal)

Fonte: Mapa das áreas e microáreas das Equipes de Estratégia de Saúde da Família ACS

Orientações para Considerações e Recomendações: Territorialização: A unidade possui mapa do território atualizado com os setores censitários categorizados segundo risco e vulnerabilidades, agrupados em microáreas, com vinculação de Agentes comunitários de Saúde/ ESF a partir desta lógica? A unidade mantém cadastro atualizado de domicílios e famílias do território, com identificação de riscos e vulnerabilidades? Situação atual dos cadastros domiciliares em % da população alvo. Descrever as estratégias e metas mensais utilizadas para cadastramento.

Meta Municipal 1.a.1 – Selecione as ações que são realizadas em relação as ações de territorialização, promoção da saúde e intersetorialidade.

- ☑ 1.a.1.1. A unidade possui mapa do território atualizado com os setores censitários categorizados segundo risco e vulnerabilidades, agrupados em microáreas, com vinculação de Agentes comunitários de Saúde/ ESF a partir desta lógica.
- ☐ 1.a.1.2. Manter cadastro atualizado de domicílios e famílias do território, com identificação de riscos e vulnerabilidades.
- ☑ 1.a.1.3. Manter cadastro atualizado dos equipamentos sociais do território: equipamentos governamentais, não governamentais, ONGs, Pastorais, Escolas e outras instituições, potenciais parceiras da Saúde em projetos intersetoriais
- ☑ 1.a.1.4. Implementar/ manter Núcleo de Saúde Coletiva nas Unidades de Saúde, com planejamento e avaliação das ações da Vigilância em Saúde
- ☑ 1.a.1.5. Manter, estimular e qualificar as ações de combate ao sedentarismo, bem como as Práticas Integrativas de Saúde.
- ☐ 1.a.1.6. Não realiza.
- ☑ 1.a.1.7. Outro: Está atualizando o cadastro de domicílios e famílias do território, com identificação de riscos e

Meta Municipal 1.a.2– Selecione a alternativa que mostra o funcionamento do Núcleo de Saúde Coletiva na unidade:

- ○ 1.a.2.1. Funcionando sistematicamente e de forma articulada com as ações de vigilância e planejamento.
- ◉ 1.a.2.2. Funcionando Parcialmente, mas ainda de forma incipiente, sem encontros regulares e/ou com pendências.
- ○ 1.a.2.3. Não está funcionando.

Meta Municipal 1.a.3 Considerações e recomendações

Situação atual dos cadastros domiciliares é de 76% da população-alvo, porém com cadastros incompletos. Os cadastros domicilares tem sido feitos com certa lentidão dado o excesso de atividades dos ACS, o déficit de 1 agente para cada equipe e a necessidade de se preencher 3 cadastros (CABWES, e-SUS e SIGA). Ademais, eles haviam sido feitos nas planilhas do e-sus que não puderam ser digitadas pela IMA e retornaram à unidade. Assim, foi delegado aos ACS que retornassem aos domicílios para novamente cadastrar as famílias, dessa vez digitando diretamente no e-SUS e na planilha de monitoramento da unidade (planilha no Google Drive com dados de saúde e de vulnerabilidade de todos

DIRETRIZ 2

Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontossocorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.

OBJETIVO 2.1 IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

12. Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado

Relevância do Indicador: Possibilita o acompanhamento e monitoramento do SISNOV para garantir a atenção e proteção às pessoas em situação de risco.

Meta: Meta da unidade: 100% dos casos de violências atendidos e notificados no SISNOV.

Cálculo: nº de notificações no Serviço no período.

Fonte: SISNOV

Orientações para Considerações e Recomendações: Registrar considerações e recomendações. Ações: Acolher, assistir e notificar os casos de pessoas em risco ou submetidas a violência. Liberar profissionais para capacitação e multiplicar capacitação local através de profissionais capacitados.

12.1 Valor 7 *notificações*

12.2 Considerações e recomendações

Foi feita no início de 2017 reunião geral com sensibilização da equipe para notificação dos casos. Posteriormente, aproveitando o mês de campanha de violência contra a mulher, foi feita sensibilização dos profissionais e roda de conversa com a comunidade. Todos os profissionais passaram então a notificar os casos no SISNOV e a ter um olhar mais sensível para a condução dos casos de violência. Desse modo, passamos de zero notificações em 2016

DIRETRIZ 3

Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

OBJETIVO 3.1 FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE PREVENÇÃO, DETECÇÃO PRECOCE E TRATAMENTO OPORTUNO DO CÂNCER DE MAMA E DO COLO DE ÚTERO.

18. Cobertura de exames Citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos

Relevância do Indicador: avaliar o acesso a exames preventivos para câncer de colo de útero na população feminina na faixa etária 25 a 64 anos.

Meta: ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada 3 anos. Cada Serviço deverá elaborar uma meta numérica (percentual) de aumento. É esperado que este valor seja elaborado junto com a equipe considerandose os diversos fatores que envolvem a ação – Capacidade instalada (física e de recursos humanos).

Cálculo: número de exames de CO em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos/(população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos/3) X 100. ACUMULATIVO.

Fonte: Numerador: Livro de Registro de coletas de CO da Unidade (eSUS não fornece total de coletas de CO por faixa etária);Denominador: população 2015 (estimada) por faixa etária e sexo (Tabnet).

Orientações para Considerações e Recomendações: Apontar: como se dá a oferta de coleta deste exame (agenda, quais profissionais envolvidos na coleta, demanda espontânea, capacidade física, realização de campanhas e mutirões e necessidade de capacitação); apontar as ações necessárias para o alcance da meta.

18.1 Valor 7,04 **%**

18.1a. Numerador: 186 *(número de exames de CO em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos)*

18.1b. Denominador: 2.642 *(população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos)*

18.2 Considerações e recomendações

A oferta de coleta deste exame é por agendamento com médicos de família ou enfermeiros e demanda espontânea de casos atrasados ou com queixas. Este ano foram feitas 186 coletas. São ofertadas em média 3328 consultas ao ano (um período por profissional) para uma população feminina de 2462, sendo suficiente. A unidade também realiza campanhas e mutirões para alcançar um maior contingente de mulheres. Para o alcance da meta,

Meta Municipal 3.a Monitorar e tratar adequadamente 100% das lesões de colo uterino diagnosticadas

Relevância do Indicador: Saber se está sendo oferecido seguimento (mesmo que retorno na própria unidade) e tratamento a todas as mulheres com diagnóstico de alterações/lesões de colo (NIC I, II e III, ASCUS, AGUS).

Meta: 100% das alterações/lesões de colo uterino em acompanhamento/tratamento.

Cálculo: Total de mulheres que foram tratadas e ou acompanhadas por lesão em colo de útero (NIC I, II e III, ASCUS, AGUS)/ Total de exames alterados X 100. ACUMULATIVO.

Fonte: Livro de Registro de coletas de CO da Unidade. Considerar todos os exames alterados, independente da faixa etária.

Orientações para Considerações e Recomendações: Apontar: ações desenvolvidas pela Unidade para garantir acesso ao tratamento no prazo de 60 dias após o diagnóstico. Relatar como é realizado o monitoramento e seguimento dos casos (colposcopias, consultas de retorno, encaminhamento para especialidade e contrareferência); informar sobre a implantação do SISCAN (na Unidade); necessidade de capacitação; apontar recomendações de melhoria para qualificação desta meta, tanto dentro da Unidade quanto na rede de saúde.

Meta Municipal 3.a.1 Valor 0,00 **%**

3.a.1.a Numerador: 0 *(Total de mulheres que foram tratadas e ou acompanhadas por lesão em colo de útero (NIC I, II e III, ASCUS, AGUS))*

3.a.1.b Denominador: 0 *(Total de exames alterados)*

Meta Municipal 3.a.2 Considerações e recomendações

Para garantir acesso ao tratamento no prazo de 60 dias após o diagnóstico fazemos convocação, visita domiciliar, discussão do caso em reunião de equipe. A equipe monitora como está sendo o cuidado do paciente, porém não recebemos contra-referência. No entanto, NÃO recebemos NENHUM resultado de CO coletado no ano de 2017. Para melhoria do cuidado aos usuários é necessário fortalecer a relação dos serviços de especialidade com a AB.

19. Razão de exames de mamografia de rastreamento mulheres de 50 a 69 anos

Relevância do Indicador: medir o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer de mama nas mulheres de 50 69 anos para detecção precoce e tratamento oportuno ao câncer de mama. Avaliar a capacidade de captação destas mulheres pela UBS.

Meta: ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos com mamografia a cada 2 anos.

Cálculo: número de mamografias realizadas em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos/(população feminina na faixa etária de 5069 anos/2)x 100. ACUMULATIVO.

Fonte: Numerador: Livro de Registro das mamografias da Unidade; Denominador: população 2015 (estimada) por faixa etária e sexo (Tabnet).

Orientações para Considerações e Recomendações: Apontar: como se dá a oferta de exames de rastreamento de mamografia (quais profissionais solicitam, realiza exame clínico das mamas nas mulheres acima dos 40 anos, realiza campanhas e mutirões, orienta o autoexame de mama); apontar se faz busca ativa de mulheres na faixa etária que não estão realizando mamografia; analisar o número de casos (doenças e óbitos) na área de abrangência do CS; registrar o número de mamografias em fila de espera.

19.1 Valor 8,16 **%**

19.1a. Numerador: 48 *(número de mamografias realizadas em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos)*

19.1b. Denominador: 588 *(população feminina na faixa etária de 50 a 69 anos)*

19.2 Considerações e recomendações

A mamografia de rastreamento, por meio de determinação da PMC, é solicitada a partir dos 50 anos, exceto em casos especiais. O exame de mamas é realizado nas consultas e ensinado às pacientes. A unidade não faz busca ativa de mulheres na faixa etária que não estão realizando mamografia por ora. Número de mamografias em fila de espera 4.

OBJETIVO 3.2 ORGANIZAR A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNA E INFANTIL PARA GARANTIR ACESSO, ACOLHIMENTO E RESOLUTIVIDADE.

21. Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de prénatal

Relevância do Indicador: Medir a cobertura e o acesso, acolhimento e resolutividade à atenção da saúde materna e infantil.

Meta: Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas de pré natal.

Cálculo: número de nascidos vivos de mães residentes no território com 7 ou mais consultas no PN/número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período X 100. ACUMULATIVO.

Fonte: SINASC (Tabnet).

Orientações para Considerações e Recomendações: Apontar: descrever como faz busca ativa das gestantes faltosas cadastradas na Unidade; como a unidade garante as consultas de prénatal e puerpério (agenda específica); analisar a relação de gestantes acompanhadas pelo serviço e pela saúde suplementar; de que forma oferece ações de Planejamento Familiar; apontar necessidade de capacitação para os profissionais; lembrar de apontar as perdas de médicos GO e generalista, ACSs, enfermeiros e outros; descrever como faz gestão do processo de trabalho para garantir aumento deste indicador; analisar a disponibilidade de oferta do teste rápido de gravidez.

21. 1 Valor 84,38 **%**

21.1a. Numerador: 27 *(número de nascidos vivos de mães residentes no território com 7 ou mais consultas no PN)*

21.1b. Denominador: 32 *(número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período)*

21.2 Selecione as ações que são realizadas em relação as consultas de prénatal:

- ☐ 21.2.1. Realiza teste rápido de gravidez na Unidade, no momento da procura;
- ☐ 21.2.2. Utiliza o cadastro do SISPRENATAL;
- ☐ 21.2.3. Faz classificação de risco;
- ☐ 21.2.4. Faz busca ativa das gestantes faltosas cadastradas na Unidade.

21.3 Considerações e recomendações

a busca ativa das gestantes faltosas cadastradas na Unidade é feita mediante visita domiciliar; as consultas de pré-natal e puerpério são reservadas nas agendas de médico e enfermeiro segundo previsão; a saúde suplementar não envia para a unidade os dados das gestantes acompanhadas, de modo que o pré-natal é feito de forma regular na unidade para evitar perda da gestante; ações de Planejamento Familiar são ofertadas sistematicamente por

Novo Ind. 21A. Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas de 10 a 19 anos

Relevância do indicador: *Este indicador nos permite estimar os nascidos vivos em condições de risco associado a idade materna, riscos biológicos associados a prematuridade e ao baixo peso ao nascer, quanto ao risco social, devido a necessidade de apoio social e econômico.*
Permite em conjunto com outros indicadores relacionar a frequência da gravidez precoce com as condições sociais e econômicas da população, contribuindo assim no planejamento das ações voltadas a saúde reprodutiva, pré-natal, parto e proteção da criança.

Meta: Diminuir a proporção de nascidos vivos de mães na faixa etária de 10 a 19 anos.

Cálculo: número de nascidos vivos de mães na faixa etária de 10 a 19 anos /número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período X 100. ACUMULATIVO.

Fonte: SINASC (Tabnet).

Orientações para Considerações e Recomendações: Apontar: descrever como faz busca ativa das gestantes adolescentes; como a unidade garante as consultas de prénatal e puerpério (agenda específica) para estas gestantes adolescentes; de que forma oferece ações de prevenção de gravidez na adolescência; apontar necessidade de capacitação para os profissionais para trabalhar com adolescentes; lembrar de apontar as perdas de médicos GO e generalista, ACSs, enfermeiros e outros; descrever como faz gestão do processo de trabalho para garantir diminuição deste indicador; analisar a disponibilidade de oferta do teste rápido de gravidez.

21A. 1. Valor 13 **%**

21A.1Aa. Numerador: 4 *(número de nascidos vivos de mães na faixa etária de 10 a 19 anos)*

21A.1Ab. Denominador: 32 *(número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período)*

21A.2 Selecione as ações que são realizadas em relação as consultas de prénatal:

- ▣ 21A.2.1. Realiza teste rápido de gravidez na Unidade, no momento da procura;
- ▣ 21A.2.2. Utiliza o cadastro do SISPRENATAL;
- ▣ 21A.2.3. Faz classificação de risco;
- ▣ 21A.2.4. Faz busca ativa das gestantes adolescentes.
- ▣ 21A.2.5. Realiza ações de prevenção de gravidez na adolescência

21A.3 Considerações e recomendações

A busca ativa das gestantes adolescentes ocorre do mesmo modo que as demais gestantes, seja por contato telefônico ou Visita domiciliar; as consultas de prénatal e puerpério são garantidas na rotina da agenda dos médicos de família e enfermeiros, como para as demais gestantes. As ações de prevenção de gravidez na adolescência estão sendo planejadas com dificuldade, e a unidade possui um projeto conjunto com o NASF de

22. Número de testes de sífilis por gestante

Relevância do Indicador: expressa a qualidade do prénatal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e durante o parto.

Meta: realizar dois testes de sífilis (*) nas gestantes usuárias do SUS, durante o prénatal.

Cálculo: Número total de testes de sífilis realizados em gestantes que tiveram parto no período (somando 1º e 2º exames)/Número total de gestantes que tiveram parto no mesmo período. ACUMULATIVO.

Fonte: registro interno da unidade.

Orientações para Considerações e Recomendações: Apontar: como se dá a oferta de exames no início do prénatal e por volta 28ª semana de gestação;quais estratégias a unidade utiliza para tratar e acompanhar as gestantes com sífilis, assim como investigar, tratar e acompanhar os parceiros com sífilis.
(*) considerar testes de sífilis a sorologia para sífilis em gestante ou o teste rápido de sífilis

22.1 Valor 159,38 **%**

22.1a. Numerador: 51 *(Número total de testes de sífilis realizados em gestantes que tiveram parto no período (somando 1º e 2º exames))*

22.1b. Denominador: 32 *(Número total de gestantes que tiveram parto no mesmo período)*

22.2 Selecione as ações que são realizadas em relação as consultas de prénatal:

- ▣ 22.2.1. Reserva a agenda para início do prénatal,
- ▣ 22.2.2. Prioriza nos dias de coleta os exames de gestante,
- ▣ 22.2.3. Faz busca ativa dos resultados alterados.
- ☐ 22.2.4. Não realiza.
- ☐ 22.2.5. Outro:

22.3 Considerações e recomendações

São ofertados exames no início do pré-natal e por volta 28ª semana de gestação e 3 testes rápidos de sífilis intercalados com estes. A unidade realiza visita domiciliar, convocação e oferta de teste rápido para identificação e tratamento precoces. Apesar disso, no ano de 2016 11 gestantes não fizeram nenhuma sorologia de sífilis na gestação, sendo que em uma delas conseguimos fazer o teste rápido no domicílio. Assim, observa-se que a oferta

_____
_____

23. Número de óbitos maternos

Relevância do Indicador: Avaliar a assistência ao PN, ao parto e puerpério, medindo a cobertura e o acesso, acolhimento e resolutividade à atenção da saúde materna e infantil.

Meta: Reduzir o número de óbitos maternos.

Cálculo: número absoluto de óbitos maternos. ACUMULATIVO.

Fonte: SIM (Tabnet). Selecionar como causa Cap. XV da CID 10.

Orientações para Considerações e Recomendações: Quais ações são realizadas para garantir a assistência qualificada no PN (exames, vacinas conforme protocolo e grupos educativos);Como garante encaminhamento ao PN de alto risco quando necessário e como mantém o acompanhamento destas gestantes;Registrar se há participação no Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil;Relatar como realiza o atendimento adequado às intercorrências na gravidez; registrar a classificação dos óbitos (EVITÁVEL ou INEVITÁVEL).

23.1 Valor 0 *óbitos maternos*

23.2 Considerações e recomendações

É realizado o PN conforme o protocolo do MS. As gestantes de alto risco são encaminhadas ao PNAR mas mantém acompanhamento regular na unidade. Há participação no Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil.

24. Mortalidade Infantil

Relevância do Indicador: Avaliar o acesso das crianças menores de 1 ano ao acompanhamento de puericultura nos serviços de saúde.

Meta: reduzir a mortalidade infantil.

Cálculo: informar o número absoluto de óbitos em menores de 1 ano no período. ACUMULATIVO.

Fonte: SIM (Tabnet).

Orientações para Considerações e Recomendações: Apontar: Como realiza as investigações de óbitos; apontar se possui Núcleo de Saúde Coletiva na Unidade e se os casos são considerados “eventos sentinelas” e discutidos com a equipe; descrever a classificação dos óbitos do Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil (EVITÁVEL ou INEVITÁVEL).

24.1 Valor 0 *óbitos em menores de 1 ano*

24.2 Considerações e recomendações

A unidade participa do comitê de mortalidade materno-infantil do distrito de saúde norte, estando envolvida nas discussões dos óbitos da unidade, quando ocorrem; possui Núcleo de Saúde Coletiva na Unidade e os casos são considerados eventos sentinelas e discutidos com as equipes

25. Proporção de óbitos infantis e fetais investigados

Relevância do Indicador: Identificar determinantes que originaram o óbito, com o objetivo de adotar medidas direcionadas a resolver o problema, evitando a ocorrência de eventos similares.

Meta: investigar 100% dos óbitos infantis e fetais.

Cálculo: Total de óbitos infantis e fetais do período investigados/Total de óbitos infantis e fetais ocorridos no período X 100. ACUMULATIVO.

Fonte: Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil e SIM (Tabnet).

Orientações para Considerações e Recomendações: Apontar: Como realiza as investigações de óbitos; apontar se possui Núcleo de Saúde Coletiva na Unidade e se os casos são considerados "eventos sentinelas" e discutidos com a equipe; descrever a classificação dos óbitos do Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil (EVITÁVEL ou INEVITÁVEL).

25.1 Valor 0,00 **%**

25.1a. Numerador: *(Total de óbitos infantis e fetais do período investigados)*

25.1b. Denominador: 0 *(Total de óbitos infantis e fetais ocorridos no período)*

25.2 Considerações e recomendações

A unidade participa do comitê de mortalidade materno-infantil do distrito de saúde norte, estando envolvida nas discussões dos óbitos da unidade, quando ocorrem; possui Núcleo de Saúde Coletiva na Unidade e os casos são considerados eventos sentinelas e discutidos com as equipes.

26. Proporção de óbitos maternos investigados

Relevância do Indicador: identificar a causa do óbito materno e o que a originou com o objetivo de evitar a ocorrência de eventos similares.

Meta: investigar 100% dos óbitos maternos.

Cálculo: Total de óbitos maternos investigados/Total de óbitos maternos ocorridos no período X 100. ACUMULATIVO.

Fonte: Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil e SIM (Tabnet).

Orientações para Considerações e recomendações: Apontar: Como a equipe faz para investigar os óbitos maternos; se possui Núcleo de Saúde Coletiva na Unidade e se os casos são considerados eventos sentinelas e discutidos com a equipe; descrever a classificação dos óbitos do Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil (EVITÁVEL ou INEVITÁVEL).

26.1 Valor 0,00 **%**

26.1a. Numerador: *(Total de óbitos maternos investigados)*

26.1b. Denominador: 0 *(Total de óbitos maternos ocorridos no período)*

26.2 Considerações e recomendações

A unidade participa do comitê de mortalidade materno-infantil do distrito de saúde norte, estando envolvida nas discussões dos óbitos apontados.

27. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados

Relevância do Indicador: Detectar casos de óbitos maternos não declarados, ou descartar, após investigação, a possibilidade dos óbitos dessas mulheres terem sido maternos, independente da causa declarada no registro original.

Meta: Investigar 90% dos óbitos maternos.

Cálculo: Total de óbitos em mulher em idade fértil (1049 anos) investigados/Total de óbitos em mulheres em idade fértil X 100. ACUMULATIVO.

Fonte: Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil e SIM (Tabnet).

Orientações para Considerações e recomendações: Apontar: Como a equipe faz para investigar os óbitos de mulheres em idade fértil.

27.1 Valor 100,00 **%**

27.1a. Numerador: 1 *(Total de óbitos em mulher em idade fértil (10a49 anos) investigados)*

27.1b. Denominador: 1 *(Total de óbitos em mulheres em idade fértil)*

27.2 Considerações e recomendações

A unidade participa do comitê de mortalidade materno-infantil do distrito de saúde norte, estando envolvida nas discussões dos óbitos apontados. Houve 1 óbito no período, não relacionado a gestação ou parto.

28. Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano

Relevância do Indicador: Ajuda a analisar a qualidade do prénatal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e também durante o parto.

Meta: Reduzir a incidência de sífilis congênita.

Cálculo: Número absoluto de casos de sífilis em menores de 1 ano de idade. ACUMULATIVO.

Fonte: VISA Distrital (SINANNET)

Orientações para Considerações e Recomendações: Apontar: descrever como se deu a implantação do teste rápido de sífilis; como realiza busca ativa e tratamento efetivo das gestantes e parceiros; se existe articulação da Unidade com o Consultório na Rua.

28.1 Valor 0 *casos*

28.2 Considerações e recomendações

As equipes realizaram treinamento para a realização do teste rápido de sífilis no CTA. A unidade oferece o teste sistematicamente uma vez por semana e em outros momentos conforme a indicação. É feita busca ativa das gestantes e dos parceiros para tratamento adequado. Não há articulação com o Consultório na Rua mas ainda não houve caso em que tal articulação fosse necessária

DIRETRIZ 4

Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas

OBJETIVO 4.2 QUALIFICAR A ATENÇÃO, PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO.

Meta Municipal 4.c Ação: ter 100% das equipes recebendo matriciamento de uma unidade especializada de saúde mental ou de equipe de saúde mental da Atenção Básica.

Relevância do Indicador: avaliar o apoia às equipes de Estratégia de Saúde da Família pelos services de saude mental e/ou NASF

Meta: 100%

Cálculo: % de equipes matriciadas: nº de equipes PSF matriciadas pela saúde mental/ nº total de equipes x 100

Fonte: registro do serviço

Orientações para Considerações e recomendações: Descrever com qual freqüência as equipes de PSF recebem o matriciamento. Registrar considerações e recomendações.

Meta Municipal 4.c.1 Percentual de ESF que recebe matriciamento em Saúde Mental - Valor 100,00 **%**

4.c.1a. Numerador: 4 *(nº de equipes PSF matriciadas pela saúde mental)*

4.c.1b. Denominador: 4 *(nº total de equipes)*

Meta Municipal 4.c.2 Selecione as unidades que atuam em relação ao matriciamentose das ESF:

- ☑ 4.c.2.1. Equipe de Saúde Mental da Unidade
- ☑ 4.c.2.2. CAPS II e/ou CAPS III
- ☑ 4.c.2.3. CAPS AD II e/ou CAPS AD III
- ☑ 4.c.2.4. CAPSi CECCO NASF
- ☐ 4.c.2.5. Não possuem.
- ☐ 4.c.2.6. Outra:

Meta Municipal 4.c.3 Selecione quais ações de saúde são ofertadas aos usuários de saúde mental:

- ☑ 4.c.3.1. Consulta individual com profissional de saúde mental
- ☑ 4.c.3.2. Consulta médica individual (clínico, GO, pediatra, médico generalista)
- ☑ 4.c.3.3. Atendimentos compartilhados na ESF
- ☑ 4.c.3.4. Grupos
- ☑ 4.c.3.5. Visitas Domiciliares
- ☐ 4.c.3.6. Atendimentos compartilhados com serviços especializados (CAPSi, CAPS II OU III, CAPS AD, CECCOS, CnaR)
- ☑ 4.c.3.7. Intersetoriais
- ☐ 4.c.3.8. Não realiza.
- ☑ 4.c.3.9. Outro: Atendimento compartilhado e discussão de caso com residencia de psiquiatria e

Meta Municipal 4.c Considerações e recomendações

O psicólogo do NASF realiza matriciamento de todas as quatro equipes sistematicamente ao menos uma vez por semana. A Psiquiatra de referência realiza matriciamento para todas as equipes, em intervalos conforme demanda. Os serviços externos fazem visitas sistemáticas à unidade. Há implantação da PIES, com residência de psiquiatria (R3) e Multiprofissional de saúde mental (R2)

Meta Municipal 4.g.1.a Quantos casos de adultos usuários de álcool e outras drogas são acompanhados pela unidade? - Valor 14 *casos*

Meta Municipal 4.g.1.b Qual a fonte para a coleta de quantos casos de adultos usuários de álcool e outras drogas são acompanhados pela unidade?

Dados obtidos com o CAPS AD e por registros internos da unidade.

Meta Municipal 4.g.2.a Quantos casos de usuários adultos com transtornos mentais são acompanhados pela unidade? – Valor 162 *casos*

Meta Municipal 4.g.2.b Qual a fonte para a coleta de quantos casos de usuários adultos com transtornos mentais são acompanhados pela unidade?

Dados obtidos com o CAPS III e por registros internos da unidade.

Meta Municipal 4.g.3.a Quantos casos de crianças e adolescentes com transtornos mentais são acompanhados pela unidade? - Valor 133 *casos*

Meta Municipal 4.g.3.b Qual a fonte para a coleta de quantos casos de crianças e adolescentes com transtornos mentais são acompanhados pela unidade?

Dados obtidos com o CAPSi, APAE e por registros internos da unidade.

Meta Municipal 4.g Considerações e recomendações

Os dados são subestimados e frágeis, haja vista que não dispomos de sistemas de informação confiáveis para obtenção dos dados, dependendo dos registros internos da unidade. Sugerimos ainda a definição com maior clareza do que é designado como transtorno mental para o monitoramento. Ainda assim, as equipes estão cadastrando os pacientes que consideram como quadros de distúrbios Saúde Mental para melhor

OBJETIVO 4.3 AMPLIAR AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL E REINSERÇÃO SOCIAL, E PROMOVER A ARTICULAÇÃO INTRA E INTER SETORIAL, ENGLOBANDO A PARTICIPAÇÃO SOCIAL.

Meta Municipal 4.f.1 Quantos usuários de Serviço Residencial Terapêutico existem na área de abrangência da unidade? - Valor 0 *usuários*

Meta Municipal 4.f.2 Quantos usuários de Serviço Residencial Terapêutico têm prontuário e seguimento de ações de atenção integral à saúde na unidade? - Valor 0 *usuários*

Meta Municipal 4.f Considerações e recomendações

Não há serviço residencial terapêutico no território

DIRETRIZ 5

Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção

OBJETIVO 5.1 MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DO IDOSOS E PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS MEDIANTE QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO E DAS REDES DE ATENÇÃO

30. Reduzir a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis DCNT

Relevância do Indicador: Contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNTs e em seus fatores de risco.

Meta: Reduzir a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças cronicas não transmissíveis (DCNTs – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias cronicas).

Cálculo (para Unidades de Saúde/Municípios com menos de 100 mil habitantes): Número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT (CID10: I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14)/população residente (de 30 a 69 anos) no mesmo local e período X 100.000

Fonte: Numerador: SIM (Tabnet).

Orientações para Considerações e Recomendações: Apontar qual atividade atividade de combate ao sedentarismo realiza; qual atividade de incentivo à alimentação saudável; Quantos cadastrosde idosos acamados ou limitados na locomoção;de que formatem o SISCAN implantado na Unidade; de que forma faz busca ativa e acompanhamento dos egressos de internações hospitalares/pronto atendimento.

30. 1 Reduzir a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis DCNT - Valor 22,91

30.1a. Numerador: 1.000 *(Número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT (CID10: I00I99; C00C97; J30; J98; E10 E14))*

30.1b. Denominador: 4.364 *(população residente (de 30 a 69 anos) no mesmo local e período)*

30.2 Selecione as ações realizadas em relação a reduzir a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis DCNT :

- ■ 30.2.1. Desenvolve pelo menos uma atividade de combate ao sedentarismo.
- ■ 30.2.2. Desenvolve pelo menos uma atividade de incentivo à alimentação saudável.
- ■ 30.2.3. Possui cadastro e atende no domicílio, idosos acamados ou limitados na locomoção.
- ■ 30.2.4. Realiza imunização contra Gripe para estes pacientes.
- ☐ 30.2.5. Tem o SISCAN implantado na Unidade.
- ■ 30.2.6. A unidade tem classificação por grau de risco para os hipertensos e diabéticos.
- ■ 30.2.7. A Unidade tem ofertas de grupos educativos e/ou práticas integrativas para corroborar com o acompanhamento destes pacientes.
- ■ 30.2.8. Faz Projeto Terapêutico Singular para os pacientes de maior vulnerabilidade.
- ■ 30.2.9. Faz busca ativa e acompanhamento dos egressos de internações hospitalares/pronto atendimento.
- ☐ 30.2.10 Não realiza.
- ☐ 30.2.11 Outro:

30.3 Comentários e Recomendações

Houve 1 óbito de um total de 4364 pessoas na faixa etária de 30 a 69 anos. A unidade desempenha atividades de combate ao sedentarismo e incentivo à alimentação saudável por meio do grupo de hiperdia e do grupo de convivência Estar Bem, que ocorre semanalmente. A unidade oferece Lian Gong e suas equipes realizam Projeto Terapêutico Singular para os pacientes de maior vulnerabilidade. A unidade realiza busca ativa dos egressos de

30.4 HIPERTENSOS

Relevância do Indicador: Contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNTs e em seus fatores de risco.

Meta: 100%

Cálculo: nº total de hipertensos cadastrados/nº de hipertensos estimados (21,4% da população acima de 18 anos) x 100

Fonte: Numerador: Cadastro na unidade. Denominador: SIM (Tabnet).

Orientações para Considerações e Recomendações: Indicar a fonte do cadastro. A Planilha Excel de Apoio ao RDQA contém o número de pacientes hipertensos esperado para área de abrangência da Unidade (Método de Cálculo: 21,4% da população acima de 18 anos*) Fonte da população: TABNet).

30.4.1HIPERTENSOS –Valor 35,90 **%**

30.4.1a. Numerador: 523 *(nº total de hipertensos cadastrados)*

30.4.1b. Denominador: 1.457 *(nº de hipertensos estimados(21,4% da população acima de 18 anos))*

30.4.2 Comentários e Recomendações

Os pacientes são cadastrados em planilha de monitoramento da unidade, onde são inseridos todos os pacientes e seus dados de saúde e vulnerabilidade. A planilha é usada para monitoramento dos casos e como fonte de dados (indicadores). Está em construção.

30.5 **DIABETES:**

Relevância do Indicador: Contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNTs e em seus fatores de risco.

Meta: 100%

Cálculo: nº total de diabéticos cadastrados/ nº de diabéticos estimados (6,9% da população acima de 18 anos) x 100

Fonte: Numerador: Cadastro na unidade. Denominador: Tabnet.

Orientações para Considerações e Recomendações: Indicar a fonte do cadastro. A Planilha Excel de Apoio ao RDQA contém o número de pacientes diabéticos (DM) esperado para área de abrangência da Unidade – indicar a fonte do cadastro.

30.5.1 DIABETES - Valor 61,06 **%**

30.5.1a Numerador: 287 *(nº total de diabéticos cadastrados)*

30.5.1b Denominador: 470 *(nº de diabéticos estimados (6,9% da população acima de 18 anos))*

30.5.2 Comentários e Recomendações

Os pacientes são cadastrados em planilha de monitoramento da unidade, onde seu inseridos todos os pacientes e seus dados de saúde e vulnerabilidade. A planilha é usada para monitoramento dos casos e como fonte de dados (indicadores). Está em construção

DIRETRIZ 7

Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde

OBJETIVO 7.1 FORTALECER A PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE 35 – PROPORÇÃO DE VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA COM COBERTURAS VACINAIS ALCANÇADAS (INFORMAÇÕES ACUMULADAS)

Relevância do Indicador:Evidencia se as vacinais que integram o Calendário Básico de Vacinação da Criança possuem cobertura de acordo com o preconizado pelo PNI, indicando a possível proteção contra as doenças imunopreveníveis.

Orientações para Considerações e Recomendações:A sala de vacina fica aberta, com profissional de enfermagem em todo horário de funcionamento da unidade?

1. Como é realizado o monitoramento e convocação de faltosos?
2. Há o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) implantado na sua unidade?
3. Como você avalia sua sala de vacina em relação a RH, estrutura física e climatização?
4. Houve descontinuidade no abastecimento de alguma vacina no quadrimestre? Qual(is)?

35a. Vacina BCG

Meta:90% de cobertura vacinal em menores de um ano.

Cálculo:Numerador: nº de doses aplicadas de BCG em < de um ano/ Denominador: População < de um ano x 100

Fonte:PNI (Visa), SINASC do ano anterior (Tabnet) Registrar o número absoluto de doses aplicadas até o quadrimestre. A cobertura vacinal com o símbolo % .

35a.1 Cobertura vacinal BCG – Valor 35,22 **%**

35a.1a. Numerador: 56 *(nº de doses aplicadas de BCG em < de um ano)*

35a.1b Denominador: 159 *(População < de um ano)*

35b. Vacina Influenza de 6 meses a < de 2 anos

Meta: 95% de cobertura vacinal em crianças de 6 meses até 1 ano, 11 meses e 29 dias

Cálculo: Numerador: nº de 1ª doses aplicadas de influenza na população de 6 meses a < 2 anos de idade/Denominador: população na mesma faixa etária (Nascidos Vivos do ano anterior multiplicado por 1,5) x 100

Fonte: PNI (Visa), SINASC do ano anterior (Tabnet) Registrar o número absoluto de doses aplicadas no quadrimestre e a cobertura vacinal com o símbolo %

35b.1 Cobertura vacinal Influenza- Valor 0,00 **%**

35b.1a. Numerador: 0 *(nº de 1ª doses aplicadas de influenza na população de 6 meses a < 2 anos de idade)*

35b.1b. Denominador: *(população na mesma faixa etária (Nascidos Vivos do ano anterior multiplicado por 1,5))*

35c. Vacina Rotavírus

Meta: 90% de cobertura vacinal em menores de um ano.

Cálculo: Numerador: nº de 2ª doses aplicadas de rotavírus em < de um ano/Denominador: População < de um ano x 100

Fonte: PNI (Visa), SINASC do ano anterior (Tabnet) Registrar o número absoluto de doses aplicadas até o quadrimestre e a cobertura vacinal com o símbolo %

35c.1 Cobertura vacinal Vacina Rotavírus – Valor 33,96 **%**

35c.1a. Numerador: 54 *(nº de 2ª doses aplicadas de rotavírus em < de um ano)*

35c.1b Denominador: 159 *(População < de um ano)*

35d. Vacina Pneumo 10

Meta: 95% de cobertura vacinal em menores de um ano.

Cálculo: Numerador: nº de 3ª doses aplicadas de Pneumocócica em < de um ano/ Denominador: População < de um ano x 100

Fonte: PNI (Visa), SINASC do ano anterior (Tabnet) Registrar o número absoluto de doses aplicadas até o quadrimestre e a cobertura vacinal com o símbolo %

35d.1 Cobertura vacinal Pneumo 10– Valor 34,59 **%**

35d.1a Numerador: 55 *(nº de 3ª doses aplicadas de Pneumocócica em < de um ano)*

35d.1b. Denominador: 159 *(População < de um ano)*

35e. Vacina Meningo C

Meta: 95% de cobertura vacinal em menores de um ano.

Cálculo: Numerador: nº de 2ª doses aplicadas de Meningocócica C em < de um ano/ Denominador: População < de um ano x 100

Fonte: PNI (Visa), SINASC do ano anterior (Tabnet) Registrar o número absoluto de doses aplicadas até o quadrimestre e a cobertura vacinal com o símbolo %

35e.1 Cobertura vacinal Meningo C- Valor 37,74 **%**

35e.1a. Numerador: 60 *(nº de 2ª doses aplicadas de Meningocócica C em < de um ano)*

35e.1b. Denominador: 159 *(População < de um ano)*

35f. Vacina Penta (+Tetra)

Meta: 95% de cobertura vacinal em menores de um ano.

Cálculo: Numerador: nº de 3ª doses aplicadas de Pentavalente (DTP, Hib, Hep B) em < de um ano/ Denominador: População < de um ano x 100

Fonte: PNI (Visa), SINASC do ano anterior (Tabnet) Registrar o número absoluto de doses aplicadas até o quadrimestre e a cobertura vacinal com o símbolo %

35f.1 Cobertura vacinal Penta (+Tetra)- Valor 37,74 **%**

35f.1a. Numerador: 60 *(nº de 3ª doses aplicadas de Pentavalente (DTP, Hib, Hep B) em < de um ano)*

35f.1b. Denominador: 159 *(População < de um ano)*

35g. Vacina Poliomielite

Meta: 95% de cobertura vacinal em menores de um ano.

Cálculo: Numerador: nº de 3ª doses aplicadas de Poliomielite em < de um ano/ Denominador: População < de um ano x 100

Fonte: PNI (Visa), SINASC do ano anterior (Tabnet) Registrar o número absoluto de doses aplicadas até o quadrimestre e a cobertura vacinal com o símbolo %

35g.1 Cobertura vacinal Vacina Poliomielite- Valor 36,48 **%**

35g.1a. Numerador: 58 *(nº de 3ª doses aplicadas de Poliomielite em < de um ano)*

35g.1b. Denominador: 159 *(População < de um ano)*

35h. Vacina Sarampo, Rubéola e Caxumba (SRC)

Meta: 95% de cobertura vacinal em menores de um ano.

Cálculo: Numerador: nº de 1ª doses aplicadas de Tríplice Viral aos 12 meses/ Denominador: Pop < de um ano x 100

Fonte: PNI (Visa), SINASC do ano anterior (Tabnet) Registrar o número absoluto de doses aplicadas até o quadrimestre e a cobertura vacinal com o símbolo % 77.

35h.1 Cobertura vacinal Vacina Sarampo, Rubéola e Caxumba (SRC) - Valor 32,70 **%**

35h.1a. Numerador: 52 *(nº de 1ª doses aplicadas de Tríplice Viral aos 12 meses)*

35h.1b. Denominador: 159 *(População < de um ano)*

35i. Vacina Influenza 60 anos e mais

Meta: 80% de cobertura vacinal anual.

Cálculo: Numerador: nº de doses aplicadas de influenza em >= 60 anos/ Denominador: População 60 anos e mais x 100

Fonte: PNI (Visa), IBGE estimativa do ano vigente (Tabnet) Registrar o número absoluto de doses aplicadasaté o quadrimestre e a cobertura vacinal com o símbolo %..

35i.1 Cobertura vacinal Influenza 60 anos e mais - Valor 0,00 **%**

35i.1a. Numerador: 0 *(nº de doses aplicadas de influenza em >= 60 anos)*

35i.1b. Denominador: *(População 60 anos e mais)*

35.2 Selecione as ações realizadas em relação a Cobertura Vacinal da unidade:

- ■ 35.2.1. A Sala de Vacina fica aberta, com profissional de enfermagem em todo horário de funcionamento da unidade.
- ■ 35.2.2. A unidade realiza monitoramento e convocação de faltosos.
- ■ 35.2.3. É utilizado o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) na unidade.
- ☐ 35.2.4. Houve descontinuidade no abastecimento de vacina no quadrimestre.
- ☐ 35.2.5. Outro:

35.3 Como você avalia sua sala de vacina em relação a RH, estrutura física e climatização:

- ☐ 35.3.1. Adequado
- ■ 35.3.2. Parcialmente Adequado
- ☐ 35.3.3. Parcialmente Inadequado
- ☐ 35.3.4. Inadequado

35.4 Considerações e recomendações

Em relação ao indicador de pneumocócica, foram 55 segundas doses feitas em <1 ano. Como a terceira dose é dada com 1 ano não há registro do indicador solicitado (mudança no calendário vacinal). Já as vacinas de influenza são feitas no segundo quadrimestre. O indicador de vacina tríplice viral não foi calculado automaticamente. É 32,70%. A sala de vacina fica aberta, com profissional de enfermagem em todo horário de funcionamento da

36a. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera

Relevância do Indicador: Permite mensurar o êxito do tratamento de tuberculose e a consequente diminuição da transmissão da doença. Possibilita a verificação, de forma indireta da qualidade da assistência aos pacientes.

Meta: 83% **(em 2015**) e 85% (**até 2017**) de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera

Cálculo: Numerador: nº de altas por cura dos casos novos pulmonares com início de tratamento de janeiro a dezembro do **ano anterior (2016)**/ Denominador: nº de casos novos pulmonares com início de tratamento de janeiro a dezembro do **ano anterior (2016)**x 100.

Obs.: Caso não tenha ocorrência de início de tratamento por tuberculose pulmonar no período informar "0" (zero).

Fonte :Livro de registro de pacientes e acompanhamento de tratamento dos casos de tuberculose (Livro Verde)

Orientações para Considerações e Recomendações: Como está organizado o Tratamento Observado Direto (TOD) para aumentar a proporção de cura dos pacientes? Como é feita a busca ativa dos pacientes faltosos para diminuir o abandono?

36a.1 Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera - Valor 50,00 **%**

36a.1.a Numerador: 2 *(nº de altas por cura dos casos novos pulmonares com início de tratamento de janeiro a dezembro do ano anterior (2016))*

36a.1.b Denominador: 4 *(nº de casos novos pulmonares com início de tratamento de janeiro a dezembro do ano anterior (2016))*

36a.2 Considerações e recomendações

Houve 2 curas de 4 casos novos. Dois casos ainda estão em tratamento. Para Tratamento Observado Direto (TOD), com finalidade de aumentar a proporção de cura dos pacientes, o paciente vem à unidade sistematicamente 2 a 5 vezes por semana. O ACS também dispensa a medicação na casa do usuário. A busca ativa dos pacientes faltosos para diminuir o abandono é feita por meio de visita domiciliar.

36b.Percentual de sintomáticos repiratórios investigados.

Relevância do Indicador: Permite mensurar o êxito do tratamento de tuberculose e a consequente diminuição da transmissão da doença. Possibilita a verificação, de forma indireta da qualidade da assistência aos pacientes.

Meta: investigar, no mínimo, 70% dos sintomáticos respiratórios (Sintomático respiratório: indivíduo que apresente tosse há 3 semanas ou mais, estimativa de 1% da população).

Cálculo: Numerador: número de pessoas sintomáticas respiratórias que coletaram escarro para o teste molecular rápido ou baciloscopia. Denominador: 1% da população x 100.

Fonte: Livro de registro do sintomático respiratório no serviço de saúde (Livro branco).

Orientações para Considerações e recomendações

Comente os resultados obtidos e as estratégias adotadas.

36b.1 Percentual de sintomáticos repiratórios investigados - Valor 2,50 **%**

36b.1a. Numerador: 4 *(número de pessoas sintomáticas respiratórias que coletaram escarro para o teste molecular rápido ou baciloscopia)*

36b.1b Denominador: 160 *(1% da população)*

36b.2 Selecione as ações realizadas em relação a sintomáticos repiratórios investigados:

- ■ 36b.2.1. A equipe multiprofissional está sempre atenta aos tossidores, aumentando a vigilância em relação aos sintomáticos respiratórios.
- ☐ 36b.2.2. Estão sendo investigados os pacientes com tosse crônica (tosse há duas semanas ou mais), pneumonias de repetição, asma e bronquite com tosse produtiva, dentre outros.
- ☐ 36b.2.3. A equipe está atenta às populações mais vulneráveis (bolsões de pobreza, instituições fechadas, alcoolistas, tabagistas, pessoas em situação de rua, drogadição, dentre outras).
- ☐ 36b.2.4. Os ACS sabem reconhecer e realizam a suspeição de sintomáticos respiratórios no território.

36b.3 Considerações e recomendações

São estimados 160 usuários sintomáticos respiratórios no território para o ano de 2016, com 4 usuários investigados até o momento.Até o ano de 2016, considerava-se que a equipe estava atenta ao diagnostico de TB. Porém, frente ao baixo índice de investigação, vê-se que não está. A secretaria de saúde promoveu capacitação dos profissionais de todos os níveis de formação, com ampla participação dos profissionais desta unidade, e a

37. Proporção de exames antiHIV realizados entre os casos novos de tuberculose

Relevância do Indicador: Reflete o quantitativo de casos de tuberculose que foram testados para HIV. Devido ao fato da tuberculose ser a primeira causa de óbito em pacientes portadores de aids, a identificação precoce dos casos HIV positivo tornase importante para que um resultado satisfatório possa ser alcançado.

Meta: **2015 – 88%,** 2016 – 89%, 2017 90%

Cálculo: Numerador: número de testes antiHIV realizados em casos novos de tuberculose que iniciaram tratamento no quadrimestre anterior/ Denominador: casos novos de tuberculose que iniciaram tratamento no quadrimestre anterior.

Fonte: SINAN

Orientações para Considerações e recomendações: Comente os resultados obtidos e as estratégias adotadas.

37.1 Proporção de exames antiHIV realizados entre os casos novos de tuberculose - Valor 100,00 **%**

37.1a. Numerador: 1 *(número de testes antiHIV realizados em casos novos de tuberculose que iniciaram tratamento no quadrimestre anterior)*

37.1b. Denominador: 1,00 *(casos novos de tuberculose que iniciaram tratamento no quadrimestre anterior)*

37.2 Selecione as ações realizadas em relação a exames antiHIV realizados entre os casos novos de tuberculose:

- ▣ 37.2.1. É feito o aconselhamento para o teste antiHIV em todos os casos novos de tuberculose.
- ▣ 37.2.2. O livro verde de registro dos pacientes é atualizado rotineiramente.
- ▣ 37.2.3. A unidade realiza teste rápido antiHIV para os casos novos de tuberculose.

37.3 Considerações e recomendações

O caso novo de tuberculose foi testado para HIV. A equipe está preparada e atenta para o cuidado integral dos pacientes de TB, incluindo a investigação de doenças que possam predispor a infecção pela micobactéria. A VISA norte contribui muito com esse manejo.

45. Proporção de cura de casos novos de hanseníase

Relevância do Indicador: Possibilita a inferência sobre a qualidade do atendimento dos serviços de saúde à pessoa acometida pela hanseníase, expressando a efetividade dos serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta. É de grande relevância, uma vez que a cura refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenir incapacidades físicas.

Meta :ampliar 5% ao ano e manter 90%

Cálculo: **Numerador**: nº de altas por cura dos casos novos que iniciaram tratamento para hanseníase de janeiro a dezembro de 2 anos anteriores/ **Denominador**: total de casos novos com início de tratamento para hanseníase de janeiro a dezembro de 2 anos anterior x 100.

Obs.: 1 Caso não tenha ocorrência de início de tratamento por tuberculose pulmonar bacilífera no período informar "0" (zero). Registrar com o símbolo %

Fonte: SVE 2 ou SINAN (VISA)

Orientações para Considerações e recomendações: Registrar como está organizado o programa de hanseníase na sua unidade. Descrever como é feita a busca ativa dos pacientes faltosos para diminuir o abandono.

45.1 Proporção de cura de casos novos de hanseníase - Valor 0,00 **%**

45.1a. Numerador: 0 *(nº de altas por cura dos casos novos que iniciaram tratamento para hanseníase de janeiro a dezembro de 2 anos anteriores)*

45.1bDenominador: 1 *(total de casos novos com início de tratamento para hanseníase de janeiro a dezembro de 2 anos anterior)*

45.2 Considerações e recomendações

Há um paciente em tratamento para hanseníase, também portador de TB. A equipe se considera sensível ao diagnóstico. O tratamento é supervisionado, especialmente a primeira dose de medicação mensal. ACS realizam busca ativa aos faltosos.

46. Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados

Relevância do Indicador: Mede a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase para detecção de outros casos novos.

Meta: 90% de contatos intradomiciliares investigados

Cálculo: número de contatos intradomiciliares examinados dos casos que iniciaram tratamento no quadrimestre anterior / total de contatos intradomiciliares dos casos diagnosticados no quadrimestre anterior x 100

OBS. Caso não tenha ocorrência de diagnósticos no período informar "0" (zero).

Fonte: SVE 2 ou SINAN (VISA)

Orientações para Considerações e recomendações: Registrar como está organizado o monitoramento de contactantes de hanseniase.Descrever como é feita a busca ativa dos contatos faltosos.

46.1 Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados - Valor 100.0 **%**

46.1a. Numerador: 1 *(número de contatos intradomiciliares examinados dos casos que iniciaram tratamento no quadrimestre anterior)*

46.1b. Denominador: 1 *(total de contatos intradomiciliares dos casos diagnosticados no quadrimestre anterior)*

46.2 Considerações e recomendações

O monitoramento se dá a partir do SV2, sendo o usuário convocado para consulta médica. São realizadas visitas dom

51. Número absoluto de óbitos por dengue

Relevância do Indicador: Reflete a qualidade da assistência ao paciente com dengue.

Meta: Reduzir o número absoluto de óbitos por dengue – no máximo 2

Cálculo: número absoluto de óbitos por dengue no quadrimestre

Fonte: SINAN ou SIM Tabnet. AVisa fornece essa informação para as unidades.

Orientações para Considerações e Recomendações: Se houve caso de óbito na sua unidade e, em caso de óbito informar se realizou evento sentinela do caso.Comente os resultados obtidos e as estratégias adotadas.

51.1 Número absoluto de óbitos por dengue - Valor 0 *óbitos*

51.2 Selecione as ações realizadas pela unidade em relação a dengue:

- ☑ 51.2.1. Realiza capacitações para o manejo clínico dos casos de dengue.
- ☐ 51.2.2. Participa da sala de situação de dengue distrital.
- ☑ 51.2.3. O processo de trabalho (coleta e transporte de exames, monitoramento diário dos hemogramas, kit hidratação....) está organizado para atender os casos de dengue em epidemia.
- ☑ 51.2.3. Garante acesso rápido à assistência à saúde dos suspeitos de dengue.
- ☑ 51.2.4. Acompanha e monitora os casos graves de dengue na sua unidade.
- ☑ 51.2.5. Esteve abastecida de insumos no quadrimestre para o atendimento dos casos de dengue.
- ☐ 51.2.6. Houve caso de óbito na unidade e realizou evento sentinela do caso.

51.3 Considerações e recomendações

O fluxo de arboviroses para dentro da unidade não estava tão organizado e houve várias conversas para repactuação do processo de trabalho, com desenho de um novo POP de Arboviroses. O núcleo de arboviroses da VISA norte participou deste processo. Os profissionais também participaram de capacitações internas e promovidas pela secretaria e pelo DEVISA.

52a. Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue.

Relevância do Indicador: Evidência do conjunto de imóveis localizados em áreas infestadas pelo vetor, o quantitativo que realmente foi visitado pelos agentes de controle ambiental, preferencialmente em articulação com os agentes comunitários de saúde. Referese a ações de prevenção.

Meta: 2015: 35%

Cálculo: Número de imóveis visitados (abertos e fechados) no território para controle da dengue no "casa a casa" no quadrimestre/ Denominador: Número de imóveis de áreas urbanas X 100.

Fonte: SISAweb (VISA)

Considerações e recomendações: Descreva a quantidade de buscas ativas realizadas pela unidade (esse número não é o número deste indicador e não pode ser somado com o numerador do casa a casa). Descrever os limitantes e outras ações desenvolvidas nas atividades de controle de dengue e arboviroses.

52a.1 Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue. - Valor 41.68 **%**

52a.1a. Numerador: 5.002 *(Número de imóveis visitados (abertos e fechados) no território para controle da dengue no "casa a casa" no quadrimestre)*

52a.1b. Denominador: 12.000 *(Número de imóveis de áreas urbanas)*

52a.2 Considerações e recomendações.

Houve uma intensificação das atividades de vigilância no território, com ações em todos os sábados do quadrimestre, exceto os feriados. Com isso, o apesar do excesso de atividades dos ACS foi possível manter uma cobertura do território melhor do que o indicador anterior e os casos de arboviroses da unidade diminuíram expressivamente. São 3000 imóveis no território mas multiplicamos por 4 para dar o valor correto (4 visitas por

DIRETRIZ 8

Garantia da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS

OBJETIVO 8.1 GARANTIR O ACESSO A MEDICAMENTOS PADRONIZADOS E SEU USO RACIONAL

Meta municipal 8.a "Ofertar, no mínimo, 90% dos itens padronizados (medicamentos e materiais)"

Relevância do Indicador: avaliar o acesso da população aos medicamentos e materiais através do abastecimento regular.

Meta: 90% dos itens padronizados (medicamentos e materiais) disponíveis.

Orientações para Considerações e Recomendações: Apontar: se ocorreu a falta de itens essenciais ou alguma situação excepcional que acarretou prejuízo no abastecimento.

Meta municipal 8.a.1Selecione as ações realizadas em relação a itens padronizados:

- ■ 8.a.1.1. Fez revisão neste quadrimestre para adequação das cotas de insumos, materiais e medicamentos, a partir do consumo médio no período;
- ▣ 8.a.1.2. Monitorou o estoque de medicamentos e materiais na Unidade;
- ■ 8.a.1.3. Alimentou o sistema de movimentação de estoque (GEMM)
- ■ 8.a.1.4. Monitorou o controle de validade e as condições de armazenamento dos insumos, materiais e medicamentos;
- ■ 8.a.1.5. Orientou os funcionários da farmácia a estarem atentos para quantidade recebida do almoxarifado e a demanda da unidade e participar da sugestão de cotas, comunicando o Distrito o não recebimento de algum medicamento.
- ☐ 8.a.1.6. Outro:

Meta municipal 8.a.2 Considerações e recomendações

Este quadrimestre foi marcado por um desabastecimento considerável de medicamentos, que se agravou desde o ano de 2016, e por dificuldades no recebimento de medicamentos e insumos devido a uma desestruturação do almoxarifado, com atrasos constantes e não observância no estoque no GEMM por parte do almoxarifado. Houve falta de AAS, aciclovir, amiodarona, amlodipino,doxiciclina, complexo B, sulfato ferroso, glicazida,

Meta Municipal 8.b Ofertar Programa Remédio em Casa

Relevância do Indicador o programa visa a entrega de medicamentos na casa dos pacientes com comorbidades, pré selecionados pela equipe, seja por possuírem dificuldades de locomoção e/ou problemas na adesão ao tratamento proposto, ou outra condição que necessite a entrega em domicílio ou o cuidado farmacêutico. Além da entrega do medicamento, oobjetivo é ampliar o cuidado com esses pacientes e promover o uso racional de medicamentos.

Meta: 100% dos pacientes com dificuldade de locomoção recebendo medicamentos e materiais em casa.

Fonte: Cadastro local de usuários no Programa Remédio em Casa e/ou GEMM como Grupo Remédio em Casa.

Cálculo: Número absoluto de usuários cadastrados que recebem medicamentos e materiais em casa.

Orientações para Considerações e Recomendações: Apontar se a unidade está inserida no Programa Remédio em Casa ou se existe somente o cadastro no Grupo Remédio em Casa no GEMM. Descrever problemas que possam ter interferido na logística de entrega dos medicamentos e materiais em casa. Recomendação: todos os pacientes que recebem medicamentos e materiais em casa devem ser cadastrados no GEMM no Grupo Remédio em Casa. 96.

Meta Municipal 8.b.1Ofertar Programa Remédio em Casa - Valor 1 *usuários*

Meta municipal 8.b .2 Considerações e recomendações

Somente um usuário recebe medicamentos em casa, como parte de seu projeto terapêutico singular. Até o ano de 2016 a unidade não estava ofertando este serviço.

Meta Municipal 8.c Disponibilizar, no mínimo, 90% de medicamentos Fitoterápicos padronizados.

Relevância do Indicador: avaliar se o abastecimento de medicamentos fitoterápicos está regular.

Meta: 90% dos medicamentos fitoterápicos disponíveis.

Fonte: Relação de medicamentos fitoterápicos da SMS e GEMM.

Cálculo: Numerador: número de medicamentos fitoterápicos disponíveis na unidade no período/ Denominador: Relação de Medicamentos Fitoterápicos da SMS *100.

Orientações para Considerações e Recomendações: Apontar: se o funcionário monitorou o estoque de medicamentos fitoterápicos e alimentou o sistema de movimentação de estoque (GEMM) para evitar o desabastecimento ou perda por validade.

Meta Municipal 8.c.1 Valor 23,53 **%**

8.c.1a. Numerador: 4 *(número de medicamentos fitoterápicos disponíveis na unidade no período)*

8.c.1b. Denominador: 17 *(Relação de Medicamentos Fitoterápicos da SMS)*

Meta municipal 8.c.2 Considerações e recomendações

Segundo o site da SMS, fazem parte da lista de medicamentos fitoterápicos da rede: creme e gel de Arnica 5% (50g e 250g), creme e gel de babosa 25% (50g e 250g), creme e gel de calêndula 5% (50g e 250g), creme e gel hamamélis 10% (50g e 250g), creme e gel de papaína 10% (50g e 250g), Ginkgo biloba (cápsulas de 40mg e 80mg), hipérico (cápsula 300mg),tintura de arnica (uso externo – 20ml), tintura de calêndula (uso externo – 20ml), xarope de guaco

Meta Municipal 8.d – Realizar dispensação de medicamentos durante todo o horário de funcionamento das unidades de saúde, com qualificação.

Relevância do Indicador: avaliar se o horário de funcionamento das farmácias está adequado.

Meta: 100% das farmácias abertas durante todo o horário de funcionamento da unidade.

Orientações para Considerações e Recomendações: Apontar: em caso de horário parcial de dispensação de medicamentos, informar o horário da farmácia e o horário de funcionamento da unidade. Descrever as razões para o horário reduzido (ex.: ausência e/ou carga horária de técnicos / farmacêuticos).

Meta Municipal 8.d.1 Selecione uma das opções em relação a realizar dispensação de medicamentos durante todo o horário de funcionamento da unidade:

- (●) 8.d.1.1. Dispensa medicamento em todo horário de funcionamento da Unidade
- ( ) 8.d.1.2. Dispensa medicamentos com horário reduzido
- ( ) 8.d.1.3. Não dispensa medicamentos

Meta municipal 8.d.2 Considerações e recomendações

Como há apenas duas funcionárias, quando ocorre ausência de uma delas (LTS, abonadas, férias), o funcionamento fica reduzido.

OBJETIVO 8.2 QUALIFICAR AS ETAPAS DO CICLO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, COM GARANTIA DE RECURSOS FINANCEIROS, INFRAESTRUTURA E PESSOAL.

54. Sistema GEMM alimentado corretamente.

Relevância do Indicador: avaliar se o sistema GEMM está sendo utilizado corretamente, garantindo o abastecimento adequado, o uso racional de medicamentos e a farmacovigilância.

Meta: 100% das unidades utilizando o GEMM corretamente.

Orientações para Considerações e Recomendações: Apontar: ocorrências, se houver, que impediram a correta utilização do GEMM.

54.1 Sistema GEMM implantado para dispensação?

- (●) Sim
- ( ) Não

54.2 Considerações e recomendações

As ocorrências que impediram a utilização do GEMM foram falta de conectividade à internet e falta de energia elétrica ocasionais.

Meta Municipal 8.g Implantar o Programa de farmacovigilância até 2016 e manter em 2017.

Relevância do Indicador: avaliar se o Programa de Farmacovigilância está implantado nas unidades. Este programa tem como objetivo principal a redução das taxas de morbidade e mortalidade associada ao uso de medicamentos, através da detecção precoce de problemas de segurança desses produtos para os pacientes, além de melhorar a seleção e o uso racional dos medicamentos pelos profissionais de saúde.

Meta: 100% das unidades com o Programa de Farmacovigilância implantado.

Orientações para Considerações e Recomendações: Apontar: ações, encaminhamentos e/ou dificuldades relativas às notificações ou à implantação do programa. Orientações para o fluxo padronizado: as unidades encaminham os desvios de qualidade e possíveis reações adversas a medicamentos (RAM) para o distrito. Este notifica no site da CVS e encaminha email para a Assistência Farmacêutica Central.

Meta Municipal 8g.1 Selecione uma opção em relação ao Programa de Farmacovigilancia:

- ( ) 8.g.1.1. Sim, programa de farmacovigilância implantado na Unidade;
- (●) 8.g.1.2. Parcial. Tem fluxo estabelecido para notificar as ocorrências (ex.:desvio de qualidade, reação adversa);
- ( ) 8.g.1.3. Não.

Meta municipal 8g.2 Considerações e recomendações

A unidade encaminha as notificações ao farmacêutico responsável no DSN.

Meta Municipal 8.h Implantar o programa de gerenciamento de resíduos até 2016 e manter em 2017.

Relevância do Indicador: avaliar se o Programa de Gerenciamento de Resíduos está implantado nas unidades. Este programa tem como objetivo normatizar a gestão de resíduos vencidos, incluindo a segregação, o registro, o

acondicionamento e o descarte final. Os serviços de saúde são os responsáveis pelo correto gerenciamento de todos os RSS (Resíduos de Serviço de Saúde) por eles gerados, atendendo às normas e exigências legais, desde o momento de sua geração até a sua destinação final.

Meta: 100% das unidades com o Programa de Gerenciamento de Resíduos implantado.

Orientações para Considerações e Recomendações: Apontar: Incentivar e incrementar o Programa Municipal de Gerenciamento de Resíduos. Eleger representantes para o monitoramento de resíduos da unidade. Elaborar o Plano de Gerenciamento de Resíduos, segundo protocolos da Assistência Farmacêutica e da Vigilância Ambiental. Informar em que etapa desse processo se encontra a unidade em cada quadrimestre.

Meta Municipal 8.h.1 Selecione uma opção em relação ao Plano de Resíduos da Unidade.

- ○ 8.h.1.1. Plano de gerenciamento de resíduos descrito e implantado na Unidade.
- ◉ 8.h.1.2. Tem coleta de resíduo comum, contaminado, perfurocortante e químico, atendendo parcialmente ao plano.
- ○ 8.h.1.3. Não tem plano de gerenciamento de resíduo implantado.

Meta municipal 8.h.2 Considerações e recomendações

Não há previsão de implementação do programa até o momento.

DIRETRIZ 11

Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho e dos trabalhadores dos SUS

OBJETIVO 11.1 INVESTIR EM QUALIFICAÇÃO E FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O SUS.

57. Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas.

Relevância do Indicador: Analisar a capilarização das ações de educação permanente. Avaliar se as atividades de EP ofertadas pela instituição, ou pelo Distrito, ou de iniciativa da Unidade de Saúde foram capilarizadas para os profissionais da unidade.

Meta: 70%

Fonte: Registro interno da unidade de Saúde

Cálculo: Múltipla escolha

Orientações para Considerações e Recomendações: Analisar a capilarização das ações de educação permanente. Avaliar se as atividades de EP ofertadas pela instituição, ou pelo Distrito, ou de iniciativa da Unidade de Saúde foram capilarizadas para os profissionais da unidade. Registrar ações, recomendações e encaminhamentos referentes a educação permanente na Unidade.

57.1 Selecione a opção em relação a ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas:

- ◉ 57.1.1. Realiza ações de educação permanente com a equipe da unidade
- ○ 57.1.2. Realiza parcialmente ações de educação permanente
- ○ 57.1.3. Não realiza ações de educação permanente

57.2 Profissionais com formação em mediação de conflito

Capacitar profissionais de saúde em mediação de conflitos, qualificando as ações na lógica da transparência e controle social.

- ○ 57.2.1. Sim, existem profissionais com formação em mediação de conflito e multiplica ações com a equipe
- ○ 57.2.2. Existem profissionais com formação em mediação de conflito, mas sem ações de multiplicação com a equipe
- ◉ 57.2.3. Não possui profissionais com formação em mediação de conflito

57.3 Considerações e recomendações

Realizadas atividades de EP com a equipe de enfermagem e com os ACS, tanto no âmbito da unidade quanto do Distrito. Os médicos participam das atividades de EP dp PMM. A participação dos profissionais em atividades de EP da PMC ou do Ministérios da Saúde é muito estimulada. Há atividades de EP também nas reuniões gerais. Porém, não há muito retorno destas atividades para as pessoas da equipe que não participaram.

OBJETIVO 11.4 ADOTAR ESTRATÉGIAS DE VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR, PROMOVENDO O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E HABILIDADES PARA O TRABALHO EM SAÚDE

Meta Municipal 11.b Realizar acolhimento de 100% dos novos trabalhadores e inserção no processo de trabalho em saúde

Relevância do Indicador: Permite avaliar a gestão de pessoas na Unidade

Meta: 100% dos profissionais recém chegados nas unidades sendo acolhidos pelo gestor/equipe através de estratégias préestabelecidas

Fonte: Registro interno da Unidade.

Cálculo:% de acolhimento: nº de funcionários novos acolhidos/ nº total de funcionários, no mesmo periodo, x 100

Meta Municipal 11.b.1 Realizar acolhimento de 100% dos novos trabalhadores e inserção no processo de trabalho em saúde - Valor 100,00 **%**

11.b.1a. Numerador: 1 *(nº de funcionários novos acolhidos)*

11.b.1b. Denominador: 1 *(nº total de funcionários, no mesmo periodo)*

Meta Municipal 11.b.2 Selecione a opção em relação a ações referentes ao Projeto "Cuidando do cuidador":

Estimular a criação/implantação de projetos na linha do cuidando do cuidador nas unidades de saúde, mantendo e implementando os já desenvolvidos. Considerar: a Existência de projetos internos (das unidades) para este fim, com oferta e adesão de 100% dos profissionais selecionados

- ○ 11.b.2.1. Sim, realiza ações cuidando do cuidador
- ○ 11.b.2.2. Não realiza ações cuidando do cuidador
- ◉ 11.b.2.3. Realiza parcialmente ações cuidando do cuidador

Meta Municipal 11.b.3. Considerações e recomendações

Não há projetos internos do cuidando do cuidador, mas a unidade participa das ações junto ao Cuidando do Cuidador da SMS. A equipe é muito próxima e acolhedora, observando-se um cuidado dos profissionais uns com os outros para evitar adoecimentos e agravamento de adoecimentos existentes. Há apenas uma exceção no que diz respeito a este vínculo, exceção essa que é cuidada pelo DPSS e pelo Cuidando do Cuidador junto com o DSN e a

Meta Municipal 11.e Monitorar e Orientar as avaliações de servidores para garantir que 100% sejam avaliados.

Relevância do Indicador: Permite avaliar a gestão de pessoas na Unidade, com a finalidade de avaliar o desempenho profissional de cada servidor, podendo este vir a progredir em sua carreira funcional, além de servir de apoio aos diversos níveis de gestão e servidores da Secretaria Municipal de Saúde.

Meta: 100%

Cálculo: Múltipla escolha.

Fonte: SMRH (Setor de Avaliação de Desempenho)

Orientações para Considerações e Recomendações: Descreva suas considerações e Recomendações referentes a ao Programa de Avaliação de Desempenho Profissional**.**

Meta Municipal 11.e.1 Monitorar e Orientar as avaliações de servidores para garantir que 100% sejam avaliados:

- (●) 11.e.1.1. Sim, acompanha 100% dos processos de avaliação de desempenho e de avaliação de período probatório
- ( ) 11.e.1.2. Só acompanha os processos de avaliação de desempenho.
- ( ) 11.e.1.3. Só acompanha os processos de avaliação de probatório
- ( ) 11.e.1.4. Não realiza avaliação de período probatório e de desempenho

Meta Municipal 11.e.2 Considerações e recomendações

Apesar de fazer as avaliações de estágio probatório e de desempenho conjuntamente com os servidores, percebe-se que há uma baixa valorização deste processo por não estar vinculado a um Plano de Cargos e Salários que estimulasse o desempenho dos servidores.

DIRETRIZ 12

Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável

OBJETIVO 12.1 FORTALECER OS VÍNCULOS DO CIDADÃO, CONSELHEIROS DE SAÚDE, LIDERANÇAS DE MOVIMENTOS SOCIAIS, AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS, EDUCADORES POPULARES COM O SUS.

Meta Municipal 12. b Existe Conselho Local de Saúde atuante?

Relevância: Permite avaliar a participação do controle social local. Vale lembrar que "os conselhos de saúde e as conferências de saúde se constituem, atualmente, nos principais espaços para o exercício da participação e do controle social na implantação e na implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo (...)".Ademais são atribuições dos Conselhos de Saúde: a) Deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde pelo respectivo gestor federal, estadual, distrital ou municipal; b) Avaliar a repercussão da LC141/2012 sobre as condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde da população e encaminhamento ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação das indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

Meta: 100% das Unidades de Saúde com Conselho local constituído e atuante

Cálculo: Número de reuniões ordinárias do CLS no período.

Fonte: Data da última eleição do CLS Diário Oficial do Município;Reuniões Ordinárias do CLS no período Atas das reuniões.

Orientações para Considerações/Recomendações: Registrar a data da última eleição do CLS, datas das reuniões do CLS no período e se existem Atas das reuniões disponíveis. Garantir a participação e o controle social através dos Conselhos Locais de Saúde. Considerar "existência de CLS atuante" CLS que exista oficialmente, com o calendário de eleições e reuniões ordinárias cumpridas, atas feitas e disponíveis. Apontar: Como têm sido as reuniões do CLS; quais pautas e temas têm sido abordados; como têm se dado a participação de trabalhadores e usuários; que ações e estratégias estão sendo ou poderão ser implementadas para melhor divulgação e participação nas reuniões do CLS.

Meta Municipal 12. b.1 número de reuniões ordinárias no período - Valor ¥ 4 *reuniões*

Meta Municipal 12.b.2 Considerações e recomendações

Houve 4 reuniões do CLS, 1 por mês, e houve eleição de novo conselho em 06/02/2017. O CLS é atuante devido ao histórico de militancia do território para conseguir que a unidade fosse construída. Há participação de todos os conselheiros na reunião do CLS, como também do representante no CDS. São abordados assuntos pertinentes a necessidades gerenciais da unidade que limitam a qualidade e o acesso e necessidades de saúde e sociais da

Meta Municipal 12.j Apresentação deste Relatório de Gestão (RDQA/RAG) ao Conselho Local de Saúde

Relevância do Indicador: Este indicador permite avaliar o conhecimento, a contribuição e a participação do controel social no monitoramento das ações previstas na Programação Anual de Saúde (PAS)

Meta: Apresentar e debater os RDQA/RAG junto ao CLS

Fonte: Atas das Reuniões do CLS

Cálculo: Múltipla escolha

Orientações para Considerações/Recomendações: 1) Registrar: Data da Reunião do CLS na qual foi apresentado e debatido o RDQA/RAG do período 2) Apontar: Quais as dificuldades/facilidades encontradas para a apresentação do RDQA/RAG ao CLS; Ações e estratégias a serem implementadas para o cumprimento da meta

Meta Municipal 12.j.1 Garantir a participação e o controle social através dos Conselhos Locais de Saúde.

- ○ 12.j.1.1. Sim RAG 2015 (3º RDQA 2015) e PAS 2016
- ○ 12.j.1.2. Sim, 1º RDQA 2016
- ◉ 12.j.1.3. Não

Meta Municipal 11.j.2 Considerações e recomendações

O PAS 2016 foi apresentado, porém não há registro em Ata da apresentação do RAG e do PAS. Estrategicamente, planeja-se apresentar esses dados de forma comparada com questões cotidianas do universo dos usuários, o que ainda não ocorreu no ano de 2017. Os conselheiros, porém, participaram da apresentação do RAG 2016 junto do CMS.

OBJETIVO 12.2 NOVO MODELO DE GESTÃO, COM ÊNFASE NA CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS, INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA, CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE E INTERSETORIALIDADE

Meta Municipal 12.k Gestão colegiada nas unidades de saúde:

Relevância do Indicador: Permite avaliar a existência demodelo democrático de gestão.Promover a democratização da Gestão no SUS Campinas. Considerar "existência de Colegiado gestor" como grupo definido de pessoas, se reunindo com frequência estabelecida, registro em ata, discutindo as questões de gestão.

Meta: Colegiado Gestor implantado em 100% das Unidades de Saúde

Fonte: Atas das Reuniões do Colegiado Gestor

Cálculo: Múltipla escolha

Orientações para Considerações e Recomendações: 1) Registrar: Datas e Temas das Reuniões do Colegiado Gestor; Nomes e categorias profissionais dos componentes 2) Apontar: Como se deu a implantação do Colegiado Gestor; Dificuldades/facilidades na implantação do Colegiado Gestor; Ações e estratégias para implantar/qualificar sua atuação

Meta Municipal 12.k.1 ExisteGestão colegiada na unidade:

- (●) Sim
- ( ) Não

Meta Municipal 11.k.2 Considerações e recomendações

Há colegiado gestor na unidade, com reuniões mensais. Devido ao déficit de rh, as reuniões são constantemente adiadas ou canceladas. Porém, a gestão ainda assim é compartilhada pois as decisões de planejamento são sempre construídas com as equipes nas reuniões de equipes ou em reuniões de categorias que ocorrem com frequencia regular. Ademais, vários assuntos são compartilhados e decididos no grupo de whatsApp da unidade do qual fazem

DIRETRIZ 13

Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência

OBJETIVO 13.1 QUALIFICAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE EXECUÇÃO DIRETA, COM GERAÇÃO DE GANHOS DE PRODUTIVIDADE E EFICIÊNCIA PARA O SUS.

Meta Municipal 13.c Financiamento estável

Relevância: Acompanhar os custos do serviço de saúde. Desenvolver a gestão orçamentária da Unidade, conhecendo sua produção, despesas e custos.

Meta: Gestão, Equipes de Saúde e CLS com mecanismos e estratégias para análise crítica de custos e financiamento da Unidade de Saúde implantados

Fonte: CNES, FPO, eSUS, SIGA/SIA, Peça Orçamentária/Planilha de Custos por Unidade FMS, GEM, Powered by DIM

Orientações para Considerações e Recomendações: 1) Registrar: Quais fontes acima são acessadas, por quem e qual peridiocidade 2) Apontar: Dificuldades/facilidades para o acesso e análise das fontes citadas; Orçamento/custos destinados à Unidade para a manutenção preventiva e corretiva de equipamentos e estrutura física/predial;

equipamentos e estruturas físicas danificados e por quanto tempo; perda de produção por não envio/digitação das planilhas de produção

Meta Municipal 13.c .1 Selecione as ações que realiza em relação ao Financiamento estável :

- ■ 13.c.1.1. Analisa e atualiza CNES (serviço e profissionais)
- ☐ 13.c.1.2. Analisa e atualiza FPO
- ■ 13.c.1.3. Analisa e avalia informações referentes a produção e indicadores de saúde
- ☐ 13.c.1.4. Conhece e analisa os custos do serviço, compilados pelo FMS
- ☐ 13.c.1.5. Não realiza ações em relação ao financiamento estável.

Meta Municipal 13.c.2 Financiamento estável Considerações e recomendações

O CNES é observado com regularidade e atualizado quando há necessidade. O FPO não foi avaliado recentemente pois não foi priorizado, como tampouco foi a avaliação dos custos do serviço. A analise sobre os custos do serviço sem uma análise dos impactos financeiros positivos proporcionados pelas ações da Atenção Primária em Saúde - redução de internações sensíveis a atenção primária, do pre-natal de qualidade, do acompanhamento e inserção

ANÁLISE DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE NA UNIDADE.

Considerações e recomendações

A unidade valoriza o planejamento de saúde local ligado ao planejamento da SMS. O planejamento anual para 2017 tem sido monitorizado por meio de planilhas compartilhadas com os profissionais, tanto nas reuniões de equipe quanto no cotidiano do trabalho e haverá um momento de revisão do planejamento no final do primeiro do semestre. Há porém dificuldade de discutir mais frequentemente com os trabalhadores e usuários os indicadores da unidade frente às diretrizes do SUS e da PNAB devido à sobrecarga de trabalho e a falta de RH, que tem sido cada vez mais estranguladora dos processos de trabalho. Percebe-se por parte da SMS um investimento nos métodos de monitoramento e planejamento, mas que não é acompanhado por ações concretas de investimento na produção, o que é compreensível frente ao contexto municipal (nacional e mundial), mas nem por isso menos lamentável. O CS San Martin, especialmente, por ser o projeto piloto no Modelo de Atenção Primária da SMS/PMC, deveria receber mais recursos para efetivar a implantação da ESF dentro do preconizado pelo Ministério da Saúde e servir de vitrine para apresentação, para os trabalhadores e gestores do SUS-Campinas, da proposta de reestruturação da rede no modelo da ESF.