

# RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO DE 2011

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PREFEITURA DE DIADEMA/SP

ELABORADO COM OBJETIVO DE AVALIAR AS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELAS ÁREAS DA SMS/DIADEMA E SISTEMATIZAR AS INFORMAÇÕES REFERENTES ÀS RECEITAS E DESPESAS DA SAÚDE.





**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**SUMÁRIO**

1. APRESENTAÇÃO	4
2. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE DIADEMA	4
3. CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO POPULAR	5
4. GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	
4.1 GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE	6
4.2 GESTÃO DO CUIDADO	9
4.3 GESTÃO DO TRABALHO	10
4.4 GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE	12
5. BALANÇO DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE 2011	15
6. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	17
7. OBJETIVOS, DIRETRIZES, INDICADORES, AÇÕES E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS SERVIÇOS EM 2011	21
8. PRODUÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL	78
9. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO FINANCEIRO	88
ANEXOS	94



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**LISTA DE ABREVIACÕES**

AB – Atenção Básica  
ACER – Associação de Apoio à Criança em Risco  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
CAB – Coordenação de Atenção Básica  
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial  
CCZ - Centro de Controle de Zoonoses  
CEMED - Centro Médico de Especialidades  
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas  
CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador  
CGR/ABC - Colegiado de Gestão Regional do ABC  
CIT - Comissão Integestores Tripartite  
CMS - Conselho Municipal de Saúde  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarios Municipais de Saúde  
COSEMS – Conselho Estadual de Secretarios Municipais de Saúde  
CPS – Conselho Popular de Saúde  
CR - Centro de Referência em DST/AIDS e Hepatites  
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social  
CROSS - Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde  
CRUE - Central de Regulação de Urgência e Emergência  
DRAAC - Divisão de Regulação, Auditoria, Avaliação, Controle  
HED - Hospital Estadual de Diadema  
HM - Hospital Municipal  
LAC - Laboratório Municipal de Análises Clínicas  
MAC – Média e Alta Complexidade  
MS – Ministério da Saúde  
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família  
PAB – Piso de Atenção Básica  
PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil  
PNAR – Pré Natal de Alto Risco  
PSC - Pronto Socorro Central  
PSHM - Pronto Socorro do Hospital Municipal  
QS - Quarteirão da Saúde  
RAG – Relatório Anual de Gestão  
RAS - Rede de Atenção à Saúde de Diadema  
RAVIS – Rede de Atenção à Violência Sexual  
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgencia  
SB – Saúde Bucal  
SF – Saúde da Família  
SMS - Secretaria Municipal de Saúde  
STI - Setor de Tecnologia da Informação  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UPA - Unidade de Pronto Atendimento



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

## **1. APRESENTAÇÃO**

O presente Relatório Anual de Gestão (RAG 2011) tem como objetivo avaliar as ações desenvolvidas pelas diferentes áreas da Secretaria Municipal de Saúde – SMS/Diadema, bem como sistematizar as informações referentes às receitas e despesas da Saúde, em conformidade com as prestações de contas apresentadas, discutidas e aprovadas trimestralmente no Conselho Municipal de Saúde (CMS) durante o exercício de 2011.

O RAG 2011 foi elaborado pelo Colegiado Gestor da SMS, responsável pelo planejamento, implantação e avaliação das ações realizadas nos serviços municipais de saúde e, apresentado, discutido e aprovado pelo CMS.

As referências principais para elaboração deste Relatório foram o Plano Municipal de Saúde de Diadema (2009 a 2012) e a Programação Anual de 2011.

A sua organização segue as prioridades do Pacto pela Saúde e as prioridades definidas localmente, avaliadas por meio de metas e indicadores. As prioridades estabelecidas no Pacto pela Saúde são as seguintes:

- Redução da Mortalidade infantil e materna
- Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama
- Fortalecimento da capacidade de respostas à doenças emergentes e endemias, com ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária, Influenza, Hepatite, AIDS
- Fortalecimento da Atenção Básica
- Saúde do Trabalhador
- Saúde Mental
- Atenção às pessoas em situação ou risco de violência
- Saúde do Homem
- Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS
- Regulação, Avaliação e Auditoria
- Participação e Controle Social
- Promoção da Saúde

As prioridades locais foram definidas a partir das diretrizes do Plano Municipal de Saúde (2009 a 2012), em função da realidade epidemiológica do município e dos compromissos assumidos com as mudanças do modelo (de gestão e do de atenção). As prioridades locais estão apresentadas por área:

1. Acesso à média complexidade,
2. Qualificação da urgência e emergência,
3. Qualificação da atenção hospitalar,
4. Organização da assistência farmacêutica.

Todas as prioridades (Pacto pela Vida e Prioridades Locais) são apresentadas com objetivo, diretriz, indicador, meta e ações desenvolvidas pelas áreas e serviços. Para algumas áreas (Atenção Básica, Vigilância à Saúde, Saúde Mental e Regulação) foram acrescentados outros indicadores, além daqueles estabelecidos no Pacto, por fazerem parte do Painel de Indicadores da SMS.

No Relatório de 2011 também é apresentado o perfil epidemiológico do município, tendo em vista a relevância que este conhecimento confere para o planejamento das ações a serem priorizadas pela Gestão Municipal.

## **2. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE DIADEMA**

O Sistema Municipal de Saúde de Diadema está estruturado da seguinte maneira:

- 20 Unidades Básicas de Saúde – UBS com 70 equipes de Saúde da Família (SF) com médico generalista, 21 equipes de SF com médico das especialidades básicas (Pediatra, Clínico Geral e Ginecologista), 58 equipes de Saúde Bucal (SB) e 8 Núcleos de Apoio em Saúde da Família – NASF;
- 02 Unidades de Pronto Atendimento – 1 UPA e 1 PA;



## PREFEITURA DE DIADEMA

### SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Um Pronto Socorro Central (PSC), que funciona no prédio do Quarteirão da Saúde;
- Um Hospital Municipal (HM) com 206 leitos e com Pronto Socorro;
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
- Central de Regulação de Urgência e Emergência (CRUE)
- Quarteirão da Saúde (QS), onde funciona o Centro Médico de Especialidades (CEMED), o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o Laboratório Municipal de Análises Clínicas (LAC), o Serviço de Fisioterapia e Reabilitação, os Serviços de Apoio Diagnóstico e o Centro Cirúrgico;
- Três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS tipo III);
- Um CAPS III de Alcool e Drogas;
- Um CAPS Infantil;
- Consultório de Rua – 2 Equipes;
- Centro de Referência em DST/AIDS e Hepatites (CR);
- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST);
- Vigilância à Saúde: Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica;
- Centro de Controle de Zoonoses (CCZ);
- Setor de Transporte de Pacientes;
- Divisão de Regulação, Auditoria, Avaliação, Controle (DRAAC).

Para manter em funcionamento esta ampla e complexa rede de serviços o município vem investindo em torno de 30% do seu orçamento próprio em Saúde, sendo que em 2011 investiu 32% de recursos do tesouro municipal em Saúde, o que representa mais que o dobro do percentual definido na Emenda Constitucional 29.

### 3. CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO POPULAR <sup>1</sup>

Diadema tem uma importante história de lutas e participação na construção de políticas públicas, e a Saúde sempre foi tema do movimento popular do município. Por isto, julgou-se importante trazer para o RAG 2011 um pouco do registro desta história, iniciada na década de 1980, quando a participação das mulheres impulsionou as lutas populares na cidade, dando origem aos Clubes de Mães e às Comissões de Saúde organizadas nos bairros. Antes mesmo da aprovação da Lei 8.142/1990 que estabelece as formas de participação da comunidade no SUS, Diadema já havia realizado seu I Encontro Municipal de Saúde (maio de 1987), quando foi decidida a criação do primeiro CMS, formado por 54 conselheiros, eleitos diretamente pela população da área de abrangência de cada UBS.

A partir de 1983, com o início da gestão das várias administrações no campo democrático-popular, a população e a prefeitura enfrentaram juntas uma série de dificuldades para construir uma nova realidade, e a experiência do orçamento participativo teve importância significativa neste processo.

As primeiras ações foram voltadas para instalação de infra-estrutura básica, como rede de água e energia elétrica, regularização fundiária e implantação de equipamentos de saúde e educação.

Naquele momento a luta do povo de Diadema por melhores condições de vida e saúde tinha mais um caráter de movimento social, que pautava e discutia as questões da saúde diretamente com o Governo Municipal.

A partir de 1989, quando foi realizado o II Encontro de Saúde, o CMS participou e discutiu a implantação do SUS, passando a acompanhar o processo de municipalização da saúde.

Em 1992 foram criados por lei dois Conselhos de Saúde - o CMS e o Conselho Popular de Saúde (CPS). O primeiro formado de forma paritária e tripartite e o segundo exclusivamente com representantes de usuários.

Com a Lei 8.142 e as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 333, ficou estabelecido de maneira inequívoca as competências dos Conselhos de Saúde, incluindo os Conselhos

---

<sup>1</sup> Texto extraído do Artigo: "Participação da Comunidade no SUS de Diadema" - 2º Lugar do Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa – 2011.

Autores: Aparecida Linhares Pimenta, Cristina Maria Athayde, Lidia Tobias Silveira e Tânia da Costa.



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Municipais.

Na maioria dos municípios brasileiros os CMS foram criados a partir da década de 90, de acordo com a legislação do SUS. Nos poucos municípios que contavam com Conselhos antes da Lei 8.142, os mesmos foram se adequando às normas do SUS. No caso de Diadema optou-se pela permanência dos dois Conselhos.

Este fato coloca o desafio de tornar mais claro as atribuições de cada um dos Conselhos de Saúde de Diadema, para que ambos possam trabalhar afinados em prol da saúde da população do município.

Outro avanço importante da participação da comunidade em Diadema ocorreu em 1996, com a criação dos Conselhos Gestores de Unidades. Atualmente Diadema possui 29 Conselhos Gestores, tripartites e paritários:

- 20 Conselhos Gestores de UBS;
- 06 Conselhos Gestores de Serviços Especializados: CR, CCZ, CAPS Infantil, CAPS Álcool e Drogas, CAPS Leste e Sul.
- 03 Conselhos Gestores de Serviços de Grande Porte: HM, PSC e QS.

Em 2009 o Plano Municipal de Saúde foi apresentado e discutido em Plenária, com a participação dos conselheiros (CMS, de Gestores e do CPS) e de gerentes e profissionais dos serviços de saúde.

Em 2010 foi realizada a VII Conferência Municipal de Saúde, precedida por 23 pré conferências (19 UBS; CR, CEREST, uma conjunta dos CAPS e outra com lideranças do Movimento Sindical).

**Ações realizadas em 2011 referentes à participação e controle social:**

- Criação da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização das Contas da SMS, para aumentar o conhecimento dos conselheiros do CMS sobre o funcionamento das receitas e despesas da Saúde.
- Em maio de 2011 foi apresentada a Programação Anual de 2011 na Reunião Ordinária do CMS.
- Renovação dos representantes do CPS, que contou com a participação de cerca de 6000 eleitores de Diadema e a renovação dos 29 Conselhos Gestores de Serviços de Saúde (mandato de 2011 a 2013).
- Realização da Plenária de Saúde, correspondente à etapa municipal da 14ª Conferência Nacional de Saúde, com aprovação de propostas para a Conferência Estadual e para a Nacional, bem como a eleição de delegados dos três segmentos para as respectivas Conferências.
- Durante a 14ª CNS o município de Diadema recebeu o Prêmio Sergio Arouca, cujo objetivo é promover o reconhecimento e a divulgação de experiências exitosas de gestão participativa em saúde nos serviços, organizações e movimentos sociais.
- Ocorreram onze reuniões ordinárias do CMS para debater e deliberar sobre temas do SUS Municipal.

#### **4. GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE**

##### **4.1. GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE**

Conforme já referido, a direção da Rede de Atenção à Saúde de Diadema - RAS é exercida por um Colegiado Gestor, que é responsável pelo planejamento, implantação, organização e avaliação das ações realizadas nos serviços municipais de saúde. Este Colegiado Gestor é formado por 17 membros (coordenadores de áreas e diretores de alguns serviços): Coordenação de Atenção Básica (CAB), Quarteirão da Saúde (QS), Escola de Saúde/Controle Social, Vigilância em Saúde, Central de Regulação (DRRAC), Saúde Mental, Assistência Farmacêutica, diretor do Hospital Municipal (HM), diretor do Pronto Socorro do Hospital Municipal (PSHM), diretor do Pronto Socorro Central (PSC), quatro assistentes do Gabinete e a Secretária de Saúde.

De janeiro a dezembro de 2011 foram realizadas 31 reuniões deste Colegiado, em geral às segundas feiras, das 14 às 18 horas.

Os temas principais do planejamento do Colegiado Gestor, em 2011 foram: elaboração do RAG de 2010, elaboração da Programação Anual de 2011; avaliação da Programação Anual em agosto/2011; implantação da Rede Cegonha; avaliação da Linha de Cuidado de Hipertensos e Diabéticos; Saúde Mental e Plano de Enfrentamento do Crack; Atenção Básica (AB); problemas relacionados à urgências e emergências; dificuldades orçamentárias e financeiras, a greve do funcionalismo, além da discussão permanente dos



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

problemas do cotidianos dos serviços - as dificuldades do PSC e dificuldades na fixação de médicos, tanto na AB como nos serviço 24 horas.

As atividades dos sete colegiados de áreas (apoiadores da AB, gerentes das UBS, do QS, da Vigilância em Saúde, da Saúde Mental, de Urgências e Emergências e do HM) tiveram continuidade durante o ano, com reuniões para planejar, tomar decisões e avaliar as ações de cada área/serviço.

O Colegiado de Urgências e Emergências conseguiu reunir-se mensalmente para discutir as dificuldades da área, como a falta de plantonistas no PSC, o excesso de pacientes em macas no PSC e no PSHM, por dificuldades de internação nos hospitais de referência regional, a construção da UPA Paineiras, entre outros.

Até 2010 o município de Diadema contava com três unidades de PA, sendo duas na região Norte (PA Paineiras e PA Nações) e uma na região Sul (PA Eldorado), todas funcionando em prédios anexos às UBS do mesmo nome e gerenciadas pelo diretor da UBS. O atendimento no PA Nações era exclusivo para Pediatria e apresentava uma baixa demanda. Com a escassez de médicos para os plantões de finais de semana no PSC, a SMS decidiu desativar o atendimento de final de semana do PA Nações e transferir os médicos para o PSC, mantendo o o funcionamento da unidade de segunda à sexta feira. Com a construção da UPA Paineiras na mesma região do PA Nações, a SMS decidiu transferir o atendimento de pediatria para a nova unidade, inaugurada em dezembro de 2011. Desde agosto de 2011, a SMS realizou várias reuniões com as lideranças do bairro, com o Conselho Gestor da unidade e com outros atores políticos importantes na região para explicar as razões da decisão tomada. Este diálogo foi fundamental para que o fechamento do PA transcorresse de maneira tranquila e sem problemas, porque a população entendeu que o atendimento a ser realizado na UPA Paineiras seria mais resolutivo e mais eficiente.

Com esta medida, a partir de dezembro de 2011 a rede de atenção as urgências de Diadema passou a ser composta pelo PSC, pelo PSHM, pela UPA Paineiras, pelo PA Eldorado e pelo SAMU.

Em agosto de 2011 conseguiu-se resolver o problema de fixar um diretor no PSC, problema este que se vinha enfrentando desde 2009. No período de agosto de 2010 até a chegada do novo diretor, a Direção do HM vinha acumulando a gestão dos dois serviços (HM e PSC), com prejuízos para o gerenciamento HM. O novo diretor tem enfrentado cotidianamente a dificuldade de ter o número adequado de plantonistas para cobrir as equipes e atender a demanda que chega ao PSC, principalmente nos finais de semana.

Houve um esforço importante para planejar e organizar ações transversais voltadas para a qualificação do cuidado em saúde mental na AB, com mudanças importantes no desenho de integração e capacitação dos profissionais (psicólogos e assistentes sociais das UBS e profissionais dos CAPS) que trabalham com o matriciamento nas equipes locais. A Secretaria tomou a decisão de remanejar para as UBS os pacientes de saúde mental estáveis e antes acompanhados nos CAPS, num processo complexo, que contou com o apoio da maioria das equipes das UBS, tendo como suporte a capacitação em saúde mental para os profissionais da AB, que está ocorrendo desde junho/2011.

Na saúde mental foi dado continuidade ao processo de mudanças na gestão da rede de CAPS e na atenção oferecida aos pacientes, com grande tensionamento entre a Coordenação da Saúde Mental e parte dos profissionais e gerentes dos serviços, que culminou com mudanças na direção dos CAPS Centro/Norte, Leste e CAPS AD.

O processo de integração da AB com a Regulação avançou consideravelmente, com a definição e pactuação de um relatório de informações sobre a produção dos profissionais das UBS, que é repassado periodicamente para os gerentes e equipes das UBS.

A reorganização da área administrativa financeira, iniciada em 2010, melhorou significativamente na gestão dos contratos, que representam a segunda maior despesa da Saúde, atrás apenas da despesa com a folha de pessoal. Houve também licitação de importantes contratos – tanto de novos como de contratos já existentes, como de segurança das unidades, limpeza e lavanderia do HM, serviço de ortopedia do HM, prótese odontológica, entre outros.

O Colegiado da área Administrativa e Financeira reuniu-se regularmente para aprimorar os seus processo de trabalho. Apesar de ter-se investido para criar as condições objetivas para a SMS assumir integralmente a gestão orçamentária e financeira do Fundo Municipal de Saúde, isso não ocorreu da forma planejada, embora a Secretaria tenha atualmente pleno controle do uso dos recursos orçamentários e financeiros da Pasta.





**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Em 2011 manteve-se a decisão de dar continuidade à implantação do SISREG3 nas unidades, sendo concluída a substituição do SIGASAÚDE pelo SISREG no QS. A implantação desta ferramenta possibilita hoje que as UBS façam o agendamento de parte das consultas de especialidades e de exames para diagnóstico no QS, garantindo mais autonomia das equipes na utilização dos recursos tecnológicos ofertados pelo município.

O Setor de Tecnologia da Informação (STI) da Secretaria da Saúde (SMS) vem desempenhando um papel importante na construção de uma base tecnológica consolidada, a fim de atender as demandas gerenciais e governamentais. Ao longo do ano de 2011, o STI concretizou participações em nível estratégico de gestão tendo a representação no GT Tecnologia da Informação e Comunicação (GT TIC).

Em paralelo às atividades operacionais, o STI SMS iniciou uma série de atividades de remodelagem nos processos internos incorporando os Frameworks de melhores práticas COBIT e ITIL. Buscando o alinhamento com o DTI Paço, o STI SMS iniciou uma nova fase de relacionamento, viabilizando a participação no plano estratégico de informatização da rede da Prefeitura de Diadema. Estrategicamente integra os Equipamentos de maior concentração dos Serviços de Saúde e pontos de distribuição de Serviços Tecnológicos: Secretaria da Saúde, HM, Quarteirão da Saúde (complexo), UBS Centro, CR-DST, Farmácia Central, Escola da Saúde, UBS Centro, CAPS Leste e CCZ. Executa projetos de ampliação da rede interna para melhoria dos serviços e viabilização de novos projetos, tais como: Implantação do Sistema de Dispensação de Medicamentos – Hórus; descentralização do Sistema SISREG; melhora da utilização e suporte ao Sistema SIAB, entre outros. Outras ações realizadas em 2011: Implantação do Plano de Contingência nos links de integração, a migração e unificação da rede LAN, convergindo todos os Equipamentos da Saúde em uma mesma rede lógica; melhoria do Sistema de Gerenciamento de Incidentes – SMSCALL e implantação de Manutenção Preventiva, evitando a maior parte dos defeitos dos equipamentos diminuindo ao máximo as manutenções corretivas (custo elevado) e indisponibilidades nos serviços de TI, aumentando assim a produtividade em geral.

Foi fundamental a implantação de um conjunto de instrumentos elaborados pelo Departamento de Gestão de Pessoas para monitoramento do quadro de pessoal da Saúde, como subsídio para tomada de decisão no Colegiado Gestor da SMS.

Um dos maiores problemas enfrentados nos dois últimos pela Gestão Municipal foi a dificuldade para contratação e fixação de médicos nos serviços, tanto nas UBS, como nos PAs e no PSC. A insuficiência de médicos para o SUS é um problema nacional e a situação de Diadema vem se agravando com a migração de médicos de Diadema para municípios vizinhos, em decorrência da decisão de algumas prefeituras em aumentar de forma significativa o salário dos médicos.

A SMS realizou três concursos públicos para médicos, mas o número de inscritos/aprovados foi muito menor do que as necessidades do município. A título de exemplo, pode-se citar o último concurso, em novembro/11, em que se ofereceu 21 vagas para médico generalista e que teve apenas um candidato.

A insuficiência de recursos financeiros e orçamentários, aliado ao problema da falta de médicos, constituíram-se nas maiores dificuldades da Gestão Municipal.

O fato do município contar com uma extensa rede de serviços de saúde, com custeio elevadíssimo em relação ao orçamento municipal, aliado a ausência de recursos do Governo do Estado para co-financiar estes serviços, bem como a insuficiência de recursos repassados pelo Ministério da Saúde (MS), faz com que o equilíbrio entre receitas e despesas continue sendo, sem sombra de dúvida, a grande dificuldade enfrentada pelos gestores da Saúde em Diadema nos últimos três anos. Apesar disso, o Sistema Municipal de Saúde continuou funcionando e garantindo atenção e assistência para os moradores do município, inclusive com investimentos em parceria com o MS (construção de prédio novo para a UBS do Jardim ABC e para UPA Paineiras, reforma da UBS Paineiras e do prédio da antiga UBS do ABC para alojar o CAPS Norte).

Em 2011 a SMS participou regularmente dos vários espaços de gestão do SUS - no Colegiado de Gestão Regional/CGR do ABC, no Conselho de Representantes do COSEMS, na diretoria do CONASEMS e na Comissão Integestores Tripartite/CIT, sempre com o objetivo de fortalecer o SUS, avançar na consolidação do Pacto pela Saúde e na organização da Rede de Atenção a Saúde - RAS, com ênfase nas três redes temáticas prioritárias aprovadas na CIT: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência e Rede de Enfrentamento do Crack .





**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Diadema participa ainda da Câmara Técnica, do Núcleo de Educação Permanente/NEP e é membro do Grupo Técnico (GT) de Regulação da Saúde, do CGR. O GT de Regulação se reuniu mensalmente com o objetivo de desenhar a Rede Cegonha, além de debater os problemas e soluções referentes à regulação do acesso, com a finalidade de subsidiar o processo de tomada de decisões do CGR.

A principal referencia regional para o município é o Hospital Estadual de Diadema (HED), tanto para internações como para algumas especialidades ambulatoriais e exames de apoio diagnóstico.

Infelizmente o HED não conta com Pronto Socorro e funciona de “porta fechada”, ou seja, recebendo apenas pacientes referenciados dos prontos socorros e hospitais da Região.

Outro problema é que a regulação do acesso ao HED é realizada exclusivamente pelo hospital, sem a participação do município de Diadema, nem da Regional da SES/SP, o que representa uma contradição com todas as normas do Pacto pela Saúde.

Em relação aos serviços de média e alta complexidade (MAC) ambulatorial, o município de Diadema tem bastante autonomia, pois 80% dos exames de apoio diagnóstico e 69% da demanda de consultas especializadas são realizados nos serviços municipais de saúde, principalmente no QS. Portanto, apenas 20% dos exames de apoio diagnóstico e 31% das consultas especializadas são encaminhados para os serviços de referência do SUS na Região do ABCD e no município de São Paulo, sendo que 75% dos encaminhamentos ambulatoriais são atendidos no HED.

Outra referencia utilizada é o Hospital Estadual Mário Covas (Santo André), que realiza principalmente exames de alta complexidade, como ressonância, cintilografias e exames laboratoriais especiais.

Das referências ambulatoriais localizados no município de São Paulo são utilizados o Hospital das Clínicas (oncologia), o Hospital Dante Pazzanese (cardiologia intervencionista), o Hospital Vila Alpina e os Ambulatórios Médicos de Especialidades da SES/SP (AME Heliópolis, o AME Bourrol e o AME Maria Zélia), por meio de um sistema de informação, chamado CONEXA, gerenciado pela SES/SP, através de uma OSS.

Na esfera nacional merece destaque o fato da presidenta Dilma Rousseff ter regulamentado a Lei 8080/1990 do SUS, com o Decreto 7.058, em junho de 2011, pelo que este Decreto poderá representar como avanço na consolidação das relações interfederativas.

No entanto, em 2011 o SUS sofreu grave derrota com a regulamentação da EC 29, aprovada na Câmara Federal e no Senado sem aumento de recursos do Governo Federal para a Saúde, o que deverá continuar provocando enormes dificuldades para se efetivar os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Um dos maiores investimentos da SMS em 2011 foi no trabalho intersetorial, particularmente para construção e implantação de dois Planos: o Plano Municipal de Promoção do Envelhecimento Saudável e o Plano Municipal de Enfrentamento do Crack e outras drogas, ambos envolvendo várias secretarias municipais.

#### **4.2 GESTÃO DO CUIDADO**

O principal objetivo da SMS é garantir atenção à saúde dos moradores de Diadema, em conformidade com os princípios do SUS de universalidade do acesso, integralidade da atenção, equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, e com participação da comunidade. Para atingir este objetivo, várias ações de saúde são produzidas, e várias atividades são executadas com a finalidade de melhorar a qualidade da atenção oferecida à população, aperfeiçoando o acolhimento dos usuários, implementando dispositivos para aumentar a resolutividade em toda a rede de serviços, incentivando a responsabilização dos profissionais e equipes de saúde pelo cuidado dos pacientes, integrando os serviços por meio de linhas de cuidado e buscando maior articulação entre os vários níveis do sistema local e regional de saúde.

Em 2011, teve continuidade a implantação da Linha de Cuidado de Hipertensos e Diabéticos, iniciada em 2009, com ações e atividades produzidas pela AB, como pelos demais serviços de saúde

O Grupo de Trabalho da Assistência Farmacêutica continuou a revisão da REMUME, reviu os medicamentos para HAS e DM, porém não foi possível implementar a aquisição dos novos medicamentos, por conta de problemas orçamentários e financeiros.

A informatização do Almoxarifado e Farmácia Central com o sistema Hórus, fruto de parceria com o MS, também foi mantida, porém por dificuldades financeiras não houve a reposição necessária no quadro de



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

administrativos e esta atividade não está ocorrendo, conforme o planejado. No entanto, o sistema HÓRUS foi expandido na AB, e atualmente 8 UBS estão com o sistema implantado.

Nos últimos anos, a Secretaria vem investindo no fortalecimento da AB, entendendo-a como estruturante de todo sistema local de saúde e responsável pela gestão do cuidado. Neste sentido, houve expansão da cobertura da estratégia de SF, por meio da ampliação do número de equipes de SF com médico generalista, como pela implantação de equipes com médicos das especialidades básicas. Outra iniciativa importante foi a habilitação, junto ao MS, de 42 equipes de SF no Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB, assim como o cadastramento de 06 UBS no programa de reforma de UBS, com recursos do MS. Além destas, outras iniciativas foram buscadas, como atividades de Educação permanente/EPS, a construção da nova Unidade Básica de Saúde do ABC, a reforma da UBS Paineiras.

O município de Diadema é responsável por parcela importante da atenção especializada ambulatorial de média complexidade, oferecida no QS - principal retaguarda de consultas especializadas e serviços de apoio diagnóstico para a rede básica. A inauguração do QS, em 2008, representou aumento significativo da oferta de exames de apoio diagnóstico, de consultas especializadas e atendimento na área de fisioterapia, embora persistam gargalos, como a insuficiência de vagas em oftalmologia para atender a demanda da área.

O HM exerce papel fundamental na RAS municipal por várias razões: conta com 206 leitos nas áreas de clínica médica, cirurgia geral, ortopedia, ginecologia obstetrícia, e pediatria; conta uma com unidade de terapia intensiva (UTI) com 11 leitos na área de adulto; é a principal referência de internação dos casos de pediatria do município, dispondo inclusive de uma UTI pediátrica; conta com maternidade, berçário e UTI neonatal; é o único hospital com Pronto Socorro, aberto 24 horas. Nele trabalham 884 funcionários e os indicadores demonstram a importância do hospital na cidade - a produção é elevada, com média mensal de 16.500 consultas de pronto socorro, 170 partos, 110 procedimentos cirúrgicos e 750 internações (média mensal). O HM vem trabalhando pela integração na RAS, com participação importante na construção da LC de HAS e DM e no desenho da Rede Cegonha, além de ter participado ativamente da discussão e capacitação sobre amamentação, em 2011.

O Hospital enfrenta problemas estruturais antigos e importantes: o mobiliário e os equipamentos do HM encontram-se bastante deteriorados e o espaço físico precisa ser reorganizado e melhorado. Para enfrentar estes problemas, o município elaborou projeto solicitando recursos financeiros ao MS, para aquisição de mobiliário e equipamentos, depois do projeto ter tramitado por dois anos no Ministério, em dezembro foi publicada portaria com destinação de um milhão e duzentos mil reais para a compra dos materiais solicitados.

O excesso de demanda, a presença constante de macas nos corredores e a falta de referências estruturadas para encaminhar os casos de maior complexidade comprometem, muitas vezes, a qualidade da assistência oferecida aos pacientes, tornando o PS um local tenso as equipes que ali trabalham. Além disso, a gestão do trabalho médico voltado para a humanização do atendimento ainda é um desafio para o HM. Para 2012 está planejada a construção de uma UPA, anexa ao HM, que será denominada UPA Piraporinha.

Com relação à área de urgências e emergências, a proposta para 2011 era implantar em três etapas a CMRUE, coordenada pelo SAMU. Na primeira etapa, a Central iria regular as transferências inter-hospitalares dos serviços municipais, incluindo regulação das internações pediátricas entre o PSC e o HM e o agendamento de transporte ambulatorial. A segunda fase incluiria os agendamentos hospitalares de avaliações, exames e internações de especialidades externas à rede municipal e agendamento de tomografia. A terceira fase incluiria a regulação dos leitos hospitalares municipais e estaduais. A primeira fase foi implantada, porém a segunda e a terceira fase foram suspensas, tendo em vista a resistência dos médicos reguladores de assumirem as atribuições previstas nas fases posteriores. A direção da Secretaria entende que com dois médicos reguladores por plantão e com a contratação de pessoal que foi feita para o SAMU em 2011 seria possível implantar a Central com todas as atividades planejadas.

De maneira geral, em 2011, deu-se continuidade à atenção à saúde por meio dos serviços e programas já existentes e pode-se dizer que houve ampliação do acesso, com a consolidação do funcionamento da UBS Conceição, a ampliação para 24 horas de atendimento do CAPS AD, a implantação de dois Consultórios de Rua para dependentes químicos, a ampliação do fornecimento de prótese dentária, entre outros.



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

### **4.3 GESTÃO DO TRABALHO**

A SMS conta com 3.866 profissionais, incluindo 541 médicos, 305 enfermeiros, 92 dentistas, 181 profissionais de nível universitário de outras categorias; 1.022 auxiliares e técnicos de enfermagem, 477 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 523 administrativos, entre outros (dados de novembro/2011). Destes, 2.926 (76%) são servidores públicos municipais estatutários e CLT, 837(21,6%) são contratados por uma Organização Social/OS e os demais fazem parte de temporários, frente de trabalho, estagiários e municipalizados/SES/SP. Dos 837 contratados pela Organização Social/OS, 542(65%) são ACS e agentes da dengue.

A categoria mais numerosa da Saúde corresponde ao pessoal de enfermagem: são 170 auxiliares de enfermagem e 852 técnicos de enfermagem, totalizando 1022 funcionários. Além destes, a SMS conta com 305 enfermeiros.

Os médicos representam a segunda categoria mais numerosa - em número de 541, com variadas jornadas de trabalho, sendo 180 lotados no HM, 79 lotados na rede de UBS, 60 no PSC, 54 no QS, 21 no SAMU e os demais estão distribuídos nos CAPS, CR, CEREST, PA e na Gestão. Cerca de 90% dos médicos estão em áreas ligadas diretamente à assistência (HM, AB, PSC, QS e SAMU).

Dos 541 médicos existentes na SMS, 111 médicos fazem jornada semanal de 12 horas; 93 fazem jornada de 20 horas; 110 médicos fazem jornada semanal de 24 horas, 41 médicos fazem com jornada semanal de 32 horas; 122 médicos com jornada semanal de 40 horas e 56 médicos/PSF com jornada semanal de 40 horas. O total de 14.264 horas/ médicas semanais equivale a 713 médicos trabalhando com jornada de 20 horas semanais. Considerando a população de 386.089 habitantes e não incluindo médicos do HED e das clínicas, consultórios e do hospital privado existente no município, Diadema conta com 1,8 médicos (na área pública) por mil habitantes.

Os resultados da pesquisa Demografia Médica no Brasil, realizada em 2011, pelo Conselho Federal de Medicina e CREMESP, indicam que o Brasil conta com uma média de 1,95 médicos para cada mil habitantes, incluindo postos de trabalho públicos e privados. A região sudeste conta com 2,87 postos de trabalho médico ocupados no setor público por mil habitantes e 6,84 no setor privado. De acordo ainda com esta pesquisa 56,38% dos médicos brasileiros estão fixados na região sudeste, 16,96% no nordeste, 14,94% no sul, 7,52% no centro-oeste, e apenas 4,21% na região norte.

Além de médicos, enfermeiros e dentistas, a SMS conta com 181 profissionais de nível universitário de várias categorias: psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, bioquímicos, nutricionistas, fisioterapeutas, veterinários, fonoaudiólogos, entre outros.

Os administrativos somam 524 profissionais e os operacionais e de apoio (motoristas, agentes de limpeza e outros) somam 456 funcionários.

Em 2011, fez-se a reposição de demissões e aposentadorias ocorridas em 2010, e foram priorizadas as contratações de técnicos de enfermagem, administrativos, auxiliares de consultório dentário/ACD, entre outros, totalizando cerca de 120 profissionais. As reposições de demissões ocorridas em 2011 foram automáticas, tendo em vista que a Administração realizou concurso público para todas as categorias, no final de 2010 e passou-se a contar com listas de concursados para todas as categorias, com exceção de médicos.

Houve também contratação de profissionais para o SAMU, entre motoristas, técnicos de enfermagem e outros, para implantação da CRUE.

Em 2011 foi realizado amplo debate na Secretaria sobre a EC 51 e a Lei Federal 11.350, que disciplinam a contratação de ACS e agentes de vigilância como estatutários, culminando com o encaminhamento de PL do Executivo para a Câmara de Vereadores. A Lei Municipal Complementar nº 344, de 19/12/2011, foi aprovada e está programado para o 1º trimestre de 2012 o 1º Concurso Público para ACS de Diadema, e a contratação dos aprovados, como estatutários, de acordo com as necessidades da Secretaria.

No que tange aos profissionais administrativos, a SMS realizou o Primeiro Ciclo de Capacitação, para mais de 500 trabalhadores administrativos da Saúde, com base nos princípios do Humaniza SUS. As Oficinas aconteceram no primeiro semestre de 2011, com duração de 8 horas para cada grupo, composto por 20 profissionais. Este trabalho foi realizado exclusivamente pela equipe da SMS, sob a coordenação de duas assistentes do gabinete, de uma assistente social da vigilância e da diretora da área de Gestão de Pessoas da SMS.



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Também se está participando em uma pesquisa sobre a Força de Trabalho da Saúde na Região do ABC, iniciada em 2011, em parceria com o Departamento de Gestão do Trabalho do MS e os municípios do CGR do ABC.

Para orientar a tomada de decisão na área de gestão de pessoas, continua-se a usar informações sobre os trabalhadores da Saúde usando instrumentos desenhados em 2010. Um destes instrumentos é um conjunto de três planilhas, uma com o quadro de pessoal, discriminado nas 13 categorias profissionais mais numerosas da Saúde e as formas de contratação; outra planilha com os admitidos, com o mesmo formato da primeira e uma terceira com os demitidos. Este conjunto de planilhas permite visualizar facilmente a movimentação de pessoal no mês. Outros instrumentos importantes de monitoramento da área, discutidos nas reuniões do Colegiado Gestor da Secretaria, são: a planilha de plantão de convocação municipal (PCM), fornecida mensalmente e organizada por serviço; a planilha de horas extras, também fornecida por mês e por serviço e o a planilha com o quadro de pessoal por categoria e por área (em anexo).

Em 2011 enfrentou-se uma greve do funcionalismo durante 20 dias, com grandes dificuldades durante e depois da greve, para os gestores, para as equipes e para a população.

As discussões sobre processo de trabalho, acolhimento, gestão do cuidado, clínica ampliada, protocolos, linhas de cuidado ocorreram tanto nas reuniões dos colegiados e das equipes, como nas atividades de educação permanente.

#### **4.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE**

Em 2011 houve grande investimento em educação permanente/EP, uma vez que a Gestão entende este dispositivo como fundamental para a formação e a capacitação de gestores e equipes, voltado para qualificar a atenção oferecida aos usuários e melhorar a satisfação dos profissionais.

A produção do cuidado no cotidiano dos serviços de saúde depende da maneira como os trabalhadores colocam seus conhecimentos, desejos e subjetividade a favor da defesa da vida e das necessidades de saúde dos usuários. Com este sentido, a Gestão tem buscado contribuir, por meio da EP, impactar positivamente a relação equipe – usuário para a produção de qualidade de vida e autonomia dos usuários.

Os processos de EP ocorreram em conformidade com as prioridades definidas pelo Colegiado da SMS, por meio de oficinas de trabalho, cursos, seminários e rodas de conversa.

Na Programação Anual foram listadas 42 atividades de EP, que ao longo do ano foram acrescidas de novas necessidades, de forma que no final de 2011 haviam 61 atividades listadas, das quais 47 foram realizadas, o que corresponde a 77% do planejado. Segue abaixo o consolidado do processo de EP ocorrido em 2011.

Em continuidade ao Convênio de Cooperação entre a UNIFESP e a Prefeitura de Diadema para implantação do Programa de Integração Docente Assistencial – PIDA UNIFESP/PMD, várias atividades foram desenvolvidas em 2011, de forma integrada com as Faculdades de Medicina, Enfermagem, Fonoaudiologia e Farmácia. Entre elas, merece destaque o seminário Integração Universidade e Serviço de Saúde, realizado em setembro de 2011, com o objetivo Construir o Projeto de Rede Escola no SUS de Diadema, por meio de parceria entre a SMS e a UNIFESP e apresentar o estado da arte da integração das duas instituições.

A SMS disponibiliza ainda estágios para estudantes dos cursos de auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiros para escolas privadas do Município e Região, estágios estes coordenados pela Escola de Saúde. A SMS ofereceu 1.312 campos de estágio, funcionando em todos os períodos (manhã, tarde, noite e finais de semana) e recebeu no ano 8.136 alunos, assim distribuídos:

Tabela 1: Distribuição de campos de estágios e de estagiários por serviços da SMS, 2011

Serviços	Nº Campo de Estágio		Nº Estagiários/Mês	Nº Estagiários/Ano
	Mês	Ano		
Hospital Municipal	31	372	280	3360
PS Central	27	324	158	1896
Atenção Básica	35	420	160	1920
Saúde Mental	8	96	80	960
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>1212</b>	<b>678</b>	<b>8136</b>

Fonte: Escola de Saúde/SMS



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

O Colegiado Gestor da SM avaliou como extremamente positivo para a qualificação do cuidado nos serviços de saúde de Diadema, o processo de EP vivenciado pelos trabalhadores da Saúde.

**Processos de Educação Permanente (EP) programados para 2011**

No momento de elaboração da Programação Anual foram planejadas 42 atividades, das quais foram realizadas 24 e ao longo do ano foram realizadas mais 36 atividades, totalizando 60 atividades de EP na RAG de Diadema.

1. Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, em parceria com o Centro de Estudos de Saúde Coletiva (CESCO) da FMABC e MS, para 40 GERENTES E GESTORES MUNICIPAIS – em curso;
2. Curso de Especialização em SF para médicos, enfermeiros e dentistas em parceria com a Unifesp/Una SUS (89 profissionais das UBS, carga horária de 496 horas/ aluno) – em curso;
3. Capacitação em saúde mental para médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e fonoaudiólogos, da AB e CAPS (para 145 profissionais, carga horária de 96 horas/ aluno) – em curso;
4. Ciclo de Encontros para capacitação dos trabalhadores administrativos da Saúde, de acordo com princípios do Humaniza SUS (418 participantes, carga horária de 08 horas/ aluno);
5. Oficinas sobre Rede de Atenção a Saúde com profissionais de Nível Universitário da AB e Secretária da Saúde (274 profissionais, 10 oficinas de 04 horas);
6. Capacitação de 100 profissionais em manejo de aleitamento materno (AB e HM) (106 profissionais, carga horária de 16 horas para cada grupo);
7. Capacitação de técnicos do HM para os dez passos de incentivo ao aleitamento materno para garantir o título Hospital Amigo da Criança, (60 técnicos de enfermagem, carga horária de 20 horas);
8. Capacitação dos profissionais da rede - médicos e enfermeiros para o manejo da sífilis (216 participantes da AB, HM e CR, carga horária de 04 horas aluno), em parceria com a Disciplina de Infectologia da FMABC;
9. Capacitação em gênero, sexualidade e práticas de sexo seguro em consonância com os planos de enfrentamento da AIDS, controle das DST e eliminação da sífilis, realizada sob a forma de oficina, nas UBS Inamar, Serraria, Paulina e Nova Conquista, envolvendo todos os profissionais das unidades e um profissional de referência do CR, com duração de 10 meses, 8 horas por mês (318 participantes);
10. Seminário de Avaliação da AB - Questões Metodológicas e Desafios para a Gestão do SUS – QualiAB (duração de 8 horas / 180 participantes);
11. Capacitação de técnicos de enfermagem da AB em HAS e DM (20 participantes, carga horária de 4 horas);
12. Capacitação de gerentes de UBS e de outros equipamentos de saúde, da Secretaria de Assistência Social, da Cultura, do Esporte e Segurança Alimentar em Promoção do Envelhecimento Saudável através dos Fóruns Regionais (03 encontros);
13. Capacitação em alimentação saudável e promoção do envelhecimento saudável para profissionais da AB (carga horária de 8 horas, 175 participantes);
14. Realização do II Seminário de Promoção do Envelhecimento Saudável de Diadema;
15. Capacitação de profissionais de saúde para diagnóstico e atendimento do paciente com dengue na rede para 31 participantes - ACS, Enfermeiros e técnicos de enfermagem, (carga horária de 3 horas);
16. Capacitação da equipe do CR para atendimento de pessoas com Hepatites Virais (carga horária de 20 horas);
17. Capacitação das equipes do Caps AD por meio de oficinas para ofertas teóricas e para compartilhar experiências;
18. Capacitação de profissionais da Educação, Esportes, Cultura, GCM e outros para identificação, abordagem e manejo de casos de AD em seus locais de atuação, pela Escola de Redutores 2 ( 20 participantes, carga horária de 44 horas);
19. Capacitação de profissionais da AB em prevenção da violência e cultura da paz, por meio de oficinas em 18 UBS;
20. Capacitação das equipes de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) em BCG (realizado módulo teórico, para 54 profissionais da AB, HM e CR, com carga horária de 20 horas);





**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

21. Capacitação em urgência e emergência dos profissionais médicos e de enfermagem das UPAS (40 técnicos de enfermagem da UPA Paineiras, carga horária de 16 horas e 14 profissionais de NU da UPA Paineiras, carga horária de 8 horas);
22. Capacitação dos Conselheiros de Saúde do município (40 conselheiros, carga horária de 12 horas);
23. Capacitação em Saúde Mental para Técnicos de Enfermagem da AB (113 participantes, carga horária de 12 horas);
24. Seminário Rede Amamenta (374 participantes, carga horária 4 horas);
25. Seminário “Alimentação Saudável começa no Peito” para AB e HM (carga horária de 4 horas, 71 participantes);
26. Oficinas sobre Acesso em SB (35 oficinas com carga horária de 3 horas, totalizando 105 horas, 680 participantes);
27. Oficina de sensibilização para proteção, promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno para profissionais de Vigilância Sanitária (carga horária de 4 horas, 14 participantes);
28. Capacitação em Manejo Clínico em Diabetes para médicos e enfermeiros (carga horária de 4 horas, 16 participantes);
29. Curso de tutores para enfermeiros assumirem a responsabilidade pela capacitação de profissionais de APH móvel (SAMU 192) e APH fixo, do MS (carga horária de 12 horas, 2 enfermeiros);
30. Capacitação em coleta de laboratório ministrada por docentes do Curso de Farmácia da Unifesp, campus Diadema (27 enfermeiros, 23 técnicos de enfermagem, com carga horária de 20 horas);
31. Curso de Capacitação para Profissionais de APH móvel (SAMU 192) e APH fixo do MS (carga horária de 180 horas, 26 motoristas e 35 técnicos de enfermagem);
32. Curso de Capacitação para funcionários novos do SAMU (carga horária de 120 horas, 2 motoristas, 3 técnicos de enfermagem e 2 enfermeiros);
33. Curso de Urgência e Emergência Clínica do Projeto SAMU nas Empresas (carga horária 8 horas, 40 participantes);
34. Capacitação para atuação no ambulatório de anticoagulação (49 técnicos de enfermagem e enfermeiros do QS, carga horária de 4 horas e 30 minutos);
35. Capacitação para realização e interpretação de eletrocardiograma (ECG) (47 técnicos de enfermagem e enfermeiros do QS, carga horária de 4 horas e 30 minutos);
36. Capacitação sobre Infecção Hospitalar (07 enfermeiros do Ambulatório do QS, carga horária de 3 horas);
37. Capacitação para avaliação da acuidade visual pelo teste de Snellen (20 profissionais das equipes de Enfermagem da AB, carga horária de 4 horas);
38. Matriciamento em endocrinologia: Atualização em Diabete Mellitus (16 profissionais médicos e enfermeiros das UBS, carga horária de 4 horas);
39. Palestra: Comunicar para Crescer (60 enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes administrativos do QS, carga horária de 5 horas);
40. Curso de aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, promovido pela Escola Nacional de Saúde/FIOCRUZ (02 profissionais da AB, carga horária de 180 horas) – realizado.
41. Oficinas para a construção do novo mapa das áreas a serem cobertas com o trabalho de ACS e Agentes da Vigilância no controle da Dengue, para 380 participantes - ACS, enfermeiros, gerentes, (carga horária de 3 horas);
42. Capacitação em tratamento supervisionado para tuberculose para ACS e enfermeiros, em conjunto com a SES (40 participantes, com carga horária de 20 horas);
43. Capacitação no preenchimento dos novos formulários de Declaração de Nascidos Vivos para 11 profissionais das Maternidades do município, com duração de 4 horas;
44. Seminário de Prevenção de Acidentes em Máquinas Injetoras de Plásticos para 105 participantes, com 4 horas de duração;
45. II Seminário Assédio Moral para 110 participantes da atenção rede básica, com 4 horas de duração;
46. Capacitação dos técnicos da Vigilância Sanitária, CCZ, Cerest e ECD em "Rito Sanitário" para 20 profissionais, com 20 horas de duração;



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

47. Capacitação em Atendimento ao Público para 15 Agentes de Controle de Zoonoses e Agentes de Vigilância a Saúde, com duração de 20 horas.

**Palestras:**

48. Capacitação de ACS em Crack e Outras Drogas (91 participantes, carga horária de 2 horas/aluno);
49. Treinamento para preenchimento de Relatório de acidente de trabalho (RAAT) (65 profissionais de Nível Superior do QS, carga horária de 1 hora e 30 minutos);
50. Treinamento em Transporte seguro de material Biológico I (26 agentes administrativos e coordenadores de plantão do QS, carga horária de 1 hora);
51. Treinamento em Transporte seguro de material Biológico II (77 enfermeiros e técnicos de enfermagem, carga horária de 1 hora);
52. Prevenção de infecção de Sítio Cirúrgico (03 enfermeiros do Ambulatório de Especialidades do QS, carga horária de 1 hora);
53. Capacitação para atendimento a acidente de trabalho com exposição à material biológico I (88 profissionais das equipes de Enfermagem, Médica e Administrativa, carga horária de 1 hora e 30 minutos);
54. Projetos mãos limpas, são mãos mais seguras (89 profissionais do QS e PSC, carga horária de 1 hora e 30 minutos);
55. Capacitação para atendimento a acidente de trabalho com exposição a material biológico II (6 membros da equipe médica do QS, carga horária de 2 horas);
56. Capacitação para atendimento anti-rábico humano (70 profissionais das equipes de enfermagem, médica e administrativa, carga horária de 1 hora e 30 minutos);
57. Palestra sobre Lombalgia e outros transtornos da coluna vertebral (214 pessoas, carga horária de 2 horas);
58. Palestra sobre Hipertensão arterial sistêmica e Diabete Mellitus (180 pessoas, carga horária de 2 horas);
59. Capacitação em atendimento antirrábico humano para o PSC em conjunto com o CCIH, para 70 profissionais, carga horária de 2 horas;
60. Capacitação em atendimento antirrábico humano para o HMD, para 44 profissionais, com 1 hora de duração;

## **5. BALANÇO DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE 2011**

Na Programação Anual de 2011 foram colocados 12 Objetivos Estratégicos para a reorganização da RAS e 23 Objetivos Estratégicos relacionados com a forma de gestão da SMS. Por serem estratégicos, a maioria deles é processual e fazem parte da construção técnico-política permanente do SUS no território loco regional. Estes objetivos estão presentes no Plano Municipal de Saúde de Diadema (2009 a 2012), por isto, considera-se importante avaliá-los anualmente no RAG.

### **5.1 Objetivos estratégicos para a reorganização da RAS:**

1. Melhorar a atenção à saúde oferecida à população de Diadema com vistas à integralidade e à equidade - EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL;
2. Melhorar a qualidade da AB, tornando-a de fato não somente ordenadora do sistema e gestora do cuidado, mas também a principal porta de entrada do Sistema de Saúde e espaço efetivo de resolução de problemas de saúde da população adscrita - EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL;
3. Implementar a integração e o trabalho interdisciplinar das equipes, utilizando conhecimentos dos vários núcleos profissionais para a construção compartilhada de projetos voltados para as necessidades individuais e coletivas da população - EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL;
4. Consolidar a Estratégia de SF com 100% de cobertura através de 96 Equipes, sendo 66 Equipes com médicos generalistas e 30 Equipes com pediatras, clínicos e ginecologistas, além da equipe de





**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

- enfermagem e ACS; 53 equipes de SB e 9 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), conforme preconizado na PNAB - EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL;
5. Aperfeiçoar a integração do HM com a AB e com outras áreas, tais como: SAMU, Regulação, Vigilância Sanitária e Epidemiológica e o QS - EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL;
  6. Consolidar a atenção às urgências e emergências por meio da CRUE, articulando a atenção oferecida nos Prontos Socorros, e SAMU, unidades de Pronto Atendimento e AB, em consonância com a Rede de Urgência e Emergência do SUS, aprovada na Comissão Intergestores Tripartite/CIT de maio/2011 - EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL;
  7. Consolidar o processo de implementação da linha de cuidado de HAS e DM em conformidade com o modelo de atendimento às doenças crônicas, em parceria com a OPAS - EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL;
  8. Implantar a Rede de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com ênfase na saúde materna, em conformidade com as diretrizes do Projeto Rede Cegonha e na prevenção do câncer de mama e câncer cérvico uterino, aprovadas na CIT de abril/2011 – EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL;
  9. Fortalecer a rede de CAPS, aperfeiçoando as ações das equipes de Saúde Mental e a integração com a AB - EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL;
  10. Implementar as ações de Promoção da Saúde, com ênfase nas ações de promoção da alimentação saudável e incentivo e estímulo a atividades físicas, tais como Lian Cong nas UBSs e o estímulo à participação dos usuários das UBS em atividades já estruturadas na cidade, como Mulheres em Movimento, grupos de caminhadas, Academia da Cidade, entre outras - EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL;
  11. Fortalecer o trabalho intersetorial voltado para a construção de uma cidade potencialmente saudável, por meio da implantação de ações de promoção da saúde, com ênfase na Promoção do Envelhecimento Saudável - EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL, nas ações do Plano Integrado de Enfrentamento do crack e outras drogas - EM PROCESSO COM DESEMPENHO DESFAVORÁVEL e nas ações intersetoriais de prevenção da violência e promoção da Cultura da Paz EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL;
  12. Buscar soluções regionais para garantia do acesso em áreas estranguladas, solicitando apoio técnico e financeiro da SES/SP, para referências nas urgências e emergências de traumatologia e neuro-trauma, de Diadema e demais municípios da região, conforme prioridade definida no CGR - EM PROCESSO COM DESEMPENHO DESFAVORÁVEL.

**5.2 Objetivos estratégicos da forma de gestão:**

1. Consolidar o processo de democratização da gestão, através do fortalecimento dos espaços permanentes de discussão e reflexão sobre o trabalho e a gestão, priorizando a organização de Colegiados de Gestão e as Equipes de Saúde - EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL;
2. Utilizar a educação permanente como ferramenta estratégica para reorganizar os processos de trabalho, no sentido de possibilitar a formação e capacitação dos profissionais, favorecendo a construção de relações mais solidárias entre as equipes e os usuários, que produzam qualidade de vida, autonomia e sentido para ambos - EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL;
3. Promover espaços de reflexão e discussão com os gestores e profissionais de saúde voltados para necessidade de mudanças estruturais e culturais na forma de organizar os serviços de saúde e na atenção aos usuários - EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL;
4. Fortalecer o Colegiado Gestor como ator político responsável pelo planejamento, gestão e avaliação do Sistema Municipal de Saúde de Diadema - EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL;
5. Aprimorar o funcionamento dos coletivos já existentes - Colegiado Gestor, Colegiado de CAB; de Gerentes das UBS; do QS; da Vigilância em Saúde; de Saúde Mental; do HM, das Urgências e Emergências e Colegiado Administrativo Financeiro - EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL e constituir o colegiado gestor do PSC – DESEMPENHO DESFAVORÁVEL;
6. Implementar as reuniões de equipe, enquanto espaço para discussão dos processos de trabalho em todos os locais de produção do cuidado, respeitando as especificidades das equipes - EM PROCESSO



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

COM DESEMPENHO FAVORÁVEL NOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS e DESFAVORÁVEL NOS SERVIÇOS 24 HORAS;

7. Incorporar a avaliação como rotina da gestão, por meio da análise de informações epidemiológicas e indicadores de saúde; informações sobre a produção dos serviços e a produtividade dos profissionais, bem como avaliações qualitativas baseadas no trabalho cotidianos dos gestores, gerentes e trabalhadores - EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL;
8. Avançar na informatização da rede e no cadastro dos usuários, com vistas à utilização do Cartão SUS, voltado para garantia e regulação do acesso - EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL;
9. Consolidar a utilização do SISREG III em todo a RAS e facilitar o sistema de referência e contra referência - EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL;
10. Participar do processo de construção da Rede Regional de Atenção a Saúde junto ao CGR e reivindicar apoio técnico e financeiro da SES/SP para a garantia do acesso e integralidade na Rede Regional – EM PROCESSO COM PARTICIPAÇÃO FAVORÁVEL E RESULTADO DESFAVORÁVEL;
11. Realizar e aperfeiçoar as Reuniões Ordinárias do CMS - EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL;
12. Aperfeiçoar a participação efetiva da população no planejamento e acompanhamento da execução das ações de saúde, incluindo o controle da utilização dos recursos financeiros do SUS, o que é realizado através das prestações de contas mensais do Fundo Municipal de Saúde aos conselheiros e Audiências Públicas na Câmara de Vereadores - EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL;
13. Criar mecanismos para efetivar mudanças na estrutura e cultura organizacionais, visando adequar a RAS à situação demográfica e epidemiológica contemporânea, caracterizada pelo envelhecimento da população, transição epidemiológica e incorporação tecnológica na Saúde - EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL;
14. Promover espaços de reflexão e discussão com os usuários, conselheiros, atores políticos em geral, sobre a necessidade destas mudanças estruturais e culturais, relacionadas à forma de compreender e utilizar os serviços de saúde – EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL;
15. Promover discussão entre gestores, trabalhadores da saúde e usuários sobre os determinantes sociais da saúde, investindo no sentido de ter cidadãos com mais autonomia para enfrentarem seus processos de adoecimento, com maior consciência sanitária e condições para práticas de auto cuidado – EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL;
16. Utilizar todos os espaços de participação popular para debater o processo de mudança no campo das idéias e das práticas, utilizando a ferramenta da educação permanente e recursos de campanha de esclarecimento e divulgação sobre o funcionamento dos serviços de saúde- – EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL;
17. Apoiar os canais de participação popular na Saúde, fortalecendo o processo de eleição dos conselheiros dos Conselhos Gestores de Serviços e a renovação do CMS - EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL;
18. Consolidar o Programa de Integração Docente Assistencial da SMS com a UNIFESP, no sentido da construção de uma rede-escola no município, transformando os pontos da Rede de Atenção a Saúde em espaços de aprendizagem, para alunos da graduação como da pós graduação, articulando as pesquisas da universidade com a rede-escola, e estabelecendo o apoio técnico da Universidade às necessidades de Educação Permanente dos profissionais de saúde da SMS- EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL;
19. Implementar o Pacto pela Saúde no município e participar de sua implementação na Região do ABC, por meio da participação efetiva no CGR e no COSEMS/SP - EM PROCESSO COM DESEMPENHO FAVORÁVEL;
20. Formalizar a relação entre a gestão municipal e estadual, por meio da assinatura do Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos – PCEP, tendo em vista que o HED está localizado em Diadema e continua sob gestão e gerência da SES/SP - EM PROCESSO COM DESEMPENHO DESFAVORÁVEL;
21. Participar da mobilização nacional pela regulamentação da EC 29 e aumento de recursos federais para a Saúde Pública e o SUS - EM PROCESSO COM DESEMPENHO DESFAVORÁVEL;



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

22. Participar da discussão e mobilizar atores políticos pelo aumento de recursos da SES/ SP para custeio das ações e serviços de saúde nos municípios, inclusive Diadema - EM PROCESSO COM DESEMPENHO DESFAVORÁVEL;
23. Realizar a Etapa Municipal da 14ª Conferencia Nacional de Saúde, eleger delegados para a Etapa Estadual e Nacional da 14ª CNS - DESEMPENHO FAVORÁVEL.

## 6. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

### 6.1 DADOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS

Diadema pertence à Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), mais especificamente à Região do Grande ABC Paulista, que também abrange os municípios de Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra. Possui a segunda maior densidade demográfica do país, com 12.688,35 habitantes por Km<sup>2</sup>, enquanto a RMSP apresenta 2.501,00 habitantes por Km<sup>2</sup>, e o Estado de São Paulo 167,97 habitantes por Km<sup>2</sup> (SEADE - 2011).



Quadro 1: Dados demográficos e socioeconômicos do município de Diadema

População – 2011	388.898
Densidade Demográfica (Habitantes/Km2)- 2011	12.688,35
Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População - 2000/2010 (% A.A.) – 2010	0,79
Grau de Urbanização (%) – 2011	100,00
Índice de Envelhecimento (%) – 2011	32,90
População com Menos de 15 Anos (%) – 2011	23,52
População com 60 Anos e Mais (%) – 2011	7,74
Razão de Sexos – 2011	93,76

Fonte: SEADE 2012

### 6.2 DADOS DE NATALIDADE

De acordo com dados do SEADE, a taxa de natalidade do município, em 2010, foi de 16,18‰, correspondendo a 6.242 nascidos vivos, sendo maior que a do Estado de São Paulo, que foi de 14,59‰ para o mesmo ano.

Na tabela abaixo, apresentamos o número de nascidos vivos de mães residentes em Diadema, de 2005 a 2011, mostrando uma tendência de queda, cumprindo, porém, lembrar que o dado de 2011 ainda sofrerá alteração.

Tabela 2 – Nascidos vivos de mães residentes em Diadema, 2005 -2011

Ano	2005	2006	2007	2008	2009	2010*	2011*
Nascidos vivos	6.885	6.853	6.700	6.769	6.632	6.254	6.309

Fontes: SEADE ; \*dados preliminares SINASC Local de 10/02/2012

Analisando dados do SINASC, observamos que aproximadamente 37% dos nascimentos de residentes ocorrem fora do município, e que os recém nascidos de baixo peso constituem aproximadamente 9,5% dos nascimentos.

Tomando ainda o SINASC como referência, verificamos que a taxa de cesáreas de residentes é maior que 50% (53,8% em 2010, e 54,8% em 2011 até o momento), bem acima do ideal preconizado pela OMS.

Com relação ao número de consultas de pré-natal, desde 2006, mantém-se a mesma tendência de consultas realizadas, qual seja, mais de 75% das gestantes realizam 7 ou mais consultas de pré-natal (77,4% em 2010, e 77,7% em 2011 até o momento).

### 6.3 DADOS DE MORBIDADE



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

### 6.3.1 Morbidade hospitalar

Analisando os dados de morbidade hospitalar de 2011 disponíveis no DATASUS (período jan-nov), em comparação com o mesmo período de 2010, verificamos que as três primeiras causas que levam os residentes em Diadema à internação (doenças da gravidez, parto e puerpério, e as doenças do aparelho respiratório e circulatório) se mantiveram na mesma ordem.

Tabela 3 - Morbidade hospitalar dos residentes em Diadema segundo Cap. do CID-10, Jan-nov, 2010 - 2011.

Capítulo CID-10	jan-nov 2010		jan-nov 2011	
	Nº	%	Nº	%
Gravidez, parto e puerpério	4.127	18,11	4.121	17,4
Doenças do aparelho respiratório	3.251	14,27	3.002	12,68
Doenças do aparelho circulatório	2.503	10,99	2.289	9,67
Causas externas	2.109	9,26	2.236	9,44
Doenças do aparelho digestivo	2.255	9,9	2.140	9,04
Doenças do aparelho geniturinário	1.565	6,87	1.653	6,98
Neoplasias	1.368	6	1.508	6,37
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.002	4,4	1.091	4,61
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.079	4,74	940	3,97
Contatos com serviços de saúde	846	3,71	857	3,62
Algumas afec. originadas no período perinatal	893	3,92	853	3,6
Transtornos mentais e comportamentais	655	2,87	633	2,67
Doenças do sistema nervoso	684	3	577	2,44
Doenças sist. osteomuscular e tec. Conjuntivo	446	1,96	505	2,13
Outros	1299	5,7	1.273	5,38
Total	22.783	100	23.678	100

Fonte: DATASUS (02/02/2012)

Na tabela abaixo, verificamos que o aumento na morbidade hospitalar por causas externas ocorreu devido às lesões acidentais, aos acidentes de transporte e aos eventos de intenção indeterminada, visto que a morbidade nos demais grandes grupos apresentou diminuição ou manutenção.

Dentre as lesões acidentais, destaca-se a elevada porcentagem das quedas em geral (82%), predominantemente no sexo masculino (M=67%, F=33%); dentre os acidentes de transporte, a maior porcentagem engloba os acidentes envolvendo motociclistas (53%), predominando o sexo masculino (M=87%, F=13%); e dentre os eventos de intenção indeterminada, predominam os casos de contato com objeto contundente (62%), também se destacando o sexo masculino (M=74%, F=26%).

Tabela 4 - Morbidade hospitalar por causas externas dos residentes em Diadema, segundo grande grupo de causas (CID-10), jan-nov,2010 -2011.

Grande Grupo de Causas	jan-nov 2010		jan-nov 2011	
	Nº	%	Nº	%
Outras causas externas de lesões acidentais	1050	49,79	1065	47,63
Acidentes de transporte	370	17,54	488	21,82
Eventos cuja intenção é indeterminada	296	14,04	329	14,71
Complic. assistência médica e cirúrgica	168	7,97	164	7,33
Agressões	110	5,22	105	4,7
Sequelas de causas externas	65	3,08	49	2,19
Lesões autoprovocadas voluntariamente	47	2,23	34	1,52
Intervenções legais e operações de guerra	2	0,09	2	0,09
Fatores suplemente. relac. outras causas	1	0,05	0	0
TOTAL	2.109	100	2.236	100

Fonte: DATASUS (02/02/2012)

### 6.3.2 Morbidade por doenças de notificação compulsória



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

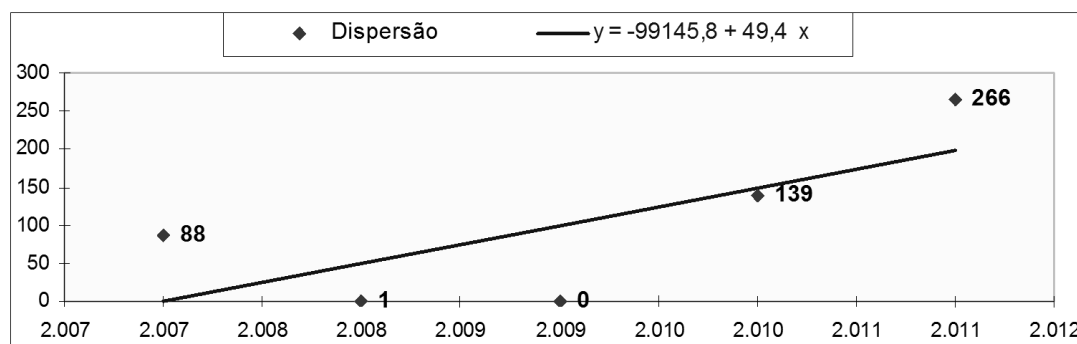
Tabela 5 – Série histórica dos agravos e doenças de notificação compulsória confirmados em residentes em Diadema, 2007 - 2011.

Agravos	2007	2008	2009	2010	2011
Dengue (só autóctones)	88	1	0	139	266
Tuberculose (só casos novos)	133	139	129	131	147
AIDS Adulto	66*	50*	47*	31	39
Meningite	172	81	77	111	65
Hepatites B e C	113	103	161	138	62
Sífilis Gestante	17	36	33	41	40
Sífilis Congênita	18	29	19	30	36
Hanseníase (só casos novos)	18	11	17	12	11
Peçonhentos	3	0	6	2	9
Leptospirose	8	7	4	15	5
Coqueluche	1	1	3	3	3
AIDS Criança	0*	1*	0*	1	0
Febre Maculosa	0	2	0	0	1
Rubéola	37	18	0	0	0

Fontes: SINANW/ SINANNET/EPITB/TBWEB e ECD, \* dados SINANET estadual.

A fim de verificar se esses eventos apresentam tendência a aumentar, diminuir, ou estabilizar, acrescentou-se linhas de tendência estatística à série histórica acima apresentada. Desse modo, verifica-se que os casos autóctones de dengue apresentam a tendência de aumento de 49 casos ao ano, conforme se vê no gráfico abaixo:

Gráfico 1 – Tendência linear dos casos autóctones de dengue em residentes no município de Diadema, 2007 - 2011.



Fonte: SINAN/SMS

Os demais agravos e doenças apresentaram as seguintes tendências lineares ao ano: aumento de 2 casos novos de tuberculose, 5 casos de sífilis em gestante e 4 de sífilis congênita, e 33 de hepatites B e C; e queda de 18 casos de meningite, 7 de Aids em adultos, e 1 de hanseníase. Além disso, é possível observar que os casos de leptospirose voltaram ao patamar de endemicidade, e que não foram registrados casos de rubéola em Diadema desde 2009 (resultado da realização da Campanha Nacional de Vacinação em 2008).

## 6.4 MORTALIDADE

### 6.4.1 Mortalidade Infantil

O Coeficiente de Mortalidade Infantil no município de Diadema, de 2011, foi atualizado pela Fundação SEADE em 12,34 por mil nascidos vivos, conforme tabela abaixo.

Tabela 6 - Mortalidade Infantil em residentes de Diadema, por faixa etária, 2011

Faixa etária	<7 dias	7 a 27 dias	28 dias a 1 ano	Total
Óbitos infantis	34	18	25	77
Taxa de Mortalidade	5,45	2,88	4,01	12,34



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Fonte: SEADE

Na série histórica da mortalidade infantil do município, desde 2000 até 2011, o que chama a atenção é o seu declínio gradativo, cabendo destacar que no começo da década de 90 a mortalidade infantil, em Diadema, era de 36,79/1000 nascidos vivos.

Tabela 7 – Série histórica da Mortalidade Infantil de Diadema, 2000 - 2011.

ANO	Fetal	Neonatal Precoce	Perinatal	Neonatal Tardia	Neonatal Total	Pós Neonatal	Infantil
2000	9,79	7,5	17,22	1,91	9,41	4,76	14,17
2001	9,02	8,58	17,53	3,51	12,09	5,07	17,17
2002	10,01	7,85	17,78	3,19	11,04	5,85	16,89
2003	8,84	6,72	15,50	4,39	11,11	5,62	16,74
2004	7,85	7,22	15,01	3,61	10,82	4,16	14,99
2005	9,07	6,68	15,69	3,20	9,88	6,1	15,98
2006	7,96	5,69	13,61	2,33	8,03	4,23	12,26
2007	7,85	6,57	14,36	3,13	9,70	5,07	14,78
2008	8,64	5,17	13,77	1,48	6,65	5,17	11,82
2009	7,19	6,94	14,07	2,11	9,05	3,32	12,36
2010*	9,21	5,45	14,60	2,88	8,33	4,01	12,34
2011*	9,99	6,18	16,17	2,06	8,24	4,44	12,68

Fonte: Fundação SEADE, \* dados preliminares SIM Local de 07/02/2012

Analisando o período 2005-2011, verificamos que a mortalidade fetal e a perinatal apresentam tendência linear crescente (aproximadamente 0,4% ao ano) enquanto que as demais taxas apresentam tendência linear decrescente (de até 0,2% ao ano).

#### 6.4.2 Mortalidade Geral

Conforme a tabela abaixo, verificamos que as doenças do aparelho circulatório ainda mantêm o primeiro lugar como causa de óbito no município. Em segundo lugar, as mortes ocasionadas por doenças neoplásicas, superadas em 2008 e 2010 pelos óbitos ligados às causas externas.

Tabela 8 – Causas de óbitos em residentes de Diadema, segundo grupo de causas do CID 10, 2006 - 2011.

Causa (CID-10 CAP)	2006	2007	2008	2009	2010*	2011*
Doenças do aparelho circulatório	606	702	638	597	695	655
Neoplasias (tumores)	318	302	303	325	334	326
Causas externas de morbidade e mortalidade	283	271	316	263	310	225
Doenças do aparelho respiratório	220	198	213	256	236	202
Doenças do aparelho digestivo	124	125	111	118	106	102
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	83	80	93	75	90	80
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	63	58	58	70	66	61
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	57	54	43	60	50	61
Algumas afec originadas no período perinatal	44	53	37	47	45	50
Doenças do aparelho geniturinário	37	36	24	35	45	42
Doenças do sistema nervoso	33	44	33	40	35	38
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	22	32	25	21	19	16
Transtornos mentais e comportamentais	8	10	10	16	14	14
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	10	8	8	15	8	10
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3	7	4	3	10	6
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	7	9	7	8	9	4
Gravidez parto e puerpério	-	2	1	3	2	1
Total	1918	1991	1924	1952	2074	1893

Fontes: SIM DATASUS, \* dados preliminares SIM Local de 09/02/2011

Analisando os óbitos por causas externas, verificamos que eles se mantêm predominantes no sexo masculino. Em 2010 os homicídios foram as causas mais frequentes, em 2011, apesar dos dados serem ainda preliminares, já se apresentam em maior número os acidentes, principalmente os de transporte





**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

(acidente de motos e atropelamentos). Os homicídios mantiveram-se mais frequentes em adultos jovens do sexo masculino (15-44 anos), o mesmo ocorrendo com relação aos suicídios, sendo o enforcamento o método utilizado em 90% dos casos.

## 7. ANÁLISE DAS PRIORIDADES

Neste capítulo são apresentadas as prioridades pactuadas nacionalmente, assim como daquelas definidas localmente a partir do Plano Municipal de Saúde (2009 a 2012), em função da realidade epidemiológica do município e dos compromissos assumidos com as mudanças do modelo de gestão e do modelo de atenção. As prioridades nacionais definidas no Pacto (pela Vida, Gestão e em Defesa do SUS) são analisadas conforme os objetivos, metas e indicadores pactuados, destacando-se o cumprimento das metas e as ações que contribuíram para o resultado alcançado.

As prioridades locais são apresentadas por área (média complexidade, urgência e emergência, hospitalar, regulação e assistência farmacêutica), destacando-se na análise as ações programadas para o ano de 2011, fruto do planejamento de cada área. Estas prioridades também são apresentadas por objetivo, com os respectivos indicadores.

### 7.1 PRIORIDADES DO PACTO PELA VIDA (PV)

#### 7.1.1 PRIORIDADE (PV): REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA

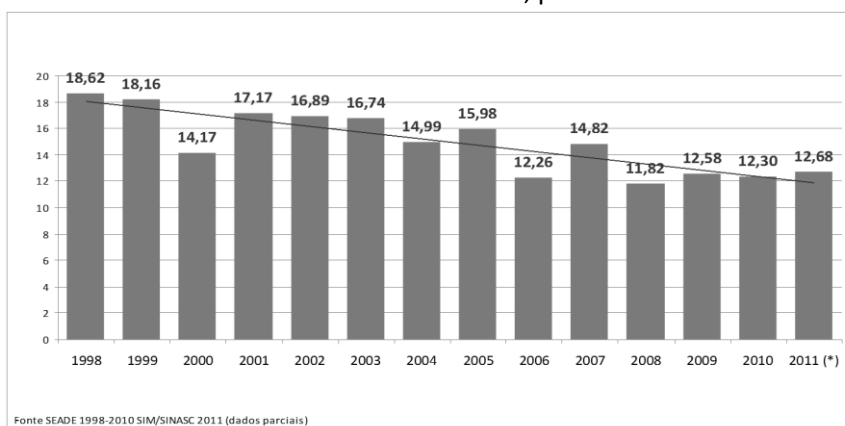
**OBJETIVO:** Reduzir a mortalidade infantil e a mortalidade materna

**INDICADOR:** Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI)

- Meta pactuada para 2011 CMI: 11,57 por 1000 NV
  - Resultado 2011: 12,68/1000 NV (dados preliminares)
- Meta pactuada para 2011 do Componente Neonatal: 6,44 por 1000 NV
  - Resultado 2011: 8,24/1000 NV (dados preliminares)
- Meta pactuada para 2011 do Componente Pós-neonatal: 5,13 por 1000 NV
  - Resultado 2011: 4,44/1000 NV (dados preliminares)

Conforme a série histórica do CMI apresentada no gráfico abaixo, a mortalidade infantil em Diadema vem decaindo desde o final da década de 90, chegando ao patamar mínimo em 2008, quando chegou em 11,82/1000 NV. A partir do ano seguinte apresenta uma inflexão, que permanece nos três anos seguintes.

Gráfico 2: Série histórica da Mortalidade Infantil em Diadema, período 1998 – 2011.



Analisando a tabela abaixo, percebe-se que a inflexão ocorrida em 2011 está relacionada com o aumento no componente pósneonatal, como também no componente neonatal precoce e na mortalidade perinatal.





**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Tabela 9: Evolução do Nº de Nascidos Vivos e Taxas da Mortalidade Infantil e respectivos componentes e Mortalidade Perinatal, em Diadema, 1998 – 2011.

Ano	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	
Taxas de MI	Neonatal precoce	9,53	7,86	7,5	8,58	7,85	6,72	7,22	6,68	5,69	6,59	5,17	7,43	5,40	6,18
	Neonatal tardia	3,03	3,32	1,91	5,07	5,85	5,62	4,16	6,10	2,33	3,14	1,48	1,82	2,90	2,06
	Neonatal total	12,56	11,18	9,41	13,65	13,70	12,35	11,38	12,78	8,03	9,73	6,65	9,25	8,30	8,24
	Pós neonatal	6,06	6,98	4,76	3,51	3,19	4,39	3,61	3,20	4,23	5,09	5,17	3,33	4,00	4,44
	Total	18,62	18,16	14,17	17,17	16,89	16,74	14,99	15,98	12,26	14,82	11,82	12,58	12,30	12,68
	Fetais	10,92	9,11	9,79	9,10	8,78	8,92	7,91	9,15	8,03	8,98	8,64	8,03	9,20	9,99
	Perinatal	20,45	16,97	17,29	17,69	16,63	15,64	15,12	15,83	13,72	15,57	13,81	15,46	14,6	16,17
Nascidos Vivos	9.238	9.032	8.396	7.690	7.518	7.290	7.207	6.885	6.853	6.700	6.769	6.599	6.242	6.309	

Fonte SEADE 1998-2010 - SIM/SINASC 2011 (dados parciais)

(\*) dados parciais, baseados, apenas, no banco local SIM/SINASC, portanto, sujeitos a variação

**INDICADOR:** Proporção de óbitos investigados de mulheres em idade fértil

- Meta pactuada para 2011: 65%
  - Resultado 2011: 66,26% de óbitos investigados

Em 2011 ocorreram 162 óbitos em mulheres em idade fértil, com 01 óbito materno declarado, todos notificados. Destas notificações, 108 tiveram a investigação finalizada, o que corresponde a 66, 26% dos óbitos notificados. Com relação a 2011, chama atenção a ocorrência de 163 óbitos notificados em contraposição a 140 óbitos notificados em 2010.

**INDICADOR:** nº de casos de sífilis congênita

- Meta pactuada para 2011: 25 casos  
Resultado 2011: 36 casos

O monitoramento do número de casos suspeitos de sífilis congênita mostra que em 2011, houve aumento no número de casos se comparado ao número de casos nos anos anteriores. A tabela abaixo mostra a evolução do número de casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita de 2007 à 2011 de residentes em Diadema.

Tabela 10: Série histórica da notificação da Sífilis Congênita, de residentes de Diadema – 2007/2011

Casos notificados	2007	2008	2009	2010	2011
Sífilis em gestante	17	36	33	42	49
Sífilis congênita	18	29	19	30	36

Fonte: SINANW / SINANNET e ECD/Diadema

Apesar dos esforços efetuados pela RAS o número de casos de Sífilis Congênita voltou a “aumentar” no Município em 2011.

É importante lembrar que do ponto de vista epidemiológico, são considerados casos de Sífilis Congênita, todo recém nascido, aborto ou natimorto, de mãe com diagnóstico de sífilis na gestação e ou parto, não tratada ou com tratamento inadequado, devendo ser notificados todos os casos suspeitos. Quando se trata de nascido vivo, há necessidade de seguimento durante 18 meses para confirmar ou descartar o caso.

Em análise às fichas de notificação de 2011, observa-se que dos 57 casos notificados, 36 (63,1%) foram confirmados como suspeitos de infecção trans-placentária e deverão permanecer em acompanhamento nas UBS, realizando sorologias e seguimento clínico até 18 meses de idade, quando será possível afastar ou não a infecção treponêmica.

Foram descartados 21 casos notificados, por tratamento adequado de gestantes e parceiros (36,8%).

Dos 57 casos notificados de sífilis congênita, 22 casos foram de gestantes não realizaram pré-natal; em 15 casos havia observação de parceiros que não aderiram ao tratamento; em 04 casos, as gestantes eram moradoras de rua e em 09 casos havia relato de mães em situação de dependência química. Dos 36 casos suspeitos, 5 foram de abortos e 01 natimorto.



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Em 2011, foram ainda diagnosticados 2 casos de Sífilis Congênita tardia e em 2 casos suspeitos que estavam sendo monitorados pela AB, houve aumento da titulação de VDRL, e necessidade de re-tratamento em um deles.

**AÇÕES:**

**Implantar o Projeto Rede Cegonha**

Tendo em vista os princípios, as diretrizes e os objetivos do Projeto Rede Cegonha, descritos na Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011, e a realidade da situação de saúde, no tocante à situação materno-infantil, em Diadema, a Gestão Municipal resolveu elaborar projeto para implantação da linha de cuidado da saúde da mulher, com os seguintes objetivos:

Objetivos Gerais:

- Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal;
- Reorganizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade, de forma humanizada.

Objetivos específicos:

- Atualizar e qualificar os profissionais de saúde da rede materna e infantil;
- Fortalecer a integração dos distintos pontos da Rede Materna e Infantil municipal;
- Promover a integração do HED com a Rede Materna e Infantil municipal.

A implantação da linha de cuidado da saúde da mulher/Rede Cegonha deve respeitar o papel da AB como ordenadora do cuidado, de forma integrada com os serviços especializados, de urgência e emergência e hospitalares, no sentido de responder às necessidades dos usuários, do grupo em questão, com enfoque interdisciplinar, cooperação técnica e compartilhamento de experiências.

Para isto, a Gestão Municipal criou um Grupo de Trabalho (GT) com profissionais representantes do Gabinete da Secretaria, da AB, do SAMU, do HM, do QS, da regulação, do Centro de Prevenção de Violências e do CR, para elaboração de propostas e operacionalização do Projeto.

Para iniciar o processo, o GT organizou uma oficina, com gestores e profissionais de todos os pontos da rede com a finalidade de levantar problemas e identificar propostas para solucioná-los. Participaram desta atividade, realizada em junho, 59 pessoas

A partir da decisão CGR/CIR do Grande ABC em priorizar a elaboração do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha em 2011, responsabilidade conferida ao Grupo Técnico de Regulação do Grande ABC, o processo iniciado na SMS de Diadema para implantação da Rede Cegonha foi continuado dentro da discussão regional. Assim, seguindo as orientações do MS, as propostas levantadas na oficina, foram detalhadas no Plano de Ação do Município e posteriormente, incorporadas no Plano de Ação Regional, aprovado pela CIB 59 de 23/11/2011. Em 21/12/2011, foi publicada a Portaria Nº 3.017, no DOU, aprovando a Etapa 1 do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado de São Paulo e liberando recursos referentes a esta etapa, no valor de \$1.607.284,80, para incorporação nos tetos financeiros da saúde de Diadema, competência dezembro de 2011. Também foram aprovados, no final de 2011, dois projetos que fazem parte do Plano de Ação Municipal, a saber: implantação de Centro de Parto Normal no HM e reforma da Maternidade do HM.

**Em 2011, foram realizadas as seguintes ações do Plano de Ação Municipal Rede Cegonha:**

**Atenção ao Pré Natal:**

- Revisão dos fluxos do pré-natal entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- Revisão do fluxo de pré-natal com destaque para o alto risco, com a participação do serviço PNAR, AB, Regulação e da GO do HMD;
- Definição de critérios para vinculação das gestantes nas maternidades dos Hospitais instalados no município (SMS-HMD e SES-HED) para a realização dos partos e das intercorrências da gestação e do RN;
- Revisão do processo de captação das gestantes e busca ativa de faltosas;
- Documento elaborado para a implantação de visitas de gestantes ao HMD com foco em atender 100% das gestantes georreferenciadas;
- Revisão de protocolos e fluxos entre CR DST/AIDS e HM conforme protocolos do MS.



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

- Os produtos referentes a estas ações foram apresentados e pactuados com os gestores dos serviços da Rede Materna e Infantil numa segunda oficina realizada em outubro de 2011.
- Foi realizada também uma reunião com os ginecologistas da AB para apresentar os fluxos revisados e o que se espera da atuação dos mesmos no atendimento, como também em relação à equipe de SF, como apoio especializado.

As ações abaixo não foram realizadas no ano passado e foram reprogramadas para 2012, dentro do cronograma estabelecido para a operacionalização do Plano de Ação Municipal:

- Capacitar as equipes de SF para o pré-natal e para a realização de grupos de gestantes,
- Monitorar a utilização dos protocolos de pré-natal (médico e de enfermagem) (AB, QS, HM);
- Utilizar o SISPRENATAL como instrumento para o monitoramento das ações (AB).
- Notificar a AB de todos os casos de gestantes munícipes de Diadema que foram atendidas do pronto socorro da ginecologia obstetrícia que não iniciaram o pré-natal;
- Notificar a AB de todos os casos de gestantes munícipes de Diadema que foram atendidas do pronto socorro da ginecologia obstetrícia que NÃO possuem sorológicos para SÍFILIS, transcritos na carteira de pré-natal.
- O atendimento odontológico para as gestantes foi objeto de discussão em oficinas realizadas nas 20 UBS, sobre reorganização da SB, de forma a garanti-lo como uma das prioridades da área na AB.

**Atenção ao Parto:**

No HM, a assistência à gestante, no momento do parto, foi bastante discutida no processo de elaboração do Plano de Ação Municipal, vários problemas foram levantados e várias ações foram desenhadas para serem implementadas somente em 2012.

As gestantes chegam ao HM de várias maneiras: via SAMU, encaminhamentos da rede e procura espontânea. Na recepção, é registrada a FAA e a gestante é encaminhada ao setor da ginecologia-obstetrícia. O atendimento é realizado por médico plantonista a partir da queixa, não havendo avaliação para classificação de risco. Além de mulheres grávidas, chegam situações de urgência ginecológica e queixas ambulatoriais (atraso menstrual, corrimento, busca por exames – USG, teste de gravidez).

No Pré-parto o plantonista verifica se o acompanhante tem interesse em acompanhar a gestante no momento do parto; em caso afirmativo, o acompanhante entra na sala de parto (normal e cesárea). Em caso de parto normal as enfermeiras obstetrizes acompanham o processo e em grande parte dos casos realizam o parto. O neonatologista está presente em todos os partos, normal ou cesárea, embora falte conduta padronizada para indicação da necessidade do RN ser encaminhado para o berçário. Ainda no Centro Obstétrico o RN é colocado junto com a mãe, sendo depois encaminhados ao Alojamento Conjunto (AC). O AC tem 22 leitos, taxa de ocupação média de 85% e recebe também intercorrências ginecológicas e obstétricas.

Os protocolos existentes estão vinculados a problemas específicos - violência sexual, gestante HIV+, cesárea iterativa. Existem fluxos acordados com a rede somente para cesáreas iterativas e para gestantes HIV positivas. Neste caso, as gestantes são encaminhadas a partir da 34ª semana, pelo CRT ao HM, para parto cirúrgico. Todas as gestantes que chegam ao HM, por ocasião do parto, fazem VDRL e teste rápido para HIV.

No HM algumas melhorias vêm sendo efetuadas para melhorar a assistência e a humanização no momento do parto e do nascimento, tais como: garantia da presença de neonatologista na sala de parto, a presença de um acompanhante da gestante no momento do parto, a reativação de ações para incentivar o aleitamento materno e o trabalho da fonoaudióloga para estimular a sucção nos recém-nascidos.

O credenciamento de 13 leitos de Cuidados Intermediários da Unidade Neonatal do HM (UCI), assim como o credenciamento de 3 leitos de gestação de alto risco, tiveram seus processos iniciados. No final de 2011, o primeiro aguardava ainda respostas do MS e com relação ao credenciamento de leito de alto risco da maternidade, falta oficializar acordo existente entre a SMS de Diadema e a de São Bernardo, no sentido desta funcionar para Diadema, como referência de Banco de Leite Humano, considerando esta atividade, uma das exigências do MS para o credenciamento de leito para parto de alto risco.

Não foi possível ampliar, como se pretendia, a presença do acompanhante da grávida, em outros momentos da atenção ao parto – pronto-socorro, pré-parto, por falta de espaço. Outra ação, iniciada,



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

porém não finalizada, é a atualização dos protocolos assistenciais da maternidade. Com relação a fluxos, estes foram revisados e hoje a AB é notificada em todos os casos de alta da maternidade, e da enfermaria de ginecologia do HM.

As ações para reforçar o papel do HM (como referência municipal) foram modificadas, uma vez que uma das principais ações do Projeto é a integração do HED à rede municipal, dividindo com o HM a vinculação das gestantes residentes em Diadema, que fazem o pré-natal na rede pública, tanto no atendimento à intercorrências, como para o momento do parto.

**Atenção ao recém-nascido e à criança até 2 anos:**

A atenção às crianças até 24 meses de vida é realizada mediante fluxo e cronograma de atividades padronizadas para garantir o acompanhamento das crianças neste período. No setor de neonatologia do HM os recém-nascidos são classificados segundo critérios de risco e aqueles considerados de risco têm a primeira consulta agendada na UBS. Para os demais, o HM notifica o nascimento para a UBS, que tem a responsabilidade de fazer a busca ativa, por meio da visita do ACS e do acompanhamento, conforme o cronograma de atividades. Em geral, o primeiro atendimento é feito pelas enfermeiras das equipes locais, durante a primeira semana de vida. É importante registrar que a classificação de risco também pode ser feita pela equipe de saúde ao longo do acompanhamento das crianças dessa faixa etária. Com relação ao monitoramento do acompanhamento das crianças de risco, foi desenvolvido e implantado um sistema informatizado que é digitado inicialmente pelo HM e a partir daí por todos os serviços por onde estas crianças passam por atendimento.

Existe também um ambulatório para acompanhamento de prematuros (implantado no QS), com médico neonatologista, por conta de algumas necessidades – medicamentos de difícil manejo, calendário de vacinação diferente da rotina, etc. Este acompanhamento é realizado até o final do primeiro ano de vida ou até a curva de peso entrar na normalidade, sendo compartilhado com a equipe de SF, por meio de relatórios, enviados via malote.

Em 2011 foram implantadas as seguintes ações na maternidade do HM: a certidão digital para cidadãos nascidos na maternidade, a retomada da vacinação precoce de BCG de todos os recém-nascidos no HM e reforçada a notificação para as UBS de todos os recém nascidos que tiveram alta da maternidade e da unidade neonatal. Para a habilitação do HM na Iniciativa Hospital Amigo da Criança, foram cumpridos todos os passos, com exceção da prática da presença do acompanhante da escolha da mulher durante o período de 24 horas. Com relação à ativação do Posto de Coleta de Leite, o mesmo encontra-se em funcionamento, embora precise ainda de algumas adequações sanitárias.

Não foi iniciada a triagem Auditiva Neonatal para os recém nascidos da maternidade.

O Grupo Técnico em Saúde da Criança, proposto para funcionar com a participação da AB, do HM e do QS não chegou a ser instituído como tal, sendo substituído pelo GT do Projeto Rede Cegonha.

A capacitação em conformidade à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes – NBCAL não foi concluída, embora algumas ações tenham sido realizadas, com a da equipe da Vigilância Sanitária.

**Construção da Rede Municipal para o incentivo ao aleitamento materno e a alimentação saudável para crianças até 2 anos:**

Ver texto Processos de Educação Permanente da SMS, no que diz respeito ao incentivo ao aleitamento materno: Seminário "Diadema Rede Amamenta" para 350 profissionais da rede, capacitação de 100 profissionais em manejo de aleitamento materno e dos técnicos do HM para os dez passos de incentivo ao aleitamento materno foram realizados.

Não foram realizadas as capacitações de tutores para a Rede Amamenta Brasil e para a ENPACS (Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável).

Outras ações que não foram implementadas em 2011: reorganizar o apoio matricial em saúde da criança para as ESF; implantar as curvas de acompanhamento do crescimento da OMS/2006-2007 e o SISVAN para crianças até 2 anos em 2 UBS (projeto piloto).



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Quanto à articulação junto às Creches e Escolas visando a alimentação saudável, considera-se que esta é uma ação processual e houve desempenho favorável nos territórios onde está em desenvolvimento o Programa Saúde na Escola.

**Monitoramento da mortalidade materna e infantil nos territórios:**

A investigação dos óbitos infantis de residentes nascidos em Diadema e óbitos de mulheres em idade fértil residentes, ocorridos em Diadema ocorreu com o envolvimento das ESF. O Comitê de Mortalidade Infantil e Materna envia semestralmente para a Secretaria de Saúde, relatório com informações epidemiológicas sobre mortalidade infantil fetal e materna, além de informações sobre as investigações dos mesmos. Mais uma vez, não foi propiciado espaço sistemático para discussão dos óbitos infantis e óbitos maternos com todos os segmentos envolvidos da Rede.

Outra ação que não possível ser realizada, é o aperfeiçoamento do sistema de informática para o monitoramento da Criança de Risco.

**Direitos sexuais e reprodutivos**

Os critérios e o fluxo da contracepção definitiva foram iniciados, porém, não foram finalizados.

**Controle da Sífilis na Gestante e no Recém nascido:**

Após capacitação para os profissionais de rede para Manejo de Sífilis Congênita ocorrida em 2011, houve aumento de 14,3% nas notificações de casos de sífilis em gestante, em relação ao ano anterior (42 casos em 2010 e 49 casos em 2011), mesmo assim, este aumento não foi suficiente para atingir a meta programada para 2011 (incremento de 25% na notificação da sífilis em gestantes).

Foi realizada oficina com os gerentes das UBS para discussão e pactuação do monitoramento permanente dos casos notificados em 2011, reforçado o fluxo para devolução das notificações dos casos da VE para as UBS e capacitados os profissionais da rede (médicos e enfermeiros) para o manejo da sífilis. Não foi implantado o apoio matricial para discussões de casos clínicos de sífilis, junto às ESF, atividade programada, em conjunto pela AB com a Vigilância.

Após avaliação das coordenações da AB e Vigilância em Saúde, concluiu-se que um cartão da gestante específico para o acompanhamento do tratamento da sífilis não deveria se configurar em instrumento para monitoramento, mantendo-se para tal, somente o cartão da gestante.

Não foram promovidas oficinas temáticas sobre saúde da mulher, tema do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, Hepatites Virais B e C e sífilis Congênita.

A Campanha Municipal de testagem de HIV, Hepatite B e C e Sífilis (Plano Municipal de Enfrentamento da AIDS) aconteceu, porém, com algumas mudanças operacionais, em decorrência do baixo apoio da SES para a campanha, assim como, por conta da falta de combustível para que se pudesse manter o fluxo de coleta de sorologia convencional e o transporte para o laboratório, conforme se havia planejado.

**7.1.2 PRIORIDADE (PV) Controle do CA de Colo de Útero e Mama**

**OBJETIVO:** Ampliar a oferta do exame preventivo do câncer do colo de útero visando alcançar uma cobertura de 80% da população alvo.

**INDICADOR:** Razão de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população-alvo.

- Meta pactuada para 2011: 0,20
  - Resultado 2011: 0,15 (Fonte: SISCOLO)
  - Resultado 2011: 0,20 (Fonte: dados locais)

Em 2011 a razão de exames citopatológicos na faixa etária de 25 a 59 anos em relação ao total de mulheres nesta faixa etária ficou em 0,15. No entanto, o total de exames realizados apresentados no SISCOLO (15.318 exames) para esta faixa etária não condiz com a informação gerada pelas unidades, que informam ter coletado um total de 21.106 exames citopatológicos. Com um percentual de exames rejeitados de apenas 0,1%, esse cenário indica que ainda persistem os problemas com a alimentação do banco de dados no Hospital Mario Covas (referência regional), que continua a digitação de resultados de exames das





**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

munícipes de Diadema como sendo de Santo André. Esse problema foi identificado em 2010, o que gerou uma série de discussões com o Hospital Mario Covas, possibilitando o resultado de 2011, porém insuficientes para eliminar completamente o erro.

Quadro 2: Coletas e exames citopatológicos em diademenses, na faixa etária de 25 a 59 anos e para todas as idades, tendo como fontes livros de registro das UBS e o SISCOLO, 2011

	Coletas realizadas	Exame citopatológico	Diferença	%
25 a 59 anos	21.106	15.318	5.788	27,4%
Todas as idades	28.716	21.086	7.630	26,6%

*Fonte: Livro das UBS*

*Fonte: SISCOLO*

Se levarmos em consideração o total de coletas realizadas nas unidades de saúde da RAS pode-se estimar uma razão de 0,20, o que representa um valor acima do realizado em 2010 (0,17 – também calculado com base na informação de coleta e não de exames realizados) e igual à meta proposta para 2011.

Para um melhor acompanhamento das ações de controle dos cânceres de colo do útero e mama foi constituído em 2011 um Grupo Técnico para discutir e programar as ações relacionadas ao tema, um dos componentes da Linha de Cuidados da Mulher na SMS Diadema. Composto por representantes da CAB, HMD, QS, Gabinete e DRAAC, o grupo iniciou seu trabalho identificando os nós críticos existentes para a efetivação do cuidado às mulheres tendo como horizonte as ações planejadas pelas áreas/setores da SMS e as diretrizes nacionais do programa de controle desses cânceres. A partir desse diagnóstico foram relacionadas as estratégias de ação em 2011.

Foi realizada a revisão do protocolo clínico e do fluxo de acesso para o rastreamento do câncer do colo do útero com base nas recomendações do MS, assim como o fluxo de transporte das lâminas e resultados entre as unidades e o laboratório de referência. Entendeu-se como uma estratégia importante a transferência do aparelho de CAF do HMD para o QS, uma vez que os procedimentos de exérese da zona de transformação e de conização são possíveis de serem realizados em hospital-dia, liberando assim o uso de leitos hospitalares. Todo esse material produzido foi distribuído às unidades em reunião com gerentes das UBS.

**OBJETIVO:** Tratar/seguir as lesões precursoras do câncer do colo do útero no nível ambulatorial.

**INDICADOR:** Percentual de tratamento/seguimento no nível ambulatorial das lesões precursoras do câncer de colo do útero.

- Meta pactuada para 2011: 48,5%
  - Resultado 2011: 91,6%

Apesar de o SISCOLO ser o sistema oficial de informação, ele ainda não está plenamente confiável, como exposto acima, e por isso o indicador foi calculado utilizando os registros dos casos acompanhados no CR DST/AIDS. Das 48 mulheres com lesões precursoras de câncer de colo de útero encaminhadas para acompanhamento no CR DST/AIDS, 44 (91,6%) foram seguidas no serviço.

A busca por um sistema capaz de fornecer informações confiáveis para o planejamento e avaliação das ações desencadeou o processo de discussão e estabelecimento de um novo modelo de gerenciamento da informação através dos sistemas SISCOLO e SISMAMA, sendo definidos responsáveis e fluxos. Cinco técnicos participaram de capacitação sobre os sistemas de informação na DRS 1. Com isso a alimentação do banco de seguimento do SISCOLO foi restabelecida, inicialmente com a limpeza das informações em duplicidade. A estimativa é que esteja em sua efetiva operação até março de 2012.

**OBJETIVO:** Ampliar a oferta de mamografia visando alcançar uma cobertura de 60% da população alvo.

**INDICADOR:** Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina dessa faixa etária.

- Meta pactuada para 2011: 0,18
  - Resultado 2011: 0,22 (fonte: SISMAMA)

O resultado encontrado em 2011 para este indicador representa um aumento de 29,4% na oferta de mamografias para as mulheres na faixa etária alvo em relação ao ano de 2010 (0,17). Corresponde também a um valor 22% maior que a meta proposta para 2011. Esse resultado foi fruto de um trabalho integrado



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

que incluiu a capacitação das equipes para captação das mulheres para a realização do rastreamento mamográfico e o aprimoramento do processo de regulação das vagas de mamografias, que desde janeiro de 2011 encontram-se disponíveis no SISREG para agendamento direto pelas UBS.

Arelado a ação de ampliação da oferta foi iniciada a qualificação das ações de controle do câncer de mama, que já teve os protocolos clínicos e fluxos de acesso revisados, conforme as orientações do MS. O SISMAMA foi posto em operação no final de 2011 e já está trabalhando com envio regular de informações para os demais níveis do sistema.

Do trabalho desenvolvido este ano alguns processos de educação permanente já estão previstos para o primeiro trimestre de 2012, dentre eles: capacitação em exame clínico da mama, coleta de citopatológico, discussão dos protocolos clínicos com as equipes da AB, sensibilização dos profissionais sobre população-alvo das ações.

Além disso, será necessária uma agenda regular de discussões com os prestadores de citopatologia e mamografia (Hospital Mario Covas e QS) a fim de regularizar a inserção de dados nos sistemas de informação.

Outra ação importante será a qualificação do processo de seguimento das mulheres que apresentarem lesões precursoras do câncer do colo do útero e alterações dos exames de mamografia.

### **7.1.3 PRIORIDADE (PV): FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA (AB)**

Em 2011 a cobertura da Estratégia de SF atingiu 93% da população da cidade, por meio das coberturas propiciadas pelas 70 ESF cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e outras 21 Equipes com médicos das especialidades básicas atuando nas equipes de referência, que não estão cadastradas no CNES. Resta apenas parte da região norte da cidade, no bairro do Campanário, a ser coberta em 2012 com a complementação das Equipes na recém reformada UBS Paineiras.

No ano de 2011 foram elaborados e implantados instrumentos importantes no sentido de qualificar o planejamento e o monitoramento das ações das UBS. A elaboração destes instrumentos ocorreu com participação de gerentes de UBS, CAB e em parceria com outras áreas da Secretaria de Saúde, em especial a DRAAC, a Informática e a Coordenação de Vigilância em Saúde, resultando na implantação de: Relatório Trimestral de Produção de cada UBS; Planilha de Monitoramento das Linhas de Cuidado de Hipertensão e Diabetes; Planilha de Monitoramento mensal da Coleta de CO nas Unidades e Relatório das Doenças de Notificação compulsória e Óbitos Infantis por UBS

Incorporar a auto-avaliação como parte do trabalho das equipes é uma prioridade da AB em Diadema, compreendendo-a como passo fundamental para melhoria da qualidade da atenção. Em março/2011 foi realizado mais um ciclo de auto-avaliação das Equipes das UBS através do AMQ - Avaliação para Melhoria da Qualidade, e seus resultados foram apresentados para apoiadores e gerentes.

Em agosto de 2011 foi realizado o Seminário “Avaliação da Atenção Básica: Questões Metodológicas e Desafios para a Gestão do SUS”, com a presença do Vice-Reitor da Faculdade de Medicina da Fundação ABC, de docente da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, da Coordenadora da AB da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e do Presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Neste seminário foram abordadas as questões metodológicas do Instrumento de Avaliação QUALIAB e também foram apresentados os resultados da sua aplicação em Diadema, realizada em outubro de 2010. O Seminário contou com a participação dos Gerentes das UBS e de profissionais das ESF.

Em novembro de 2011 a SMS aderiu ao Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica do MS (PMAAQ), incluindo 44 Equipes de SF. Em novembro foi realizado um Seminário sobre o Programa com a presença do Coordenador de Gestão da AB do DAB/SAS do MS, com o objetivo de orientar os profissionais e gestores envolvidos quanto a implementação do Programa.

Outra prioridade deste ano foi o fortalecimento do trabalho em rede através da criação de fluxos de comunicação mais ágeis entre as Unidades de Saúde e o HM. Os relatórios de alta de internação enviados às Unidades têm possibilitado uma melhor articulação da rede nas diferentes Linhas de Cuidado, complementando o cuidado prestado no Hospital com as ações de Atenção Primária.

No que se refere à qualificação do cuidado, o ano foi marcado pela ampliação dos Apoios Matriciais nas





**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

áreas de Fisioterapia, Nutrição e Assistência Farmacêutica, com novos profissionais e estagiários (no caso da Nutrição) sendo envolvidos nos processos de capacitação, nas reuniões das Equipes e nas discussões de casos.

As iniciativas para capacitação dos profissionais e equipes também representaram um reforço importante para o desenvolvimento da Estratégia de SF, com Cursos, Oficinas e outras modalidades de capacitação para as linhas de cuidado de Hipertensão e Diabetes, saúde mental, alimentação saudável, aleitamento materno e SB, entre outras. Nesse sentido, a participação de 92 enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas da rede básica na 1ª Turma do Curso de Especialização em SF promovido pela UNASUS/UNIFESP, assim como a inclusão de 42 profissionais das UBS de Diadema matriculados na 2ª Turma, iniciada em novembro de 2011, representam ganhos importantes na valorização dos trabalhadores e na aplicação de novos conhecimentos na rotina de trabalho das UBS.

Em 2011, buscou-se qualificar o trabalho dos ACS por meio de algumas iniciativas: elaboração de projeto de Lei para criação dos Cargos de ACS no quadro de Recursos Humanos da PMD, aprovado em dezembro pela Câmara Municipal. Foi elaborada a Portaria para regulamentação das Áreas de Abrangência das UBS, assim como foram revistos e atualizados os Mapas e Bancos de Ruas das Áreas de Abrangência das 20 UBS, a serem utilizados como base para o processo de inscrição de candidatos para o Concurso Público previsto para o 1º semestre de 2012.

Outro aspecto de destaque em 2011 foi a descentralização do agendamento para vários exames especializados e para consultas em diversas especialidades médicas, agilizando esses processos e permitindo um deslocamento de parte da função regulatória para os níveis locais.

A contratação de empresa para prestação de serviços de Segurança Patrimonial nas UBS foi outra medida importante, efetivada nos primeiros dias do ano de 2011, trazendo maior segurança para os profissionais e usuários no cotidiano dos serviços.

Em 2011, o principal problema vivenciado foi a permanência de um déficit no quadro de médicos, da ordem de aproximadamente 20%, conforme considerações já apresentadas no presente Relatório. Esse déficit se refere essencialmente aos médicos generalistas e clínicos, sendo que o quadro de pediatras está completo e no quadro de ginecologistas o déficit é pequeno. Esses déficits vêm sendo parcialmente cobertos pelos demais profissionais das Unidades, minimizando as conseqüências do problema.

Avaliação realizada junto aos Gerentes das 20 UBS destacou outros problemas importantes, tais como, dificuldades relacionadas com a manutenção predial e de equipamentos, assim como problemas com o abastecimento, principalmente quanto aos itens comprados de forma centralizada pela PMD – notadamente materiais de escritório e limpeza. Essa avaliação apontou como muito positivo o investimento realizado pela SMS na Educação Permanente dos servidores, mas ressaltou a necessidade de compatibilizar as propostas de capacitações com as agendas das unidades.

**OBJETIVO:** Ampliar a cobertura populacional da AB por meio da Estratégia de Saúde da Família

**INDICADOR:** Proporção da População Cadastrada pela Estratégia de SF

- Meta pactuada para 2011: 93%
  - Resultado 2011: 93 % (ESF) e 7% (EACS)

Ao final de 2011, Diadema totalizou 70 Equipes de SF cadastradas junto ao MS (Equipes com Médicos Generalistas) e outras 21 Equipes com médicos das especialidades básicas (pediatras, clínicos e ginecologistas) atuando nas equipes de referência. Assim, a cobertura da Estratégia de SF (ESF) chegou a 93% da população do município, sendo que os demais 7% são cobertos pela Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS).

Cabe salientar que no final de 2011 outras 5 Equipes estavam em fase de implantação na UBS Paineiras, além de uma 4ª Equipe na UBS Jardim ABC – todas essas atuando como Equipes da Estratégia de ACS. Com a conclusão desse processo, no primeiro trimestre de 2012, a cidade atingirá cobertura de 100% da Estratégia de SF.

No final do ano passado 58 Equipes de Saúde Bucal (SB) estavam cadastradas junto ao MS, sendo 35 na Modalidade 1, 18 na Modalidade 2 (com Técnicos de SB) e 5 na Modalidade 1 para PACS.

Quanto aos ACS, em dezembro de 2011 a cidade totalizou 469 ACS cadastrados no CNES, sendo que 340 estavam vinculados às Equipes de SF e outros 129 compunham as Equipes da Estratégia de ACS.



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

A cidade conta com 9 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Tipo 2 (cinco profissionais) cadastrados junto ao MS. São diversos arranjos de equipe de NASF com a participação das seguintes categorias profissionais: Assistentes Sociais, Nutricionistas, Fisioterapeutas, Psicólogos, Fonoaudiólogos, Farmacêuticos e Médicos Pediatras e Ginecologistas lotados nas próprias UBS e que atuam no Apoio às Equipes de Referência, principalmente na discussão de casos, de capacitações e de atendimento individual ou conjunto a situações que requerem esses saberes. A perspectiva aqui é a da ampliação da clínica e a construção de projetos terapêuticos que contemplem a complexidade da saúde-doença nos indivíduos e famílias.

**OBJETIVO:** Reduzir e monitorar a prevalência de baixo peso em crianças menores de 5 anos

**INDICADOR:** Percentual de Crianças < 5 Anos com Baixo Peso para a Idade

- Meta pactuada para 2011: 2,6%
  - Resultado 2011: 2,83%

A AB é responsável pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças até 5 anos de idade, oferecendo assistência diferenciada às de baixo peso.

É importante salientar que o indicador de baixo peso aqui apresentado foi obtido pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que trabalha somente com informações sobre as crianças de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.

Em 2008 a amostra foi de 2652 crianças e destas 3,01% apresentaram baixo peso. Em 2009, a amostra foi de 1697 crianças e destas 2,71% apresentavam baixo peso. A amostra em 2010 refletia 2055 crianças, e destas 35 apresentavam baixo peso (1,9%). Em 2011 a amostra foi a menor da série, com 1310 crianças acompanhadas - 36 delas apresentando baixo peso (2,83%).

De 2010 para 2011, nota-se que em números absolutos passou de 35 para 36 crianças com baixo peso, mas teve um aumento expressivo em termos percentuais que passou de 1,9% para 2,83%, o que pode ser justificado pela redução da amostra em 2011. Chama a atenção que não houve queda do percentual de famílias acompanhadas de um ano para outro, o que aponta a necessidade de analisar o perfil de famílias beneficiadas, tarefa para o ano de 2012.

As equipes das UBS realizaram ações de acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família com desenvolvimento de atividades educativas de orientação alimentar e nutricional, com grupos de mães de crianças de baixo peso. A articulação com a Secretaria de Segurança Alimentar e com a Secretaria de Assistência Social foi mantida, bem como o fluxo de encaminhamento das crianças desnutridas para o Banco Municipal de Alimentos.

**INDICADOR:** Percentual de Famílias com Perfil de Saúde Beneficiárias do Programa Bolsa Família

- Meta pactuada para 2011: 55%
  - Resultado 2011: 52,30% (1ª Vigência - junho de 2011) e 54,83% (2ª Vigência – dezembro de 2011)

O acompanhamento das condicionantes de saúde do Programa Bolsa Família atingiu cobertura próxima da meta, especialmente na vigência de dezembro. Permanecem as dificuldades para localizar parte das famílias cadastradas, assim como a ausência de parte dos chamados, o que tem limitado a expansão dessa cobertura; um desafio para o ano de 2012, pois Diadema está aquém da cobertura de acompanhamento nacional de 2011 que foi de 72% e do Estado de São Paulo que foi 64%.

**OBJETIVO:** Ampliar o acesso à consulta pré-natal

**INDICADOR:** Proporção de nascidos vivos de mães com 07 ou mais consultas de pré-natal

- Meta pactuada para 2011: 80%
  - Resultado 2011: 77,7%

A meta estabelecida para 2011 não foi atingida. Os dados preliminares apontam estabilidade no indicador, com proporção de 77,40% em 2010 e 77,70% em 2011. A tendência verificada desde 2005 é que mais de 75% das gestantes residentes em Diadema realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal, com valor máximo de 79,71% em 2008.



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Tabela 11: Porcentagem de gestantes residentes no município de Diadema que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal no período de 2005 a 2011.

Ano	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011(*)
%	76,87	75,36	78,22	79,71	78,84	77,40	77,70

Fonte: SEADE 2005-2010 (\*) dados preliminares SINASC Local – 10/02/2012

**OBJETIVO:** Reduzir a internação hospitalar por acidente vascular cerebral (AVC) no âmbito do SUS

**INDICADOR:** Taxa de internações por AVC na população de 30 a 59 anos.

- Meta pactuada para 2011: 6,5/10.000
  - Resultado 2011: 5,56/10.000

Em 2011, a taxa de internação por AVC na população de 30 a 59 anos de idade foi de 5,66, com uma queda de 19,1% em relação a 2009, quando a taxa foi de 6,88.

**OBJETIVO:** Reduzir a internação hospitalar por Diabetes Mellitus no âmbito do SUS.

**INDICADOR:** Taxa de internação por Diabetes Mellitus e suas complicações na população de 30 anos a mais.

- Meta pactuada para 2011: 4/10.000
  - Resultado 2011: 5,11/10.000

A taxa de internação por Diabetes Mellitus em 2011 foi de 5,11/10.000 habitantes. Em 2010 a taxa foi de 4,48/10.000 habitantes, ou seja, houve aumento de 14% entre os anos de 2010 e 2011. Considerando a meta estabelecida pelo MS de 6 internações/10.000 habitantes, o indicador em Diadema foi 11,66% menor que o do MS.

Tabela 12: Taxa de Internação de residentes em Diadema/SP por AVC e DM nos anos de 2009 a 2011, na faixa etária de 30 a 59 anos.

Anos	2009	2010	2011
Taxa de Internações por AVC	8,71	6,88	5,56
Taxa de Internações por DM	2,59	4,48	5,13

Fonte: DRAAC

Os dados da tabela acima mostram uma tendência de melhoria do indicador referente a taxa de internação de AVC, que reflete o controle de Hipertensão Arterial da população. Situação contrária em relação à internação por Diabetes, em que se nota tendência de piora do indicador nos anos de 2010 e 2011.

**INDICADOR:** Taxa de Usuários com HAS acompanhados em relação ao total de previstos com HAS

- Resultado 2011: 39,7%
- Resultado 2010: 26,8%

**INDICADOR:** Taxa de Usuários com DM acompanhados em relação ao total de previstos com DM.

- Resultado 2011: 60%
- Resultado 2010: 42,55%

Referências dos parâmetros de estimativa de portadores de HAS e DM adotados pela SMS:

- Hipertensão Arterial – 25% da população acima de 20 anos de idade / população cadastrada no Sistema de Informações da AB – SIAB / Caderno de AB do MS – nº 15 – 2006.
- Diabetes Mellitus – 11% da população acima de 40 anos de idade/ População cadastrada no SIAB / Caderno de AB do MS – nº 14 – 2006.

Para o cálculo do indicador, pactuou-se que é considerado usuário acompanhado aquele que faz seguimento pela equipe.

Os indicadores acima refletem a cobertura de usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus acompanhados nas UBS. Demonstram a capacidade da rede básica de saúde para realizar busca ativa, fazer diagnósticos e propiciar acompanhamento pelas equipes de SF aos portadores dessas patologias.

Em relação ao controle de portadores de HA, observa-se que em 2011 foram acompanhados pelas equipes das UBS 26.034 pessoas, o que representa uma cobertura de 39,7% do total de 65.581 hipertensos estimados no município. Em 2010, foram acompanhados 17.824 portadores de HA, representando 26,87%



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

dos hipertensos estimados no mesmo ano. A cobertura de acompanhamento de usuários com HAS aumentou 48% de 2010 para 2011.

Em relação aos usuários diabéticos, estima-se que 13.647 pessoas sejam portadoras de diabetes, o que representa 11% da população acima de 40 anos de idade, conforme dados de dezembro de 2011, no cadastro do SIAB. Dados coletados pelas UBS em dezembro de 2011 mostraram que estavam em acompanhamento pelas equipes de SF 8.172 usuários, o que representa uma cobertura de 60% do total de diabéticos estimados. Em 2010 a cobertura era de 42,55%. Houve, portanto, ampliação de 41% na cobertura de portadores de Diabetes acompanhados entre 2010 e 2011.

**Implantação das Linhas de Cuidados de Hipertensão e Diabetes Mellitus em 2011:**

Em 2011, a SMS conferiu prioridade à continuidade da implantação das Linhas de Cuidados para Hipertensão e Diabetes, tendo em vista a importância dessas patologias no quadro epidemiológico observado na cidade e no país.

Em janeiro de 2011, a Coordenação da AB encaminhou junto as UBS a realização de Oficinas Locais para elaboração dos Planos de Ação para qualificar a atenção aos hipertensos e diabéticos. Nesses Planos, as prioridades se concentraram em ações relacionadas com a qualificação das atividades de grupo, com a busca ativa, cadastramento e classificação de risco de usuários com hipertensão e/ou diabetes e com a organização do acompanhamento dos portadores de HAS e DM a partir dos riscos identificados.

Para a gestão das Linhas de Cuidado, o Comitê Executivo, formado com representantes da AB, do PSC, do SAMU, do HM, da Regulação, do QS, e coordenado pelo Gabinete da Secretaria, reuniu-se em abril e em novembro de 2011, ocasiões nas quais foram realizadas avaliações quanto à implementação do projeto. Em novembro de 2011, o balanço foi apresentado e discutido no Colegiado da SMS, sendo então decidida a nova aplicação do ACIC - Questionário de Avaliação da Atenção a Doenças Crônicas (Assessment of Chronic Illness Care), após dois anos de implantação, para avaliação da implementação das Linhas de Cuidado na rede básica de saúde.

No mês de dezembro de 2011 as Equipes das UBS, os apoiadores da CAB e os representantes da gestão central da SMS, responderam o ACIC. Os resultados estarão disponíveis no primeiro trimestre de 2012 e nortearão a programação anual do Projeto Linhas de Cuidados de Hipertensão Arterial e Diabetes.

Entre as ações previstas na Programação Anual de 2011, está em implantação uma planilha informatizada para monitoramento dos indicadores de cobertura dos portadores de HAS e DM (em utilização em todas as UBS a partir de janeiro de 2012). Foram desenvolvidas atividades educativas para prevenção de HAS e DM em todas as UBS e implantado mecanismo para informar as UBS sobre seus moradores atendidos e/ou internados no HM, por HAS e DM, para viabilizar o acompanhamento pelas Equipes das UBS. Foi realizada a capacitação de técnicos de enfermagem em HAS e DM e realizadas Oficinas sobre HAS e Atividades Físicas para os ACS em todas as UBS e Oficinas sobre Alimentação Saudável para profissionais das ESF das regiões Leste, Centro e Sul. Também foi promovida uma Oficina sobre indicadores para avaliação das Linhas de Cuidado com Gerentes das 20 UBS.

**INDICADOR:** Cobertura populacional estimada das equipes de SB da estratégia SF

- Meta pactuada para 2011: 53%
  - Resultado 2011: 51,83%

Segundo o parâmetro proposto pela Coordenação de Saúde Bucal do MS, que indica que cada Equipe de SB deve cobrir 3450 pessoas, a cobertura das ESB em Diadema chega a 51,83%.

Houve perda de equipes de SF devido à saída de profissionais em algumas equipes. Quando há saída de profissional médico da ESF, há perda do incentivo de toda a equipe se o mesmo não é substituído no prazo de três meses. Por esse motivo, o município ficou com 5 equipes de SB modalidade 1 no PACS. Porém, se observar-se a proposta da inclusão da SB no monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde para 2011 em que a meta da cobertura estimada é de 40% da população pelas Equipes de SB da ESF, o município ultrapassa esta meta.

**OBJETIVO:** Incrementar o diagnóstico e a elaboração de plano de tratamento preventivo-terapêutico, no âmbito da SB.



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**INDICADOR:** Cobertura da 1ª consulta odontológica programática

- Meta Pactuada para 2011: 31,5%
  - Resultado 2011: 6,5%

O indicador de cobertura da 1ª consulta odontológica visa quantificar o acesso da população aos serviços odontológicos para assistência individual no âmbito do SUS, como o objetivo de elaborar e executar um plano preventivo terapêutico estabelecido a partir de um exame clínico odontológico. Vale ressaltar que nos últimos anos há uma variação muito grande deste indicador, como se observa na tabela:

Tabela 13: Cobertura da 1ª consulta odontológica em residentes de Diadema 2007 - 2011

2007	2008	2009	2010	2011
10,10	4,62	31,31	4,80	6,50

Fonte: SIA/SMS

Pressupõe-se que houve um valor superestimado no ano de 2009, por possível erro de digitação. Mas, também há necessidade de monitoramento deste indicador, uma vez que ele faz parte do grupo de indicadores de avaliação da AB.

**INDICADOR:** Média Anual de Ação Coletiva Escovação Dental Supervisionada

- Meta pactuada para 2011: 3,5%
  - Resultado 2011: 2,0%

É importante comentar que com a estratégia da SF a ação escovação supervisionada passa a ser diferente da ação quando realizada exclusivamente em comunidades como escolas. Na inclusão da SB no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde para 2011, a meta de ação coletiva de escovação dental supervisionada é de 3%.

Além da análise dos indicadores, considerou-se importante relatar mudanças operadas na área, por meio da reorganização dos processos de trabalho e de atividades de educação permanente.

Para reorganizar o processo de trabalho das equipes de SB nas UBS foram realizadas 50 oficinas de SB nas 20 UBS, envolvendo profissionais das Equipes de SB, ACS, Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, funcionários administrativos e Gerentes da UBS. As discussões se deram principalmente em torno dos critérios para acesso aos serviços de SB das UBS. Foram discutidas estratégias para facilitar o acesso – através das consultas e atendimentos às urgências, das linhas de cuidado para portadores de Hipertensão e Diabetes, da Rede Cegonha e também da discussão dos casos nas reuniões das Equipes de SF. Outra estratégia abordada foi à utilização de um instrumento para avaliação de risco/vulnerabilidade social. A partir destas oficinas foi elaborado um documento com novas diretrizes para o acesso aos serviços de SB, levando em consideração as realidades locais. Esse processo foi concluído em dezembro de 2011, com a realização do Seminário “Desafios para ampliação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços de SB no SUS”, com a participação do Coordenador Nacional de Saúde Bucal, de representante da CAB do município de Amparo e com apresentação das experiências de SB das UBS Vila São José, Serraria e Nova Conquista.

Os protocolos de acesso da especialidade em SB foram pactuados com os gerentes e equipes da AB e QS e rediscutidos no QS e estão em fase final de implantação. As vagas para atendimento nas especialidades de Periodontia, Endodontia e Cirurgia passaram a ser marcadas por meio do SISREG, agilizando esses agendamentos e integrando os serviços de SB ao processo de regulação.

**OBJETIVO:** Reduzir as internações hospitalares por IREA em < de 5 anos

**INDICADOR:** Taxa de Internação Hospitalar por IREA em < de 5 anos

- Resultado 2010: 38,19%
- Resultado 2011: 34,90%

A taxa de internação hospitalar em crianças menores de 5 anos por Infecção Respiratória Aguda (IRA) em 2011 foi de 34,90. Esse resultado representa uma redução de 8,6% em relação à taxa obtida em 2010, que foi de 38,19. Em relação à saúde da criança, as principais ações desenvolvidas no âmbito da AB foram as atividades de promoção do aleitamento materno. Para o ano de 2012, com a implantação da “Rede Cegonha”, é esperada uma redução mais expressiva dessa taxa.





**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Outras ações para o Fortalecimento da Atenção Básica:**

**Implantar Apoio Matricial em todas as UBS nas áreas de nutrição, fisioterapia, saúde mental, assistência farmacêutica e vigilância:**

**Fisioterapia:** em 2011, a SMS contratou mais um Fisioterapeuta para a rede básica de saúde, o que permitiu ampliar o Apoio Matricial em Fisioterapia para 11 UBS. As principais atividades desenvolvidas nesse apoio incluíram visitas domiciliares com enfermeiros, técnicos e ACS para acamados, participação em grupos educativos com portadores de Hipertensão e Diabetes, e apoio ao Plano do Envelhecimento Saudável. Foram desenvolvidas também capacitações de ACS para abordagem de pacientes restritos e acamados em 3 UBS, além de outras atividades pontuais para orientações aos ACS das 11 UBS envolvidas com o apoio em fisioterapia.

**Nutrição:** o Apoio Matricial na área de Nutrição foi estendido para 10 Unidades, incluindo as atividades desenvolvidas por 03 nutricionistas aprimorandas (UBS Nova Conquista, Serraria e Nogueira) e por 06 Estagiários (estudantes de graduação com auxílio bolsa que desenvolveram trabalhos junto as UBS Eldorado, Inamar, Promissão, Centro, Serraria, Canhema e Reid), além do apoio dos profissionais de nutrição da Secretaria de Segurança Alimentar na UBS Parque Real.

As atividades dos estagiários de nutrição e aprimorandos foram supervisionadas por duas nutricionistas da CAB, que avaliaram seu desempenho através de visitas às Unidades e de reuniões para discussões técnicas de artigos científicos. Esse trabalho permitiu também a revisão do protocolo de orientação nutricional para algumas patologias e problemas de saúde.

O programa de Aprimoramento, desenvolvido em parceria com a Universidade São Judas Tadeu, contou com a participação efetiva de 03 alunas de aprimoramento. Destas, duas atuaram até julho nas UBS Nova Conquista e Serraria e, uma permaneceu ao longo de todo o ano na UBS Nogueira. Em 2011, as duas nutricionistas da CAB realizaram apoio às equipes de saúde de família, por meio de visitas domiciliares conjuntas à pacientes acamados.

**Assistência Farmacêutica:** ao longo de 2011 ocorreu uma expansão significativa do Apoio em Assistência Farmacêutica para as Equipes de SF. Sete profissionais foram envolvidos com esse processo, sendo que 7 UBS passaram a contar com um profissional por 18 hs semanais e as demais 13 UBS contam o mesmo profissional por 6 hs semanais. A participação dos farmacêuticos nas reuniões de equipe e grupos está em fase inicial, mas em 2011 algumas experiências de matriciamento e participação em grupos foram vivenciadas, assim como foi iniciada a discussão sobre o uso racional de medicamentos com os profissionais de algumas UBS. Foram realizadas também capacitações de ACS sobre esse tema em 7 UBS.

**Saúde Mental:** o desafio para o apoio em saúde mental em 2011 consistia em qualificar o matriciamento já existente nas UBS e criar arranjos que possibilitassem uma maior aproximação entre as equipes de SF e os profissionais do NASF.

Para tanto foi viabilizada uma redistribuição da carga dos psicólogos entre as Unidades, garantindo horas de exercício profissional de psicólogos nas UBS Conceição, Piraporinha, Maria Tereza e Nova Conquista. A participação dos Apoiadores da CAB nas reuniões de matriciamento possibilitou um acompanhamento mais próximo desses processos nas UBS. Este tema será detalhado na Prioridade Saúde Mental do RAG.

A redistribuição dos profissionais e a maior presença dos psicólogos, assistentes sociais e fonoaudiólogos nas reuniões das equipes tem favorecido a comunicação e a integração entre esses profissionais e entre eles e as Equipes de Referência.

A experiência de redistribuição da carga horária dos profissionais criou facilidades de acesso e seguimento dos projetos terapêuticos. Por outro lado os profissionais ainda apontam dificuldade na organização do trabalho e na integração com os processos gerais das UBS.

A terapia comunitária permanece como atividade regular em 7 Unidades, conforme diagnóstico realizado com os terapeutas comunitários do município.

**DST/AIDS:** em 2011 foi realizada uma Capacitação sobre "Gênero, Sexualidade, Prevenção, Prática de sexo seguro e uso abusivo de Álcool e outras drogas" envolvendo um total de 75 profissionais das UBS N. Conquista, Paulina, Inamar e Serraria. Foram 72 horas de atividades em cada UBS, incluindo debates, aulas expositivas, apresentação e discussão de vídeos e "rodas de conversa". A metodologia utilizada possibilitou uma maior visibilidade sobre as questões de gênero e sexualidade e sobre as barreiras de acesso ainda



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

presentes nos serviços. Resultou ainda na elaboração de projetos de intervenção a serem desenvolvidos nas UBS, com o objetivo de qualificar o atendimento prestado a população GLBT e usuários de drogas.

**Saúde do trabalhador:** a proposta para o ano de 2011 previa o matriciamento em Saúde do Trabalhador nas UBS Casa Grande, Ruyce, Inamar, Nova Conquista e São José. O trabalho foi realizado a partir de reuniões envolvendo todas as categorias profissionais, partindo de suas dúvidas e demandas. As temáticas envolveram as condições de trabalho nas UBS, doenças ocupacionais mais frequentes, mapeamento das empresas, atividades profissionais no território e trabalho infantil. Essas discussões contaram com a participação de profissionais do CREAS, ACER, PETI, Banco do Povo e Economia Solidária. Foi implantada a ficha para registro dos Acidentes de Trabalho (RAAT) nas UBS Ruyce, Inamar, Nova Conquista e São José, e foram realizadas visitas à algumas empresas com maior incidência de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.

**Fortalecer a parceria entre Universidade e serviços de saúde, contribuindo para a melhoria da atenção ao usuário e formação dos profissionais de saúde:** em 2011 as UBS Eldorado, Nações, Ruyce, Piraporinha, Promissão, Canhema, ABC, Parque Reid e Inamar receberam alunos dos cursos de medicina, fonoaudiologia, farmácia e enfermagem da UNIFESP.

A SMS participou regularmente do Fórum Regional do Telessaúde, abrindo perspectivas concretas para que o município passe a receber incentivos financeiros do MS para informatização e criação de núcleos de Telessaúde na cidade. Essa ferramenta permite intensificar a discussão de casos entre equipes de diferentes Unidades de Saúde, constituindo-se em mais um recurso para a educação permanente dos profissionais da rede.

Durante o ano de 2011 foram realizadas reuniões mensais com os professores envolvidos no PIDA Diadema, dos cursos de Enfermagem, Medicina, Farmácia e Fonoaudiologia. Ocorreram também duas reuniões de avaliação envolvendo a CAB, os gerentes das UBS que recebem os alunos da UNIFESP e os professores responsáveis pela Supervisão dos Estágios.

**Ampliar e melhorar a estrutura da rede básica:** no primeiro semestre de 2011 foram realizadas obras importantes na UBS Eldorado, com substituição do telhado e serviços gerais de manutenção e pintura do prédio. Em julho de 2011 a UBS Jardim ABC foi transferida para seu novo prédio, ampliando sua estrutura e propiciando melhores condições de trabalho e atendimento aos usuários. Em outubro foram iniciadas as obras de terraplanagem no terreno que abrigará o prédio da futura UBS Campanário, que substituirá a atual UBS Maria Tereza e permitirá ajustes na divisão territorial da região Norte da cidade, envolvendo mudanças nas áreas das UBS Parque Reid e Paineiras. Em dezembro foram concluídas as obras de reforma da UBS Paineiras, adequando-a para a implantação de 8 Equipes da Estratégia de SF. Foram captados recursos junto ao MS para a realização de reformas na UBS Parque Reid, Vila Nogueira, Parque Real, Jardim Inamar, UBS Canhema e Piraporinha. Junto ao governo estadual foram obtidos recursos para a reforma da UBS Promissão. As reformas dessas 7 UBS deverão ocorrer no exercício de 2012.

#### **7.1.4 PRIORIDADE (PV): PROMOÇÃO À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA**

##### **Ações:**

**Implementação de atividades de Lian Gong em todas as UBS:** em 2011 foram realizados mais dois Cursos para capacitação de profissionais para a prática corporal "Lian Gong, com carga horária de 108 hs e aulas teórico práticas. Foram capacitados 60 profissionais, totalizando 110 trabalhadores da saúde já habilitados para coordenar atividades com grupos. Em dezembro de 2011 a prática estava implantada em 19 das 20 UBS, com a realização semanal de 54 Grupos na cidade.

O profissional responsável pelas capacitações realizou supervisão junto a esses Grupos, com os objetivos de aprimorar as práticas e estabelecer diálogo com gerentes e profissionais no sentido de incorporar efetivamente essa prática corporal às ofertas da UBS, especialmente para pacientes hipertensos, diabéticos, idosos, portadores de sofrimento mental, obesos e pessoas com dores crônicas.

**Implementação de atividades físicas em todas as UBS:** em 2011, todas as UBS ofereceram aos seus usuários atividades físicas regulares, seja por iniciativa própria da Unidade ou em parceria com a Secretaria





**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Municipal de Esportes, através dos projetos “Caminhando Bem/ Academias da Cidade”, “Você pode” ou das atividades rotineiras nas Salas de Ginástica existentes nas Áreas de Abrangência de cada UBS.

Em 2011 foram realizadas gestões junto ao MS e elaborados Projetos que resultaram na obtenção de recursos para implantação, em 2012, de Academias da Saúde nos Bairros do Campanário (junto à futura UBS Campanário) e Jardim das Nações (junto à UBS Nações).

**Implementação de atividades de promoção da alimentação saudável em todas as UBS:** diante da importância da amamentação e dos benefícios comprovados desta prática para a saúde infantil e materna, a Secretaria da Saúde de Diadema priorizou em 2011 as ações de promoção da alimentação saudável para o incentivo, apoio e promoção do aleitamento materno, incluindo a confecção de 20.000 cartilhas para promoção e apoio ao aleitamento materno, a realização do Seminário Municipal da Rede Amamenta, a realização do Curso prático de 20 horas em manejo de aleitamento materno para profissionais da maternidade do HM e para profissionais da AB. Os cursos foram custeados com recursos do MS - Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN), totalizando investimentos de R\$ 32.400,00 (trinta e dois mil e duzentos reais).

Também em 2011, oito UBS realizaram atividades de incentivo ao aleitamento materno durante a Semana Mundial do Aleitamento Materno, e foi realizado o Seminário Municipal em comemoração ao Dia Mundial da Alimentação Saudável com o tema: Alimentação Saudável Começa no Peito.

Em agosto de 2011 foi aplicada pela primeira vez em Diadema a Pesquisa Amamentação e Municípios (AMAMUNIC), envolvendo as 20 UBS. Um enfermeiro da AB participou de treinamento junto ao Instituto da Saúde da SES/SP, replicando essa capacitação para cerca de 50 profissionais da AB e estagiários de nutrição. A pesquisa foi aplicada numa amostra de 1.171 crianças, e seus resultados permitiram identificar a prevalência de amamentação em Diadema e, a partir das informações coletadas, a elaboração de estratégias para a implementação de políticas locais de promoção do aleitamento materno na cidade.

Os principais resultados da aplicação do AMAMUNIC em Diadema foram os seguintes:

Prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças menores de 6 meses em Diadema - 34,99%. Segundo a pesquisa Nacional de Aleitamento Materno realizada em 2008, nas capitais Brasileiras e DF, a média nacional é de 41 % e a média na cidade de São Paulo apresentou 39,1%.

Distribuição de crianças de 9 a 12 meses em continuidade do aleitamento materno em Diadema 43,24% e não continuidade 56,76%. A prevalência do aleitamento materno em crianças de 9 a 12 meses foi de 58,7 % no conjunto das capitais brasileiras e DF em 2008.

Distribuição de crianças de 0 a 12 meses no uso de mamadeira em Diadema- 61,39%. Na pesquisa nacional realizada em 2008, nas capitais brasileiras e DF, a frequência do uso da mamadeira em menores de 12 meses foi de 54,8%. Na cidade de São Paulo observa-se a frequência de 64,8%.

O gerenciamento dos recursos do FAN - Financiamento de Ações de Alimentação e Nutrição em 2011 resultou na aplicação de R\$ 33.845,71 Reais, sendo R\$ 32.400,00 em gastos com a capacitação para manejo em Aleitamento Materno e R\$ 1.445,71 para despesas com a participação de profissional da SMS no XI Encontro Nacional da Rede de Alimentação e Nutrição do SUS, em novembro, em Brasília.

Também em 2011, 2 nutricionistas da AB participaram de Projeto Piloto da Secretaria de Esportes, denominado “Você Pode”, para Controle da obesidade em usuárias do Programa Mulheres em Movimento. As profissionais atuaram durante 2 meses e meio, em encontros quinzenais com as 45 mulheres participantes.

**Implementação de atividades de combate ao tabagismo em todas as UBS:** em 2011 foram feitos vários contatos com a Secretaria Estadual da Saúde e com o seu Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas (CRATOD) para viabilizar capacitação técnica para profissionais de Diadema, o que terminou não acontecendo em 2011.

**Implementação de atividades intersetoriais para a atenção à população em situação de rua:** a CAB tem participação constante no Grupo técnico para elaboração do Plano Municipal para inclusão social da população de rua. Participam deste fórum, além da Secretaria de Saúde, a Secretaria de Ação Social e Cidadania (SASC), SANED, o departamento de Limpeza Urbana da Secretaria de Serviços e Obras (SSO-DLU), (GP), Secretaria de Segurança Alimentar e Nutricional (SESAN), SEDET, Secretaria de Defesa Social (SDS), SECOM, Casa Transitória, Secretaria de Planejamento e Gestão (SEPLAGE).



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

No ano de 2011 o grupo dedicou-se mapear as ações voltadas para esse público nas diferentes secretarias e levantar propostas para ações ou novas articulações entre os serviços que favoreçam o atendimento desta população.

Ainda no sentido da construção de um alinhamento conceitual entre as áreas, foi realizado o Seminário Intersetorial sobre População de Rua, com o objetivo de sensibilizar os profissionais das diferentes secretarias sobre o tema. Foi realizado ainda um encontro com entidades e lideranças religiosas, mas não houve participação expressiva.

**Implementação de parcerias com a Secretaria Municipal de Educação e Secretaria Municipal de Cultura:** foram elaborados os planos de trabalho para ampliação das ações do Programa Saúde na Escola, de acordo com as Portarias dos Ministérios da Saúde e da Educação. Em 2012 essas ações devem envolver 10 UBS e 16 Escolas Municipais, com ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e avaliações de saúde nas áreas de nutrição, SB, saúde mental.

A proposta de parceria com as UBS para a implantação do projeto “Agentes de Leitura” foi discutida com a Secretaria de Cultura no primeiro semestre de 2011, mas sua implementação foi adiada para 2012 em função do atraso na liberação de recursos para contratação dos profissionais e aquisição dos livros e outros materiais.

#### **7.1.5 PRIORIDADE (PV) Saúde do IDOSO**

**OBJETIVO:** Promover a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa

**INDICADOR:** Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas (mais de 60 anos) por fratura de fêmur

- Meta pactuada: 16,5/10.000
  - Resultado 2011: 19,42/10.000

Em 2009 o Governo Municipal decidiu criar um Grupo Intersetorial formado pelos secretários ou representantes das seguintes secretarias: Saúde, Esporte e Lazer, Assistência Social e Cidadania/SASC, Segurança Alimentar e Nutricional, Cultura e Planejamento da Gestão Pública/SEPLAGE, para elaborar a Plano Municipal da Pessoa Idosa. Este Grupo trabalhou durante o ano de 2010 e em 2011 o Plano foi lançado em setembro.

Em 2011 foi realizado o 2º Seminário de Envelhecimento Saudável, para apresentação do Plano, e para discussão dos temas Qualidade de Vida e Envelhecimento: Saúde e Assistência Social para a Pessoa Idosa; e Saúde, Corpo, Movimento e Autonomia da Pessoa Idosa, em um dia, com a participação de 400 participantes.

Uma das decisões mais importantes do Grupo Intersetorial, em 2011, foi a criação de quatro Fóruns Regionais de Gerentes e Trabalhadores, para articulação no território das ações do Plano nas regiões Norte, Sul, Leste e Oeste da cidade.

Estes Fóruns reúnem-se mensalmente desde abril de 2011, sempre com a participação de um dos membros do Grupo Intersetorial; tem sido um espaço fundamental de integração das ações dos profissionais que atuam em diferentes equipamentos, buscando estabelecer e pactuar fluxos de encaminhamentos e integração para construir a rede de cuidados da pessoa idosa na Região.

Em 2011 aconteceu a 2ª Conferência Municipal da Pessoa Idosa e as propostas do Plano foram debatidas e referendadas pelos participantes.

Está sendo desenvolvido o Programa de Educação Permanente (EP) que tem como referência as ações definidas no Plano Municipal de Promoção do Envelhecimento Saudável de Diadema e o público alvo é constituído por servidores das secretarias envolvidas. A EP dos gerentes e coordenadores está sendo realizada por meio de atividades educativas voltadas para os Fóruns de Gerentes e Coordenadores dos equipamentos públicos das áreas prioritárias.

A EP dos profissionais dos equipamentos públicos das áreas prioritárias está sendo realizada pr meio de Oficinas, que trabalham na lógica da aprendizagem significativa voltada para reflexão sobre o atendimento ao idoso e a necessidade de mudanças no processo de trabalho, com objetivo de promover o envelhecimento saudável.



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

### **7.1.6 PRIORIDADE (PV) ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM**

**OBJETIVO:** Ampliar o acesso a cirurgias de patologias e cânceres do trato genital masculino

**INDICADOR:** Número de cirurgias prostatectomia suprapúbica

- Meta pactuada: 15
  - Resultado 2011: 29

Em 2011 houve um pequeno aumento nas cirurgias realizadas, considerando o resultado dos anos anteriores: 23 (2010), 22 (2009) e 13 (2008).

### **7.1.7 PRIORIDADE (PV) FORTALECIMENTO DE RESPOSTAS ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENIASE, TUBERCULOSE, MALARIA, INFLUENZA, HEPATITE, AIDS.**

**OBJETIVO:** Reduzir a letalidade dos casos graves de Dengue

**INDICADOR:** Taxa de letalidade das formas graves de dengue (Febre Hemorrágica da Dengue; Síndrome do Choque da Dengue; Dengue com Complicações)

- Meta pactuada: 0
  - Resultado 2011: 0 (não houve nenhum caso grave ou óbitos por dengue)

**INDICADOR:** Índice de infestação larvária do *Aedes aegypti* (ADL)

- Meta: manter os índices abaixo de 1,0
  - Resultado: Maior índice atingido em 2011: 2,25 no mês de fevereiro

Em 2011 foram notificados 734 casos da doença em residentes de Diadema, dos quais 314 foram confirmados, sendo 272 autóctones; não houve óbitos. O número de notificações demonstra a sensibilidade da rede de saúde quanto a este agravo.

Foram capacitados sobre a doença e o vetor, assim como a abordagem das pessoas nas residências, 31 ACS multiplicadores, enfermeiros e técnicos de enfermagem; realizadas oficinas para a implantação da nova metodologia de trabalho nas áreas de controle da dengue cobertas pelos ACS (17 UBS, alcançando 380 participantes).

Mantém-se a ocorrência de casos da doença em que não há a suspeita clínica no 1º atendimento, levando o paciente a retornar a outros serviços da rede com piora do quadro, o que demonstra a necessidade de capacitação de um maior número de médicos, principalmente nas Unidades de Urgência e Emergência.

O índice de infestação do vetor (ADL) foi levantado três vezes no ano de 2011, com os seguintes resultados: 2,25 no mês de fevereiro, 0,5 no mês de junho e 0,1 no mês de outubro, confirmando o município como área infestada e com possibilidade de epidemia da doença (IB>0,5).

Diadema é município prioritário para ações de controle da Dengue no Estado de São Paulo, com o primeiro caso autóctone registrado em 2002.

Em 2011 foi atualizado o Plano de Contingência para Enfrentamento de Epidemias de Dengue e encaminhado para o MS, visando o recebimento do incentivo financeiro para ações de controle da Dengue.

As ações preconizadas pelo Programa Nacional de Controle da Dengue para o controle do vetor são realizadas pelo CCZ. No ano de 2011 foram visitados 188.645 imóveis nas diversas atividades de controle do vetor, sendo que destes, 75.780 imóveis foram visitados na atividade casa-a-casa, pelos ACS, demonstrando a integração necessária entre os serviços. Houve ampla campanha informativa com folhetos e cartazes orientando a população a não manter criadouros do vetor.

**OBJETIVO:** Aumentar o percentual de cura nos coortes de casos novos de Hanseníase a cada ano para atingir 90% de cura em 2011

**INDICADOR:** Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados e curados nos anos das coortes.

- Meta 2011: 88%
  - Resultado 2011: 90,9%



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Foram diagnosticados 11 casos, nenhum em menores de 15 anos de idade, sendo que apenas um mudou-se para outro estado; dessa forma, foi possível alcançar o objetivo de 90% de cura. Em 2011, com o objetivo de aumentar o número de casos suspeitos e, conseqüentemente, de casos confirmados, continuou a ser realizada divulgação por meio de faixas e cartazes, orientando quanto os sintomas e para a procura da UBS de referência. Porém a capacitação dos profissionais da Rede de AB em hanseníase, programada para 2011, não pôde ser realizada, tanto por dificuldades de agenda da AB e da Vigilância Epidemiológica, como pela alteração do profissional de referência na assistência.

**OBJETIVO:** Ampliar a cura de casos novos de Tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados a cada ano.

**INDICADOR:** Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera

- Meta pactuada: 87 %
  - Resultado 2011: 35,5 % (dados provisórios)

Em 2011 o município recebeu pelo quinto ano consecutivo o prêmio de “Qualidade no tratamento e Controle da Tuberculose” da Secretaria de Estado da Saúde, por alcançar bons indicadores no controle da Tuberculose, seguindo as exigências do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Em 2010, atingiu-se 87,50 % de cura confirmada dos casos novos e apenas 5 % de abandono do tratamento.

O município recebeu uma visita de monitoramento do MS ao Programa de Controle da Tuberculose de Diadema com a finalidade de verificar as atividades planejadas pelo programa municipal, identificando a capacidade de operar e manter as ações de controle desta doença e possíveis obstáculos. Esta visita resultou em uma avaliação positiva nas ações do programa, principalmente quanto ao tratamento supervisionado e a oferta de cestas básicas e lanche para os pacientes.

Foi dado ênfase em 2011 para a avaliação de comunicantes, visando à detecção de casos novos e a interrupção na transmissão. Dos pacientes em tratamento, foram avaliados 93 % de seus comunicantes.

Em 2011 foram realizadas duas campanhas de busca ativa de casos novos nos meses de abril e novembro, porém foram realizadas apenas 2088 baciloscopias de primeira amostra, (indicador de busca ativa de sintomáticos), número este ainda muito inferior à meta de testar 1% da população. A fins de melhorar a oferta de imunização com BCG na cidade foram capacitados 58 enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**OBJETIVO:** Fortalecer a vigilância epidemiológica da doença para ampliar a detecção de casos de Hepatite B e C assim como a qualidade do encerramento dos casos por critério laboratorial.

**INDICADOR:** Proporção de casos de hepatites B e C confirmados por sorologia

- Meta pactuada: 100 %
  - Resultado 2011: 100%

Apresentamos abaixo, a série histórica dos casos de hepatites B e C, segundo os critérios adotados pelo MS.

Tabela 14 - Casos confirmados de Hepatites B e C, e proporção de casos confirmados por sorologia, em residentes no município de Diadema no período de 2007 a 2011.

	Ano 2007	2008	2009	2010	2011
Casos confirmados de Hepatites B e C	113	103	161	140	90

Fonte: SINANNET (13/02/12)

Na tabela acima há uma alteração da série histórica ao comparar com o Relatório de Gestão de 2010, pois definiu-se como casos confirmados as Hepatites B e C crônicas e agudas, sendo excluídos os casos de “cicatriz sorológica”. Estes casos estão incluídos, juntamente com a serie histórica dos agravos e doenças de notificação compulsória (Perfil Epidemiológico), pois devem sempre ser notificados e exigem ações de vigilância epidemiológica, como por exemplo, investigação sorológica dos comunicantes.

Apesar do alcance da meta, permanecem dificuldades do profissional médico em solicitar e interpretar a sorologia. Assim a ECD (Epidemiologia e Controle de Doenças) tem buscado capacitar a Rede de AB, sendo que em 2011 foram matriciadas 3 UBSs em Hepatites Virais. Os profissionais do Centro de Referência em DST/Aids e Hepatites foram capacitados para atendimento de pessoas com Hepatites Virais. Os Redutores de Danos do Consultório de Rua também receberam orientação específica em DST/ Aids e Hepatites.



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Por meio de ações intersetoriais, a Vigilância Sanitária inseriu no currículo dos cursos profissionalizantes da área de embelezamento da Escola Florestan Fernandes noções de prevenção às Hepatites Virais. Além da capacitação dos professores, ocorreram três Seminários sobre Prevenção com participação de 90% dos alunos matriculados.

Visando ainda a prevenção de casos novos, a Vigilância Sanitária Municipal inspecionou 100% dos estabelecimentos que atuam na área de embelezamento da região central da cidade, oferecendo orientação específica sobre esterilização de instrumentos.

**OBJETIVO:** Reduzir a transmissão vertical do HIV

**INDICADOR:** taxa de incidência de Aids em menores de 5 anos de idade.

- Meta pactuada: incidência 0 de Aids em criança
  - Resultado 2011: incidência 0

No ano de 2011, foram diagnosticados 39 casos de Aids em adultos residentes em Diadema e nenhum diagnóstico de Aids em criança, atingindo a meta desejada.

A partir de 2011, foram instituídas no município as seguintes medidas visando reduzir a transmissão vertical de AIDS em Diadema: investigação dos casos suspeitos de transmissão vertical do HIV, de acordo com o protocolo instituído pelo Programa Estadual de DST/AIDS (no ano de 2011 foram investigadas 9 crianças, 100% das notificadas); monitoramento laboratorial das sorologias para HIV, de forma a encaminhar precocemente as gestantes suspeitas ao CR.

A prevenção da transmissão vertical do HIV foi estabelecida pelo MS como uma das prioridades do Programa Nacional de DST e AIDS. Para tanto, as seguintes estratégias foram definidas em Diadema: oferta do teste anti-HIV com aconselhamento pré e pós-teste na primeira consulta e no 3º trimestres da gestação; realização pelas maternidades do teste rápido, quando se desconhece o resultado de sorologia para HIV, principalmente nas gestantes que não fizeram o pré-natal, ou que não realizaram o teste no 3º trimestre; utilização de anti-retroviral durante o trabalho de parto e realização de parto cesáreo quando indicado; uso de zidovudina oral para o recém nascido exposto; recomendação do não aleitamento materno e inibição da lactação, bem como fornecimento de fórmula láctea a todas as crianças expostas ao HIV.

#### **7.1.8 PRIORIDADE (PV) SAÚDE DO TRABALHADOR**

**OBJETIVO:** Aumentar a identificação e a notificação dos agravos à saúde do trabalhador a partir da rede de serviços sentinela em saúde do trabalhador, buscando atingir toda a rede de serviços do SUS.

**INDICADOR:** Nº de notificações de agravos à saúde do trabalhador constantes na portaria GM/MS, nº 104/11

- Meta 2011: 943 casos
  - Resultado 2011: 1044 casos

O CEREST, no ano de 2011, deu continuidade à atividade de sensibilização dos serviços 24 horas para o atendimento e notificação destes agravos iniciada no ano de 2010, com o objetivo de qualificar a rede sentinela. Esta ação foi direcionada aos profissionais da recepção, equipe de enfermagem e médicos do PSHM e do PSC, principais unidades notificadoras.

Discussões de casos com os médicos responsáveis das áreas clínicas e a coordenação da ortopedia foram realizadas resultando no empenho e comprometimento por parte dos envolvidos.

O CEREST continuou o apoio matricial junto às 5 UBS com o objetivo de disseminar e incorporar ações em Saúde do Trabalhador de forma horizontalizada; assegurando a retaguarda especializada por meio de ação continuada. Os principais ramos de trabalho em cada região foram mapeados e protocolos de atendimento aos trabalhadores com doenças relacionadas ao trabalho foram estabelecidos em conjunto. Nestas UBS, houve a sensibilização da equipe matriciada em relação ao seu próprio processo de trabalho; na relação do processo de saúde e doença com o trabalho e melhorias do sistema de referência e contra-referência. Ocorreu a elaboração em conjunto de folder informativo sobre riscos e direitos das gestantes trabalhadoras e elaboração de instrumental próprio das Unidades para levantamento de atendimento relacionado a acidentes e doenças do trabalho.





**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

O ano de 2011 destacou-se no CEREST como o ano das articulações intersetoriais, as quais possibilitaram uma maior compreensão dos parceiros sobre as ações do CEREST. Atividades com a Secretaria do Desenvolvimento Econômico e Trabalho, com a ACER (Associação de Apoio a Criança em Risco e com o CREAS (Centro de Referência Especializado em Assistência Social) foram realizadas.

**INDICADOR:** Proporção de acidentes de trabalho fatais investigados em relação aos acidentes de trabalho registrados.

- Resultado 2011: 75%

Em 2011 ocorreram em Diadema 4 acidentes fatais, sendo que 1 de trajeto, não passível de investigação. Os 3 acidentes investigados ocorreram com prestadores de serviços, 2 deles a causa do acidente foi provocada por choque elétrico e 1 por trauma com a queda de empilhadeira sobre o corpo.

**INDICADOR:** Nº de inspeções em ambientes de trabalho

- Resultado 2011: 39 inspeções

As ações de Saúde do Trabalhador compreendem também ações de Vigilância dos Ambientes e Condições de Trabalho. No ano de 2011 a programação destas ações foi organizada a partir de prioridades eleitas por gravidade de risco, situação epidemiológica, eventos sentinela (acidentes graves e fatais; postos de combustíveis; indústrias injetoras de plásticos).

Dentre estas ações destacaram-se: o Projeto de Prevenção de Acidentes em Máquinas no Ramo Plástico de Diadema, realizada em parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Trabalho, com o Sindicato dos Químicos do ABC e o Sindicato da Indústria Plástica do Estado de São Paulo; o Projeto de Intervenção em Postos de Combustíveis em Áreas Contaminadas, que é uma intervenção conjunta com os técnicos da Vigilância Ambiental (ECD) e da Vigilância Sanitária do município.

#### **7.1.9 PRIORIDADE (PV): SAÚDE MENTAL**

**OBJETIVO:** Ampliar o acesso ao cuidado em saúde mental

**INDICADOR:** Nº de CAPS III habilitados/100 mil hab.

- Meta pactuada: 1,38/100 mil hab.
  - Resultado 2011: 1,38/100 mil hab.

Se considerarmos a Portaria Ministerial 336/2002, que preconiza a instalação de um CAPS III para cada 200.000 hab., pode-se considerar que a meta preconizada foi superada, uma vez que existem 03 CAPS III em Diadema, enquanto pela portaria bastariam estar em funcionamento 02 CAPS III. Além destes, o CAPS – AD, especializado no atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, foi habilitado em 2011 junto ao MS como CAPS AD 24 horas, e existe ainda um CAPS habilitado em 2010, para o atendimento de crianças e adolescentes portadores de transtorno mental.

**INDICADOR:** Total de atendimentos: intensivo, semi intensivo e não intensivo realizado pelos CAPS/ano.

- Resultado 2010 procedimentos intensivos: 25.101
- Resultado 2011 procedimentos intensivos: 18.796
- Resultado 2010 procedimentos semi intensivos: 19.335
- Resultado 2011 procedimentos semi intensivos: 16.608
- Resultado 2010 procedimentos não intensivos: 6.670
- Resultado 2011 procedimentos não intensivos: 4.843
- Resultado 2010 procedimentos: 53.915
- Resultado 2011 procedimentos: 40.247

Segundo as normas do MS as três modalidades de serviços (CAPS I, II, III, CAPS AD e CAPS infantil) cumprem a mesma função no atendimento em saúde mental e devem estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, incluídos álcool e drogas, em regime de tratamento intensivo, semi intensivo e não-intensivo.





**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

A tabela mostra que houve uma redução importante na produção de procedimentos nos CAPS, de 2010 para 2011 (de 53.915 procedimentos para 40.247 procedimentos); redução esta que aconteceu em todos os componentes da produção (intensivos, semi intensivos e não intensivos). Como justificar este resultado, considerando que a saúde mental, como se descreverá mais adiante, tem sido alvo de mudanças importantes, no sentido de qualificar o cuidado aos usuários portadores de sofrimento mental, pela rede de CAPS? Na tabela abaixo, observa-se que, excluindo o CAPS AD e o CAPS Infanto Juvenil, a produção do CAPS Leste, é bem maior que a dos outros dois CAPS (Centro e Sul), o que sugere que problemas estejam concentrados nestas unidades. Em reunião do Colegiado da Saúde Mental, os gestores levantaram algumas possíveis explicações para a redução na produção de 2010 para 2011: diminuição de procedimentos por conta da transferência de pacientes para acompanhamento nas UBS, subregistro de procedimentos (APACS) como decorrência da resistência de alguns trabalhadores às mudanças efetuadas pela Secretaria na área, associado com fragilidade na gestão local; é importante lembrar que no CAPS Norte, por exemplo, houve necessidade de troca de gerente por duas vezes, nos dois últimos anos.

Tabela 15: Nº de procedimentos, total e por componente, realizados por cada um dos CAPS de Diadema, ano de 2011.

Procedimentos	CAPS AD	CAPS III Centro	CAPS III Leste	CAPS III Sul	CAPS Inf. Juvenil	Total
Intensivos	1967	3813	7097	5053	866	18796
Semi intensivos	4471	2906	4599	2406	2226	16608
Não intensivos	73	1047	2037	1451	235	4843
Total	6712	8294	14521	9373	3327	40247

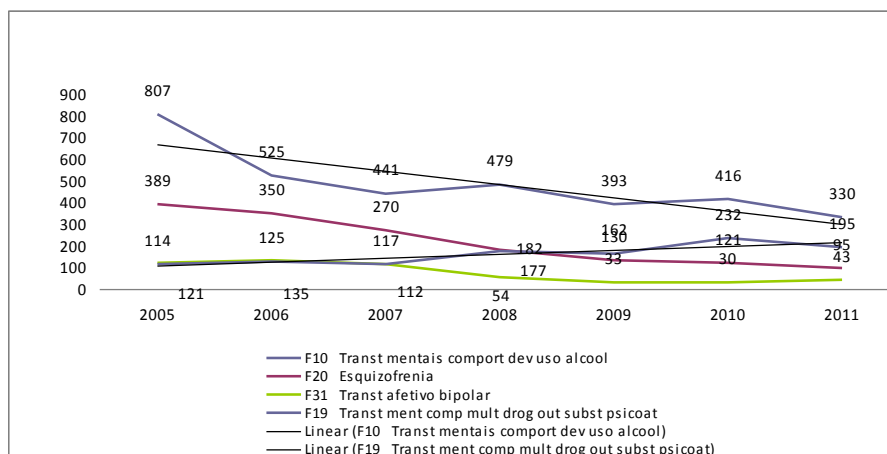
Fonte: DRAAC

**INDICADOR:** Total de internações de usuários em saúde mental, residentes em Diadema, segundo Cap 5 do CID 10 no Estado de São Paulo no período de 2005 a 2009.

- Resultado 2011: 1.002 internações

Embora as internações de saúde mental na população de Diadema apresentem tendência de queda – 1133 (2008); 907 (2009); 1057 (2010) e 1002 (2011), é importante analisar o comportamento das causas mais freqüentes que levaram à internação em saúde mental, ao longo dos últimos anos. O gráfico abaixo mostra dois importantes movimentos lineares em sentido contrário um do outro: uma tendência de queda nas internações por transtornos mentais devido ao uso de álcool e uma tendência de aumento em internações por transtornos mentais associados ao uso de drogas e outras substâncias psicoativas.

Gráfico 3: Nº de internações de diademenses, segundo as causas mais freqüentes, ocorridas no Estado de SP, Cap. 05 Transtornos Mentais - 2005 a 2011.



Fonte: SIH/DRAAC

**INDICADOR:** Taxa de cobertura do programa de volta para casa



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

O Programa "De Volta Para Casa", criado pelo MS, com o objetivo de favorecer a reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, em Diadema funciona desde 2005. Em 2011 foram incluídos 18 pacientes, totalizando 90 pacientes inscritos no Programa. É importante considerar que as equipes devem realizar busca constante para identificação de usuários que possam ser beneficiados de acordo com os critérios do programa.

**Ações:**

Desde o começo da atual gestão a SMS vem destacando a necessidade de incorporar o sofrimento mental nas práticas das equipes das UBS e a reorganização da rede de CAPS para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, incluídos os usuários dependentes de crack, álcool e outras drogas. O modelo que se vem buscando instituir em Diadema está referenciado nos princípios da Reforma Psiquiátrica e na construção da rede de atenção psicossocial, em que participam os CAPS, as UBS e os serviços 24 horas. Assim, tem-se pautado na oferta de cuidado integral, na atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas, sob a lógica interdisciplinar, com o desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.

Com o objetivo de promover mudanças nos processos de trabalho na AB, fortalecer o trabalho interdisciplinar e o trabalho no território, foram organizados vários dispositivos, em 2009: criação de um Grupo com representantes da Saúde Mental, da AB, do CONVIVA, da Escola de Saúde e do Gabinete para discutir integração da saúde mental com a AB; foi priorizado o apoio matricial em saúde mental junto às equipes de SF, a oferta de algumas atividades de capacitações (Curso sobre ansiedade, depressão e somatização, para todos profissionais de nível universitário da AB, com carga horária de 20 hs, Curso sobre Terapêutica Medicamentosa em Saúde Mental para todos médicos generalistas, clínicos e GO da AB, com carga horária de 16 hs e Oficinas sobre "cuidado em saúde mental na AB" para todos técnicos de enfermagem da AB, com carga horária de 4hs). Em 2010, foi definido o matriciamento como estratégia fundamental para estruturar a saúde mental no município; foram realizadas oficinas quinzenais com os trabalhadores do NASF e dos CAPS, usando como metodologia a discussão de temas e/ou casos considerados relevantes por este grupo de trabalhadores; quatro oficinas de Criação e Integração com equipes dos CAPS e UBS, com 16 horas de duração e oficinas sobre Apoio Matricial para gerentes dos CAPS e Apoiadores da CAB.

Com a mesma importância procurou-se reorganizar as equipes dos CAPS, condição indispensável para que estes serviços pudessem assumir o papel que lhes é conferido na rede de atenção psicossocial, como também transferir o local onde funciona o CAPS SUL, devido à precariedade na sua instalação. Desta forma, foram feitas readequações no número e nas jornadas de trabalho de técnicos das equipes, remanejamento de profissionais das equipes de enfermagem dos CAPS III para o CAPS AD e CAPS Infantil que estavam com quadro de pessoal defasado, treinamento e qualificação do preenchimento das APAC, assim como foram reorganizados os processos de trabalho das equipes de enfermagem dos CAPS para atender melhor os pacientes internados. Este trabalho também foi potencializado por meio de oficinas (04) com as equipes dos CAPS Leste e Centro, com duração de 16 horas em cada CAPS.

Este processo, conforme foi assinalado em capítulo anterior ocorreu com questionamentos e resistências por parte das equipes.

Para se entender o caminho a ser percorrido em Diadema, tendo como imagem objetivo o modelo pretendido na saúde mental, é importante registrar que apesar das iniciativas apresentadas persiste no ambulatório de especialidades do QS atendimento psiquiátrico para pacientes que as UBS não absorveram no acompanhamento local. Dificuldades que passam por conta de questões técnicas (manejo de medicamento psiquiátrico), como também por outros motivos (dificuldades nos processos locais – reformas, limitação de espaço físico, etc). Para estas situações, recomenda-se que antes do encaminhamento os casos sejam discutidos nas reuniões de matriciamento na UBS.

**Em 2011, a SMS definiu cinco linhas de ações para a área, em função do modelo apontado:**

**1. Integração dos CAPS com as UBS**



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Para isto, foi feita análise de prontuário de todos os pacientes de cada CAPS e verificado a permanência no serviço de um número expressivo de pacientes estáveis e ou de menor vulnerabilidade, que não se ajustavam ao perfil de usuário de um CAPS. Este levantamento foi feito, segundo área de abrangência das UBS e os pacientes foram divididos em dois grupos: aqueles que pela instabilidade do quadro ou associação de múltiplos medicamentos necessitariam de acompanhamento pelo psiquiatra, além do suporte da equipe de saúde da família, e aqueles com quadros já estabilizados, em que o acompanhamento integral pela UBS poderia proporcionar melhor vinculação do paciente e elaboração de um projeto terapêutico que enfatizasse sua inserção na comunidade. Neste processo, avaliou-se que estes pacientes se beneficiariam se fossem acompanhados nas UBS, em conjunto com as equipes dos CAPS, por meio de projetos terapêuticos singulares construídos coletivamente. Em função desta avaliação, as jornadas dos trabalhadores dos CAPS foram reorganizadas para permitir que os técnicos pudessem estar presentes nas UBS da área de abrangência de cada CAPS e, assim propiciar trabalho com as equipes da AB no território. Para aqueles pacientes que faziam uso de múltiplos medicamentos ou que pela instabilidade do quadro exigem freqüentes ajustes em suas dosagens definiu-se que um psiquiatra do CAPS se responsabilizaria pelo manejo do medicamento, até que a equipe da UBS estivesse segura para responsabilizar-se pelo acompanhamento, com apoio do matriciamento.

Esta proposta foi discutida com a CAB e com os gerentes das UBS, sendo produzidos alguns acordos, para garantir o alcance dos objetivos: articulação local com a participação do técnico de referência do CAPS; identificar psiquiatra com perfil matriciador e que haja discussão dos projetos terapêuticos nas reuniões de matriciamento, como também nos dias de atendimento do psiquiatra nas unidades.

Este trabalho foi iniciado em novembro de 2011, com 14 UBS (Casa grande, Nova Conquista, Ruyce, São José, Piraporinha, Nogueira, Promissão, ABC, Canhema, Nações, Eldorado, Conceição, Inamar e Paulina). Com exceção de duas unidades (São José e Nova Conquista) o processo foi iniciado sem atropelos. Na área de abrangência do CAPS Sul, que inclui as UBS Eldorado, Conceição, Inamar e Paulina, o processo está sendo mais difícil, inclusive porque houve o afastamento da gestora local. Numa primeira avaliação com os gerentes locais, todos reconhecem a melhoria para os usuários, embora se perceba a necessidade de afinar os contatos entre as duas áreas, para não prejudicar o processo iniciado. Os pacientes da área das UBS, cujos gerentes julgaram não ser possível a incorporação da unidade, de imediato, ao projeto, passaram a ser atendidos no ambulatório de especialidades do QS, pelo psiquiatra (1450 pacientes remanejados).

Como parte do processo de reorganização e descentralização dos atendimentos em saúde mental, algumas iniciativas de trabalho conjunto no território das UBS, merecem destaque: oficinas de música com pacientes e equipes da UBS Promissão para integração no território; oficinas semanais “ Cuidando do Cuidador” para toda equipe da UBS Casa Grande; elaboração conjunta de PTS e VD às famílias de pacientes de saúde mental pelas equipes de SF e técnico do CAPS na UBS ABC; grupo com funcionários e pacientes na UBS Ruyce e na UBS Piraporinha.

A partir da transferência de local do Centro Norte para um imóvel na região norte, as áreas de abrangência dos CAPS foram reorganizadas da seguinte maneira:

CAPS Norte - UBS ABC, Canhema, Reid, Paineiras, Nações e Maria Teresa.

CAPS Leste - UBS Centro, Piraporinha, Nova Conquista, Ruyce, V. São José, V. Nogueira, Promissão, Casa Grande e Parque Real.

CAPS SUL – UBS Inamar, Eldorado, Paulína, Serraria, Conceição.

## **2. Ações para a reorganização dos processos de trabalho da Rede de Atenção Psicossocial:**

Para garantir o atendimento aos pacientes em crise, foi pactuado com o Colegiado da Urgência e Emergência um protocolo para orientar condutas e fluxos no atendimento das urgências psiquiátricas da RAS de Diadema.

A grande quantidade de pacientes e a limitação de espaço constituíram um problema para o atendimento adequado dos usuários da saúde mental e usuários de drogas, internados na observação psiquiátrica do PSC.

Foi elaborado um fluxo para garantir o atendimento à tentativas de suicídio, mas a avaliação aponta problemas na Rede: subnotificação por parte de alguns serviços e falta de integração na Rede (ausência de respostas a casos notificados, notificação não é seguida de solicitação de atendimento, etc.).



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Início da mudança do trabalho da equipe de enfermagem de plantonista para diarista nos CAPS, com a intenção de qualificar o cuidado e facilitar a construção de projetos terapêuticos singulares.

Mudança no modo de dispensar medicamentos nas farmácias dos Caps.

O processo de reorganização do CAPS Infantil resultou no final do ano com 481 prontuários, dos quais 170 permaneceram ativos. Ao longo deste ano foram realizados 94 acolhimentos, 27 grupos e 55 atendimentos individuais. Os grupos de atendimento apresentaram a seguinte distribuição: 11 grupos de pacientes com Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), 10 grupos de familiares, 3 grupos de Estruturas não definidas, 1 grupo de adolescentes em primeiro surto psicótico, 1 grupo de atendimento de família nuclear e 1 grupo de neuróticos. Foram realizadas assembleias de usuários e reuniões do Conselho Gestor do CAPS. Realizaram-se 4 atividades festivas e de lazer: Festa Junina, Dia da Criança, passeio na Praça da Moça e visita ao Zoológico. A equipe manteve a prática de reuniões diárias de 1 hora, para a passagem de plantão e uma reunião semanal de 2 horas, com os seguintes objetivos: aprofundar discussão de casos e definir condutas pela equipe; dinâmica da instituição; organização de rotinas; buscar integração na equipe manejando conflitos internos; informações gerais; discussão sobre as diretrizes da saúde mental e como implementá-las na unidade.

Eleição dos Conselhos Gestores dos CAPS Leste, Sul, CAPS AD e CAPS Infantil.

Não foram realizadas as seguintes ações:

- Serviço Residencial Terapêutico: dificuldade para encontrar imóvel;
- Plano Municipal de Atenção à Infância e Adolescência: não foi elaborado.
- Não foi implantada a visita psiquiátrica diária a pacientes da saúde mental internados no HM por motivos outros.

### **3. Parcerias com outras Secretarias para trabalho intersetorial.**

Em 2011, teve início do Projeto de Geração de Renda da Horta no CAPS-Leste, com a participação de 08 pacientes. A participação de pacientes se dá desde a preparação da terra, com o plantio das sementes, manutenção e colheita das verduras e finalizado com a venda das mesmas.

O Projeto da Reciflora foi iniciado em 2007, no CAPS Centro/Norte e a partir de 2011 começou a ser executado no CAPS Leste. Neste Projeto estão incluídos 6 pacientes da saúde mental. Atividades desenvolvidas pelos usuários: reciclagem de plantas doadas por comerciantes e comunidades, manejo com a terra, adubação, enxertos de mudas de frutas, manutenção dos vasos feitos e vendas dos produtos em feiras.

Nos dois projetos a Secretaria de Desenvolvimento Econômico deu suporte técnico desde o planejamento até a organização das vendas dos produtos, dentro da estratégia da Economia Solidária.

Na implantação do Programa para Atendimento da População de Rua (POP RUA), pela Secretaria de Assistência Social, a abordagem é realizada por profissionais da SASC/CREAS Pop Rua (Técnicos, Educadores Sociais) como pela equipe da Saúde - CAPS AD, ACS e Equipe de Consultório de Rua. Os mesmos estão sendo qualificados para abordagem de usuários de álcool e outras drogas que estejam em situação de rua, pela equipe do Consultório de Rua. A abordagem é realizada de forma separada ou integrada entre as equipes de ambas as secretarias, de acordo com a necessidade de cada caso.

### **4. Fortalecer o espaço da Educação Permanente**

Foi iniciada, em junho de 2011, capacitação em saúde mental para médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e fonoaudiólogos, da rede de UBS e de CAPS com o objetivo de instrumentalizar 167 profissionais de formação universitária das equipes de SF, do NASF e de CAPS a realizarem avaliação em saúde mental. Para tal, foi contratado um consultor, com experiência na área, para desenvolver no prazo de um ano, o seguinte conteúdo: avaliação e diagnóstico em saúde mental; violência e abordagem na AB; álcool e outras drogas.

A metodologia oferecida consiste em técnicas mediadoras em que a participação é o elemento-chave da constituição do saber que visa transformação e atuação ativa. São oferecidas capacitação teórica e utilização das ofertas a partir da discussão de casos. Discussão das dificuldades de abordagem de casos em saúde mental em rede e elaboração de propostas institucionalizadas de cuidado. Esta atividade é



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

desenvolvida por meio da discussão de casos trazidos pelas equipes de SF/saúde mental.

Além deste foi realizado Curso sobre Saúde Mental para todos os técnicos de enfermagem da AB, 12 horas/aluno e a participação de 6 profissionais no Curso de Extensão sobre “Processo de trabalho e Avaliação de CAPS” para gerentes e um técnico dos CAPS, em parceria com a UNFESP/Baixada Santista.

O matriciamento em saúde mental nas UBS foi reorganizado e as reuniões mensais passaram a ser conduzidas por uma equipe de matriciadores, composta por psiquiatra, técnico de referencia do Caps III, técnico de referencia do Caps AD, técnico de referencia do Caps Infanto-juvenil e coordenação da SM. Dentro da proposta de mudança de modelo, em Diadema, tem-se apostado no matriciamento como dispositivo para promover mudanças nas práticas dos profissionais da rede; por isto, é também o dispositivo que mais se discute nas rodas e nos colegiados que envolvem a saúde mental. Dentre os aspectos positivos, hoje começa a aparecer uma visão de que as discussões de casos estejam menos médico centradas; que as equipes conseguem levar os casos para discussão, melhor preparados; a participação dos membros das equipes nas reuniões é maior, os relatos de intervenções no território começam a ocupar as agendas das equipes e dos gestores etc. Por outro lado, convive-se com a rotatividade de matriciadores médicos, com a resistência de profissionais nas diversas categorias, a impossibilidade de aumentar os encontros no mês (atualmente acontece uma vez por mês em cada UBS, independente do número de equipes de SF) etc.

#### **5. Participação no Plano Municipal de Enfrentamento ao Crack e outras drogas**

Em dezembro de 2010 o Governo Municipal decidiu criar o Plano Municipal de Enfrentamento do Crack e outras drogas, nos moldes do Plano Nacional (Decreto Nº 7179), com vistas à prevenção, ao tratamento, à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas. Para tal, criou um GT formado por técnicos das secretarias - Cultura, Esportes, Defesa Social, Desenvolvimento Econômico, Assistência Social, Planejamento, Comunicação, Saúde, e Gabinete do Prefeito, para a elaboração do Plano.

Em junho de 2011, o Plano Municipal foi tornado público, em evento que contou com a participação de mais de 200 pessoas e criado um Comitê Gestor, formado por secretários e ou representantes das secretarias envolvidas na sua execução, para monitorar a implantação do mesmo. Neste evento, foi lançada a cartilha “A droga é uma roubada fácil de entrar mas difícil de sair”, para orientar a população sobre os malefícios decorrentes do uso indevido das drogas nos indivíduos.

As ações previstas seguem as seguintes diretrizes: ênfase à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários do crack e outras drogas; fortalecimento das redes de atenção para usuários de crack e outras drogas, por meio da articulação das ações da saúde e da assistência social; articulação intersetorial – saúde, assistência social, defesa social, educação, esportes, cultura, desenvolvimento econômico, habitação, juventude; formação e educação permanente para os profissionais envolvidos nas ações de enfrentamento ao uso do crack; criação de redes sociais de apoio à reinserção social de usuários de crack; disseminação de informações qualificadas relativas ao crack e o fortalecimento de ações para redução de ofertas do crack e outras drogas no município, na lógica de redução de danos.

#### **Ações da Saúde:**

##### **Ampliação do horário de atendimento do Caps AD para 24 horas**

Em agosto de 2011 o CAPS AD passou a funcionar 24h, com 6 leitos. Desde então, vem priorizando as ações de atenção intensiva aos pacientes que buscam o serviço espontaneamente ou por encaminhamento e que apresentem sofrimento relacionado ao consumo de álcool, crack e outras drogas. Para tanto, foi necessária a discussão e padronização de critérios para admissão e acompanhamento dos pacientes e familiares em Caps AD III.

Foi feito um importante investimento na formação profissional dos técnicos com curso com duração de 12 meses (ainda em andamento) em conjunto com a equipe do Consultório de Rua.

A elaboração de Projeto Terapêutico Singular tem se mostrado um desafio para a equipe do CAPS AD, uma vez que o serviço, ao longo deste semestre está em momento de readequação de suas intervenções visando atuar em consonância com as novas portarias do MS, na lógica da territorialidade das ações. Priorizaram-se atividades de convivência e ações na comunidade junto às ESF.





**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

A articulação com a rede de serviços tem avançado consideravelmente, uma vez que as equipes do CAPS AD e do Consultório de Rua têm buscado ampliar as discussões de casos e propostas de intervenção em campo. Alguns pontos de articulação necessários e em permanente processo de aproximação são UBS, CR, Vigilância, outros CAPS, PS, LAC, CRAS, CREAS, CREAS Pop Rua, serviço de atendimento às vítimas de violência doméstica, ONG, Conselho Tutelar, Delegacia da Mulher, CMDCA, Conselho da Juventude, Coordenadoria da Juventude, outras Secretarias (Desenvolvimento Econômico, Esportes, Cultura), centros culturais, centros comunitários, associações de bairro.

Em 2011 trabalhou-se também a readequação do RH da unidade, fortalecendo a equipe de enfermagem e renovando técnicos, garantindo que os novos profissionais apresentassem perfil para o trabalho com este público, para a execução de intervenções dentro e fora do CAPS AD.

A demanda por tratamento no CAPS AD vem aumentando por conta da integração com o Consultório de Rua, principalmente no número de pacientes em tratamento em regime intensivo.

O Conselho Gestor da Unidade foi eleito no final de 2011 com o objetivo de garantir os direitos dos usuários de álcool e outras drogas em consonância aos princípios do SUS.

#### **Disponibilização de Leitos para usuários de crack e outras drogas**

Foram credenciados dois leitos no HM para assistência clínica de usuários de álcool e outras drogas, porém, este número é considerado insuficiente para a demanda de casos em abstinência, que necessitam de cuidados clínicos.

#### **Implantação do Consultório de Rua**

O projeto Consultório de Rua iniciou suas atividades em março de 2011 com a divulgação do projeto junto às 20 UBS e o levantamento dos locais de uso problemático nos territórios das unidades pelas equipes das UBS.

No total foram identificados 220 locais de uso de drogas. Com esta informação, a equipe do Consultório de Rua deu início ao processo de exploração que consiste em ir aos locais, realizar observação a distância do local e os primeiros contatos com frequentadores do local e entorno.

A exploração consiste em promover uma aproximação dos profissionais com as pessoas do local para que os trabalhadores estabeleçam uma relação com os usuários e possam identificar se o campo é um local de uso de drogas ou não.

Para definição dos campos, foi feito um levantamento considerando acesso ao local, presença do tráfico, vulnerabilidade dos frequentadores, concentração de pessoas em situação de rua que façam uso de crack e outras drogas e condições seguras da equipe em estabelecer campos.

A partir deste processo foram estabelecidos campos para promover o cuidado, de forma descentralizada, em parceria com a AB, CAPS Álcool e outras drogas (AD), rede de assistência social e demais equipamentos e entidades presentes nos territórios.

A equipe do Consultório de Rua é composta por 1 Assistente social (coordenação), 1 psicólogo (20hs), três supervisores de campo (40hs/cada), 1 Educadora física (4 horas/sem), 11 agentes redutores de danos (40 horas/cada) e 2 estagiárias (serviço social e psicologia). A equipe conta com um veículo (Kombi) estilizado para seu uso, assim como com vestuário específico.

Até o final de 2011, a equipe do Consultório de Rua, esteve presente na região Central, Vila Conceição, Nações, Campanário, Ulysses Guimarães, Ruyce, Serraria e viadutos. Destes locais, até o momento foram estabelecidos 11 campos, que são visitados semanalmente, de acordo com as necessidades identificadas e demandas apresentadas.

A retaguarda dos acolhimentos realizados em campo é feita pelo CAPS AD, quando há solicitação de tratamento e demandas clínicas são encaminhadas para as UBS presentes nos territórios e os casos de emergência são encaminhados para Pronto Socorro, via SAMU.

#### **Implantação da Escola de Redutores**

Não foi realizada a capacitação dos 20 ACS para a identificação, abordagem e acompanhamento de casos de AD nos territórios de abrangência das UBS, conforme estava previsto pela Escola de Redutores 1, porque houve demora do MS em informar o conteúdo teórico proposto no Edital.





**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

A Escola de Redutores de Danos 1 de Diadema tem início previsto para o primeiro semestre de 2012, com alterações do projeto inicial para capacitar 100% dos ACS. A carga horária prevista pelo MS é de 120 horas com eixos que vão desde a Política Nacional de Saúde Mental para o enfrentamento do crack, efeitos das SPA nos organismos, estratégias de abordagens, políticas intersetoriais, diagnóstico, rede psicossocial de atendimento em saúde mental e outros.

A Escola de Redutores de Danos 2 tem como objetivo qualificar trabalhadores da rede municipal com escolaridade diversas, sendo nível médio ou superior, que tenham disponibilidade de contato direto com público usuário de crack e outras drogas inseridos em projetos, programas e serviços da rede municipal. A princípio foram inscritos 20 participantes, sendo 15 participantes trabalhadores da rede e 5 redutores de danos ligados ao Consultório de Rua. O início dos encontros foi em outubro de 2011 até a primeira quinzena de dezembro, devendo ter continuidade em 2012.

#### **7.1.10 PRIORIDADE (PV): ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO OU RISCO DE VIOLÊNCIA.**

Na Programação Anual de 2011 foram estabelecidos dois objetivos para a atenção integral às pessoas em situação de violência:

##### **1. Ampliar a cobertura da ficha de investigação/ notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências.**

Foram estreitadas as relações com o CREAS o que propiciou aumento das notificações deste serviço.

Estabeleceu-se, também, parceria com a Vigilância Ambiental para garantir a transcrição das fichas de intoxicação exógena nas situações de tentativas de suicídio para a Ficha de Notificação de Violências Doméstica, Sexual e ou outras Violências interpessoais, assim como, iniciou-se a construção de um fluxo de informação e monitoramento destes casos junto à AB e à Coordenação de Saúde Mental.

Foi elaborado um relatório sobre homicídios ocorridos em Diadema durante o primeiro semestre de 2011, que foi encaminhado a Secretaria de Defesa Social, com a finalidade de trocar dados e aprimorar as informações divulgadas no município.

A unificação das fichas de notificação existentes para uso único da Ficha de Notificação de Violências Doméstica, Sexual e ou outras Violências interpessoais do Ministério da Saúde não foi realizada, pois, para a execução desta ação é necessário um amplo processo de formação com os profissionais da AB, o que não foi possível devido à agenda sobrecarregada da área. Da mesma forma, seria necessário realizar processo semelhante para os profissionais das urgências e emergências. Por outro lado, foi iniciado processo bem sucedidos de sensibilização na AB e no HM, processos estes que contribuirão para a unificação das fichas no ano de 2012.

Na tabela abaixo estão listados dados da Vigilância Contínua de Violência e Acidentes de Diadema, em 2011, em que se observa uma diminuição no número de notificações da Casa Beth Lobo, Centro de Referência de Atendimento à Mulher, provavelmente devido à diminuição da procura por atendimento, em consequência da mudança de endereço do serviço. Observa-se também que as notificações do Pronto Socorro Central (26), do Hospital São Lucas (01) e do HED (25) devam relacionar-se à tentativas de suicídio.

Tabela 16. Distribuição dos casos de violências, segundo serviço notificador, 2011.

Estabelecimento notificador	Total
Casa Beth Lobo	174
Hospital São Lucas	1
Hospital Estadual de Diadema (HED)	25
Núcleo de Saúde do Trabalhador	19
Pronto Socorro Central	26
CREAS/ CRI	16
<b>Total</b>	<b>261</b>

Fonte: SINAN 2011 - OBS: Nesta tabela não foram incluídos os dados da RAVIS, por falta de envio do relatório.

##### **2. Fortalecimento da rede municipal de atendimento às situações de violência.**



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Foram pactuados fluxos para as situações de violência junto à secretaria de Assistência Social e definidas responsabilidades em relação a atendimento das pessoas que vivem ou viveram situações de violência no município de Diadema. Os fluxos bem como os critérios de vulnerabilidade construídos intersetorialmente, estão registrados nas cartilhas elaboradas para grupos prioritários (crianças, mulheres e idosos). Em 2011 foi publicada a cartilha para atenção às mulheres em situação de violência.

No I Seminário de Prevenção de Violência contra a Mulher foi lançada a cartilha e um guia de bolso, com informações sobre os serviços que atendem pessoas que vivem situações de violência. Neste seminário compareceram 211 pessoas da rede intersetorial de atendimento às situações de violência de Diadema.

O CONVIVA organizou e conduziu, uma vez por mês, 11 encontros para discutir casos de violência doméstica, com uma média de presença de 30 pessoas e pelo menos 5 equipamentos diferentes da rede intersetorial presentes por encontro.

A equipe do CONVIVA participou da capacitação organizada pelas Coordenações de Saúde Mental e AB voltadas para os profissionais de nível superior dos CAPS e UBSs do município, que entre outras temáticas abordou o atendimento às situações de violência auto infligida/tentativas de suicídio, violência contra a mulher e contra a pessoa idosa. Foram realizadas oficinas de sensibilização para violência doméstica com ênfase nas questões de gênero, em 19 UBS da rede, no segundo semestre de 2011. A metodologia da oficina era participativa e foi construída em parceria com a CAB, o CONVIVA, profissionais da RAVIS (Rede de Atenção à Violência Sexual) e o Gabinete da Secretaria de Saúde.

Em 2011 ocorreu um Projeto Piloto do CONVIVA e da Unidade Básica de Saúde Nova Conquista para promoção da cultura de paz na Escola Estadual Antônio Branco, que se encontra na fase de conclusão da etapa de diagnóstico dos conflitos da instituição. Foram realizados 4 reuniões com a equipe da Unidade Básica de Saúde para planejar as ações na escola e realizadas 8 rodas de conversa com os professores e 4 rodas de conversa com os alunos. Os relatos das rodas de conversa foram gravados, transcritos e subsidiarão o diagnóstico dos conflitos da instituição. Para finalizar esta fase de diagnóstico acontecerão rodas de conversa com os familiares dos alunos. Depois desta etapa, será organizado um grupo de trabalho que planejará estratégias de promoção de cultura de paz na escola

As informações sobre violências foram divulgadas para a Secretaria de Defesa Social, com a finalidade de subsidiar a construção do III Plano Municipal de Segurança.

A ação programada de realizar oficinas com profissionais que participaram do curso de Violência Sexual Domestica, não foi implementada.

Reuniões com os gestores e coordenadores do HM foram realizadas, para aperfeiçoar a notificação das situações de violência, assim como para desenvolver um projeto local de implementação do cuidado integral às pessoas que vivem situações de violência. Além destas ações, vale destacar que o CONVIVA participou da formação de 20 Guardas Civis Municipais, ofertou oficinas para formação dos redutores de danos do Consultório de Rua e participou da Escola de Redução de Danos 2, bem como, conduziu com a Secretaria de Assistência Social a sensibilização de agentes administrativos da PM para a temática dos direitos dos idosos, com enfoque na prevenção da violência institucional.

No mês de setembro de 2011 foi realizado o 4º Inquérito sobre Acidentes e Violências nos Serviços de Urgência e Emergência (VIVA) com o objetivo de levantar casos de violência e/ou acidentes que chegam como demanda para estes serviços do município. O inquérito possibilita ampliar e aprofundar o olhar sobre a questão da violência e dos acidentes, por meio da caracterização de um quadro geral destas situações.

A seguir alguns dados do inquérito realizado em 2011:

Tabela 17: Distribuição de acidentes registrados no inquérito, segundo tipo de ocorrência e sexo, 2011.

Tipo de ocorrência	SEXO		TOTAL
	Masculino	Feminino	
Acidente de Transporte	140	48	188
Queda	206	187	393
Queimadura	15	8	23
Outros Acidentes	243	114	357
Lesão Auto Provocada	7	4	11



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Agressão Maus Tratos	60	43	103
Intervenção Por Agente Legal Público	1	–	1
Ignorado	–	4	4
<b>TOTAL</b>	<b>672</b>	<b>408</b>	<b>1080</b>

Fonte: VIVA 2011

Tabela 18: Distribuição dos tipos de maus tratos registrados no inquérito, segundo o sexo da vítima de violência, 2011.

Tipo de maus tratos	Sexo		TOTAL
	Masculino	Feminino	
Física	57	42	99
Sexual	1	1	2
Negligência / abandono	1	–	1
Outros	1	–	1
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>43</b>	<b>103</b>

Fonte: VIVA 2011

## 7.2. PRIORIDADES PACTO DE GESTÃO

### 7.2.1 PRIORIDADE RESPONSABILIDADES GESTÃO DO SUS

**OBJETIVO:** Encerrar oportunamente as investigações das notificações de agravos compulsórios registrados no SINAN.

**INDICADOR:** Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação.

- Meta pactuada: 100%
- Resultado 2011: 95%

Ao analisar os motivos pelos quais a meta estipulada não foi atingida no ano de 2011, verificou-se que dos 25 casos com encerramento inoportuno, 5% foi devido a atraso no fluxo de retorno (caso de residente em Diadema notificado em outro município); 52% por demora no resultado laboratorial; 12% por perda de segmento (paciente não retornou, não foi localizado, ou não colheu os exames solicitados); 12% por demora na coleta das amostras para exame laboratorial; e 4% por notificação tardia.

Cabe relatar que, a partir de 2011, Diadema passou a realizar a investigação sorológica da leptospirose por meio de duas provas: ELISA (mais rápida e mais sensível), e MAT (mais demorada, visto necessitar de 2 amostras com intervalo de 15 dias, porém mais específica). Com essa modificação, foi possível detectar ao menos 3 casos de falso positivo ao ELISA, porém a demora para o encerramento desses casos aumentou consideravelmente.

**OBJETIVO:** Ampliar a classificação da causa básica de óbito não fetal.

**INDICADOR:** Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causa básica definida.

- Meta pactuada: 98 %
- Resultado 2011: 95 %

Em 2011 foram mantidos os fluxos de retorno das Declarações de Óbito com falha de preenchimento às unidades de origem, e de solicitação de informações ao SVO.

A capacitação dos médicos da rede no preenchimento das Declarações de Óbito teve início em 2011, mas se estenderá pelo ano de 2012.

**OBJETIVO:** Manter a cobertura vacinal adequada nos serviços de imunizações nos municípios e estados.

**INDICADOR:** Cobertura de tetravalente em menores de 1 ano.

- Meta pactuada: 95 %
- Resultado 2011: 98,82 %



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Apesar da cobertura vacinal da tetravalente (DTP+Hib) ter atingido a meta estabelecida, persistiu a heterogeneidade entre os territórios das UBSs. Explica-se essa heterogeneidade em algumas unidades pelo fato de terem passado por reforma estrutural, porém também já é conhecido o comportamento dos usuários de preferirem vacinar-se em unidades distintas da sua área de abrangência.

**OBJETIVO:** reduzir os riscos a saúde humana decorrente do consumo de água com qualidade microbiológica fora do padrão de potabilidade

**INDICADOR:** Proporção de análises laboratoriais realizadas no sistema de abastecimento público de água em relação ao pactuado.

- Meta pactuada: 100%
- Resultado 2011: 100%

No controle da qualidade da água destaca-se o controle sanitário de fontes alternativas de água para o consumo humano e monitora os serviços de saúde, dentre os quais a unidade de hemodiálise localizada no município, cuja água utilizada é rigorosamente fiscalizada. A Vigilância Sanitária executou no ano de 2011: 472 vistorias, 166 atividades de orientação, 409 coletas para análises (água, alimentos, cosméticos). Emitiu 242 Licenças/Cadastrados, com a finalidade de manter sob controle sanitário a produção, a circulação de bens e os serviços de interesse a saúde.

Além de coletas de água e envio para análise, foram realizadas diversas ações relacionadas a Vigilância Ambiental em Saúde, dentre as quais destacam-se: elaboração de protocolos de ação para o enfrentamento de desastres no âmbito das diversas áreas da vigilância; acompanhamento de acidentes químicos; mapeamento dos riscos ambientais à saúde, relacionados a questão química e desastres naturais; acompanhamento de populações expostas a contaminantes químicos; e contribuição na formação na temática de saúde ambiental dos técnicos no âmbito municipal, regional e estadual.

**INDICADOR:** Cobertura vacinal de cães e gatos

- Resultado 2011: N/A: vide observação abaixo

No município de Diadema a vigilância da raiva está estruturada com ações de assistência à vítima, observação do animal agressor, vacinação de cães e gatos, remoção de animais susceptíveis e vigilância ativa do vírus rábico, por meio do envio de amostra de animais suspeitos para pesquisa laboratorial.

Em 2011, o Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) foi reformado, com recursos financeiros provenientes do Projeto Vigisus II (Plano de Vigilância em Saúde) do MS, para ações da "Programação da Vigilância à Saúde do Município."

O CCZ realizou em 2011 as atividades de recolhimento e envio de amostras, observação de animais agressores e recolhimento seletivo de animais (cães e gatos). Não foi realizada a vacinação de cães e gatos porque o MS não retomou o fornecimento da vacina antirrábica animal.

Para a pesquisa do vírus rábico foram enviadas 48 amostras da espécie canina (meta pactuada: 45 amostras) e 20 amostras da espécie felina (meta pactuada: 11 amostras).

Os dados preliminares de 2011 referentes ao atendimento antirrábico humano, demonstram que a tendência de queda que se apresenta desde 1994 foi mantida, tendo sido notificados 932 atendimentos em residentes de Diadema. Foram indicadas 843 observações de animais, das quais 670 foram realizadas pelo proprietário/vítima ou responsável, e apenas 01 animal teve que ser recolhido para observação no CCZ. Dentre todas as observações realizadas, apenas 5,2% ficaram sem informações.

### **7.3 PRIORIDADES LOCAIS**

#### **7.3.1 PRIORIDADE (Plo): ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**OBJETIVO:** Garantir o acesso aos medicamentos essenciais – REMUME

**INDICADOR:** Gasto anual com medicamentos

- Resultado: R\$ 13,33575/hab/ano

**Ações:**

No final de 2010, a Coordenação de Assistência Farmacêutica iniciou com a CAB uma discussão acerca do papel do farmacêutico na AB. A proposta era garantir maior inserção dos farmacêuticos nas UBS e equipes



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

de saúde e ter uma mudança na sua atuação cotidiana. Ainda fazia parte da proposta a vinculação dos farmacêuticos da AB ao NASF. O cadastro dos 7 profissionais no NASF foi providenciado pela CAB.

A proposta apresentada e discutida em todas as UBS com as equipes de saúde é composta de 4 eixos, sendo estes: dispensação e orientação para o uso de medicamentos; atividades administrativas relacionadas aos medicamentos; suporte informativo aos outros profissionais da equipe e atividades educativas, individuais ou em grupo

Desde Março/2011, os farmacêuticos têm desenvolvido atividades nas UBS e as mesmas têm sido avaliadas pela Coordenação de Assistência Farmacêutica e CAB. A avaliação deste processo é positiva, mas o mesmo ainda possui fragilidades que precisam ser trabalhadas.

**Educação Permanente em Saúde na Assistência Farmacêutica**

Curso de extensão para capacitação dos farmacêuticos da rede municipal de saúde para atuação no Processo de Cuidado ao usuário de medicamentos pela UNIFESP.

Curso de capacitação do HÓRUS – Educação à Distância (EaD) para os funcionários da rede municipal de saúde envolvidos com a Assistência Farmacêutica.

Curso de Assistência Farmacêutica para funcionárias da AB.

**Informatização da Assistência Farmacêutica**

Implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS, em parceria com MS.

Locais com HÓRUS implantado total e parcialmente: Almoxarifado da Saúde, Ação Judicial, Farmácia Central e UBS (Nações, Casa Grande, Parque Real, Promissão, Reid, Canhema, Inamar, Piraporinha, São José, Nova Conquista, Ruyce, Eldorado, Nogueira, Maria Tereza e Centro).

**Parceria da Assistência Farmacêutica e do Curso de Farmácia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)**

A integração entre a Assistência Farmacêutica e o curso de Farmácia da UNIFESP começou no início de 2010. A proposta desta parceria é disponibilizar aos alunos espaços da rede municipal de saúde para vivência da prática da Assistência Farmacêutica no SUS. Em contrapartida, a universidade auxiliar os serviços na realização de pesquisas, produção de materiais e educação permanente.

A experiência desta parceria tem sido muito importante para a SMS/Diadema, visto que a universidade tem contribuído para qualificação da Assistência Farmacêutica. Por outro lado, a SMS/Diadema tem ajudado na formação dos alunos para atuação no SUS.

Seguem abaixo as pesquisas em andamento:

Avaliação do nível de informação do paciente sobre o medicamento prescrito em quatro UBS da cidade de Diadema.

Avaliação da informação do paciente, do padrão de uso e prescrição de medicamentos à base de Benzodiazepínicos na cidade de Diadema.

Perfil de prescrição de ATM em Hospital Geral Municipal.

Possibilidades, expectativas e dificuldades de profissionais farmacêuticos da rede pública frente às modificações em sua prática profissional.

Avaliação do perfil dos medicamentos utilizados pelo idoso do município de Diadema e sua capacidade em relação à terapêutica indicada.

A opinião do médico prescritor e do gestor do serviço público e do médico particular sobre o papel da amostra grátis de medicamentos.

**Outras ações:**

Concluída a revisão da 1ª edição da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) de Diadema.

O Almoxarifado da Saúde distribuiu 46.252.296 unidades de medicamentos aos serviços da rede municipal de saúde.

A Farmácia do CAPS Centro, habilitada como Farmácia Notificadora, recebeu 15 notificações de toda a rede municipal de saúde.

Fornecimento de medicamentos e insumos por determinação judicial: 96 usuários atendidos; R\$ 385.258,42 gastos com ações judiciais.



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Farmácia Popular do Brasil (FPB) – Centro e Campanário

- Número de usuários atendidos em 2011: 91.061
- Unidades de medicamentos vendidas e fornecidas gratuitamente em 2011: 423.928
- Relatório de despesas da FPB – em anexo

### 7.3.2 PRIORIDADE (Plo): QUALIFICAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

**OBJETIVO:** Aprimorar o atendimento humanizado e resolutivo nos serviços de Pronto Socorro (PS), Pronto Atendimento (PA) e SAMU, fortalecendo a construção da rede de urgência e emergência no município. A Rede de Urgência e Emergências de Diadema é formada por 02 PS (PSC e PSHM), pela UPA Paineiras, pelo PA Eldorado, pelo SAMU e pela Central Municipal de Regulação de Urgência e Emergência e de Leitos. O PA Nações foi desativado em dezembro de 2011 e os profissionais foram incorporados na equipe da UPA Paineiras.

Na tabela abaixo é apresentada a produção de atendimentos médicos realizada pelos serviços 24 horas nos dois últimos anos e se observa que, do total de consultas realizadas nos Prontos Socorros, 216.278 (54,6%) foram realizadas no HM e 179.625 (45,4%) foram realizadas no PSC.

Tabela 19: Consultas/procedimentos médicos dos serviços de urgência e emergência da SMS, 2010 - 2011

Serviços	Total de Procedimentos Médicos 2010	Total de Procedimentos Médicos 2011
Unidades de PA (Eldorado, Paineiras e Nações)	265.267	269.727
Prontos Socorros (HMD E PSC)	389.824	395.903
Total	655.091	665.630

Fonte: DRAAC/SIA

**INDICADOR:** Taxa de internação dos pacientes atendidos nos serviços de urgência e emergência.

- Resultado 2011: 3,21 % (média dos equipamentos da SMS)

Em 2011, foram realizadas 12.720 internações, 9.455 no HMD e 3.265 no PSC, o que representa em relação ao total de consultas dos serviços de urgência e emergência, 3,21% internações, sendo 4,37% internações no HM e 1,82% internações no PSC (tabela abaixo) .

Tabela 20: Taxa de internação nos serviços de urgência/ emergência da SMS de Diadema, 2011

Serviço	2010	2011
HM de Diadema	4,17%	4,37%
PSC	2,16%	1,8%
Média da SMS 2010	3,25%	3,21%

Fonte: DRAAC

**INDICADOR:** Tempo médio para o atendimento das chamadas pelo resgate 192 - segundo classificação de risco.

- Resultado 2011: 10 minutos (média), sendo USA – 6,7 minutos (média) e USB – 12,4 minutos (média)

O SAMU (192) manteve em 2011 o tempo resposta de até 10 minutos para a chegada à vítima, tempo este considerado ideal dentro dos padrões internacionais.

**INDICADOR:** Taxa de atendimento como referência dos casos pré-hospitalares recebidos pelo SAMU.

- Resultado 2011: vide texto abaixo

Analisando os dados de 2011 do relatório de atendimentos do SAMU, verifica-se que, do total de 14.345 pacientes atendidos pelos serviços da RAG de urgências, o HM recebeu 6670 pacientes (46,5%), o PSC recebeu 4428 pacientes (30,8%), o PA Eldorado recebeu 1486 pacientes (10,36%), a UPA Paineiras recebeu 500 (3,48%) pacientes, o PA Nações recebeu 03 pacientes (0,02%) e o Hospital São Lucas recebeu 1258 pacientes (8,77%).

Vale ressaltar que neste quadro de atendimentos, o HED recebeu 157 pacientes e o Hospital Estadual Mário Covas recebeu 117 dos pacientes pelo SAMU. Estes dados são importantes, uma vez que neles estão





**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

incluídas as transferências vaga zero, realizadas pelo SAMU, em grande parte de pacientes com politraumatismo. A partir do mês de maio de 2011, após reorganização interna, pela Central Municipal de Urgência e Emergência de Diadema, pode-se afirmar que o número de vaga zero e transferências UTI realizadas pelo SAMU foram 38 para o HED e 13 para o HESA.

Considerando as causas que levaram à solicitações do SAMU pelos munícipes de Diadema, de um total de 22.539 casos pré-hospitalares, 5723 (25,39%) foram por causas externas, 12753 (56,6%) casos eram de clínica geral, 3159 (14,01%) casos eram de psiquiatria e 904 (4,01%) de ginecologia e obstetrícia.

Dos 7897 casos atendidos pelo SAMU, no período de agosto a dezembro de 2011, foram constatados 118 óbitos, sendo 104 (88,1%) óbitos evidentes na chegada da equipe e 14 (11,9%) óbitos ocorreram durante o atendimento.

**Ações realizadas:**

**Implantação da Central Municipal de Regulação de Urgência e Emergência e de Leitos (CMRUE)**

Em 2011, dentre as ações programadas, foi prevista a implantação da Central Municipal de Regulação de Urgência e Emergência e de Leitos sob a coordenação do SAMU, com a finalidade de centralizar as demandas de urgência dos serviços de saúde municipais, permitindo aprimorar o diagnóstico de necessidades e o manejo logístico das solicitações. A Central iniciou as suas atividades em abril de 2011, com os seguintes objetivos específicos:

- Melhorar a qualidade da informação do serviço solicitante ao serviço receptor com priorização das transferências conforme risco presumido;
- Garantir acesso do paciente ao serviço de saúde mais adequado ao tratamento de seu problema de saúde;
- Garantir que cada unidade de saúde esgote seus recursos antes de solicitar transferência do paciente à outra unidade de maior complexidade;
- Distribuir os pacientes em situação de urgência/emergência entre os serviços de saúde municipais sob a ótica de gravidade de cada paciente e a situação operacional de cada unidade;
- Otimizar a distribuição das ambulâncias para atendimento da demanda municipal;
- Reduzir os riscos de cancelamentos ou atrasos nos exames ou internações dos pacientes em situação de urgência/emergência ao realizar o agendamento destas solicitações;
- Melhorar o registro de dados e os diagnósticos na urgência do município.

As equipes são compostas por médico regulador (1), enfermeiro (1) e agente administrativo (2 diurno e 1 noturno), em regime de plantão (diurno e noturno) durante 24 horas.

A implantação da Central foi planejada para ocorrer em três fases, com a incorporação de novas atividades em cada uma delas, conforme segue:

- 1ª fase - regulação das transferências inter-hospitalares entre os serviços de saúde municipais; regulação de leitos pediátricos no HM; regulação de transferências UTI do Município; gerenciamento do serviço de transferência ambulatorial, incluindo monitoramento de saídas de viaturas (ambulâncias);
- 2ª fase - regulação com a SES (CROSS); agendamento de exames de urgência no município e em serviços de referência externa (tomografia, ultrassonografia e endoscopia digestiva);
- 3ª fase - regulação de leitos hospitalares (além dos pediátricos) e regulação de internações ortopédicas

Pelos motivos expostos no capítulo gestão da atenção, a Central encontra-se ainda na 1ª fase de implantação.

Inicialmente foi também programado o uso do SISREG3 para a regulação da Central, porém, este projeto foi adiado, até que se defina a continuidade da implantação das fases seguintes.

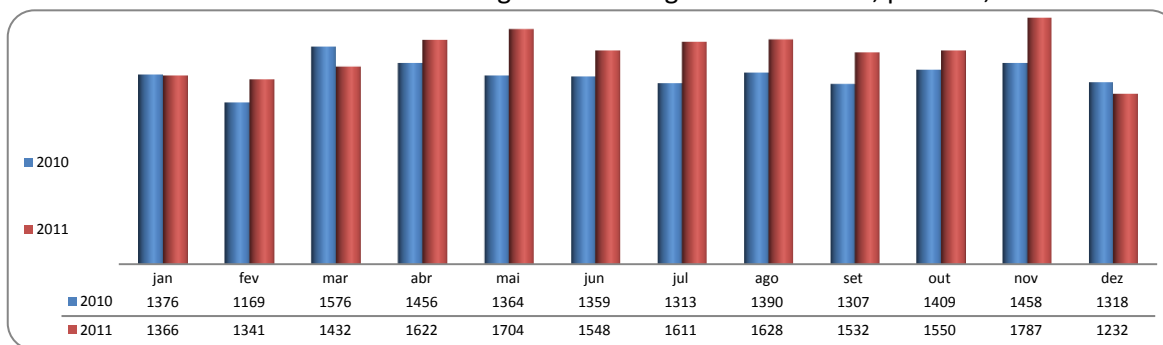
**Solicitações de transferências**

No ano de 2011 foram solicitadas 18.353 transferências. Destas, 5.761 pedidos ocorreram antes do início do funcionamento da Central e 12.592 após o mês de abril, com a implantação da mesma.



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Gráfico 4: Número de transferências de Urgência e Emergência solicitadas, por mês, anos 2010-2011.



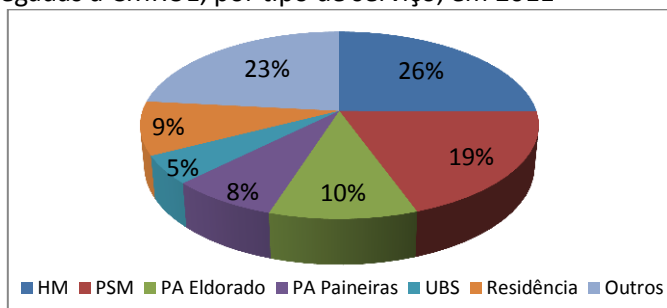
Fonte: CMRUE, 2011

Do total de transferências solicitadas (18.353), 10.548 (57,47%) referem-se a pedidos de agendamento de procedimentos (ambulatorial e hospitalar) que requerem ambulância para o transporte (usuários oxigênio dependentes e acamados) e 7.805 (42,53%) às solicitações de transferências inter-hospitalares; vale ressaltar que todos os pacientes internados necessariamente são removidos em ambulância.

**Serviços solicitantes**

Os principais serviços que solicitaram atendimento, por meio da Central, foram: HM, com 4597 (25,04) solicitações; PSC, com 3572 (19,46%) solicitações; PA Eldorado, com 1913 (10,42%) solicitações; UPA Paineiras, com 1393 (7,59%) solicitações; rede de UBS, com 902 (4,91%) solicitações e 1694 (9,23%) solicitações de agendamento ambulatorial, enviados pelas UBS. Além destes, 4282 (23,33) pedidos chegaram a Central para agendamento de transporte para pacientes em retorno ao município pós-procedimento externo (principalmente em ortopedia).

Gráfico 5: Solicitações chegadas à CMRUE, por tipo de serviço, em 2011



Fonte: CMRUE, 2011

**Serviços receptores**

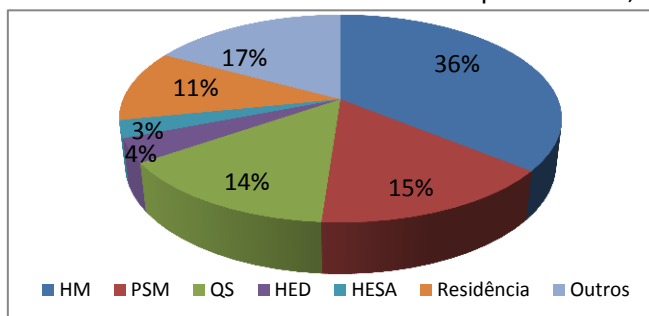
O equipamento que mais recebeu transferências foi o HM com 6589 (35,90%) pacientes. O PSC foi o segundo equipamento que mais recebeu pacientes transferidos de outros serviços, com 2796 (15,23%) pacientes. O QS recebeu 2612 (14,23%) pacientes para consulta, avaliação e/ou exame especializado. Neste quadro, cumpre destacar a pequena participação dos serviços de retaguarda da região como receptores de casos de urgência/emergência, oriundos da rede municipal – o HED, com 680 (3,70%) pacientes e o Hospital Mario Covas, com 496 (2,70%) pacientes.

Além destes, 3133 (17,07%) foram recebidos em outros municípios para realização de procedimentos (exames, internações) e 2047 (11,15%) pacientes retornaram para suas residências, pós-procedimentos realizados externamente.



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Gráfico 6: Unidades receptoras de encaminhamentos autorizados pela CMRUE, em 2011

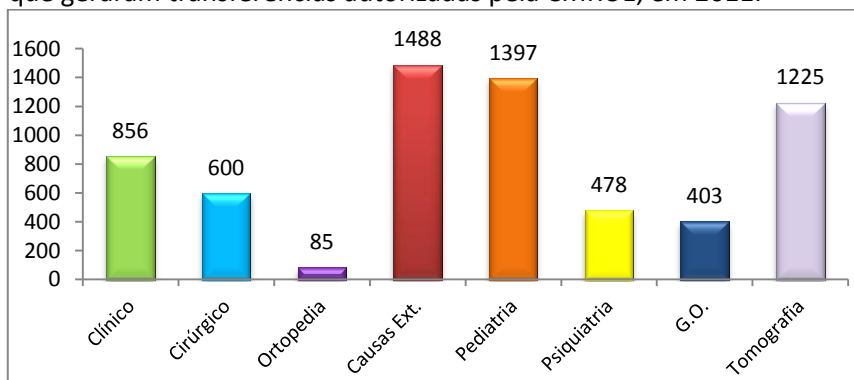


Fonte: CMRUE, 2011

### Diagnósticos

Das transferências solicitadas pelos serviços do município, a partir de maio de 2011, efetuadas pela CMRUE, os diagnósticos foram distribuídos da seguinte maneira: Clínico - 856(12,48%); Cirúrgico -600 (8,75%); Ortopedia – 85(1,23%); Causas Externas -1488 (21,7%); Pediatria -1397 (20,37%); Psiquiatria - 478 (6,97%); Ginecologia e Obstetrícia - 403 (5,87%) e solicitações de Tomografia de urgência - 1225 (17,86%).

Gráfico 7: Causas que geraram transferências autorizadas pela CMRUE, em 2011.



Fonte: CMRUE, 2011

**INDICADOR:** Tempo médio para o atendimento das chamadas pelo serviço de transferência (incluídos como solicitantes apenas ambulatórios, UBS e PA)

- Resultado 2011: 37,8 minutos.

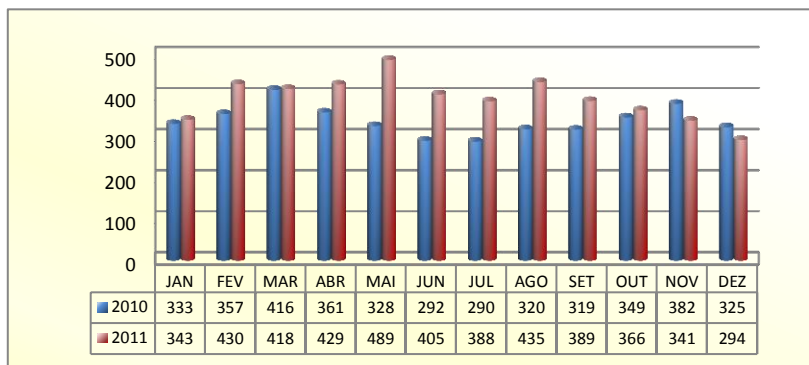
Comparando com o ano de 2010, quando o indicador foi 30 minutos (média), houve um acréscimo no tempo do atendimento das chamadas pela Central, em 2011. No entanto, é importante lembrar alguns dados que podem ter contribuído para o resultado de 37,8 minutos: o início das atividades da CMRUE deu-se dentro do período de greve do funcionalismo municipal; mudança no fluxo de pacientes do PA Paineiras no último trimestre de 2011 devido às reformas na unidade; mudanças no método de registro de dados relativos às transferências, com o estabelecimento da Central.

Comparando os números de atendimento em chamadas para transferências entre serviços, nos dois últimos anos, não houve diminuição quantitativa do total de transferências solicitadas e a análise dos dados de pedidos gerados pelas UBS e PA mostra tendência à diminuição, conforme gráfico abaixo.



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Gráfico 8: Número de transferências solicitadas pelas UBS e PA, por mês, anos de 2010/2011



Fonte: CMRUE, 2011

Em atividade há oito meses, a Central Municipal de Regulação de Urgência e Emergência e de Leitos tem cumprido a sua função de assegurar aos pacientes o acesso ao serviço de saúde mais adequado às suas necessidades nos atendimentos de urgência e emergência, mesmo não tendo conseguido passar para a segunda fase programada na sua implantação:

A maior parte dos casos é resolvida por meio do contato solicitante – regulador – receptor. Os casos considerados não pertinentes são cancelados pelo médico regulador. No caso em que se evidencia a necessidade de transferência e há dificuldade ou recusa por parte do serviço receptor, o médico regulador pode determinar “vaga zero” pela Central.

Os serviços de saúde municipais estão se adaptando com a nova rotina de trabalho - identificação correta dos profissionais envolvidos em todos os passos de uma transferência; informação correta e precisa dos dados essenciais sobre os casos a serem transferidos; adoção dos protocolos clínicos e fluxos de encaminhamento.

Do ponto de vista qualitativo, as unidades receptoras têm notado melhora na qualidade da informação clínica com a atuação da Central, evidenciada pela diminuição de discrepâncias observadas entre os dados clínicos relatados ao profissional do serviço receptor e o real quadro clínico do paciente, quando chega ao serviço receptor.

#### Aperfeiçoamento da Avaliação de Risco

Para 2011, foi previsto o aperfeiçoamento da avaliação de risco nos serviços 24 horas, do ponto de vista técnico e administrativo, nos serviços de urgência.

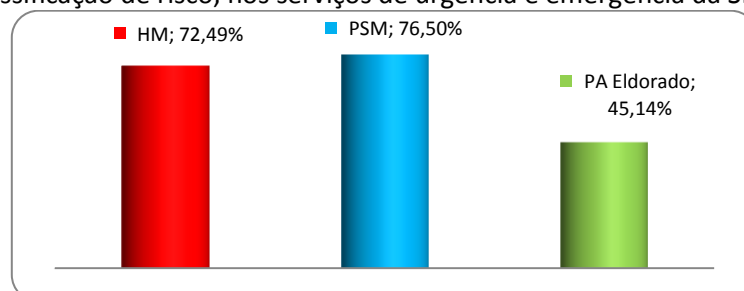
Esta ação foi realizada, por meio da implantação da avaliação de risco no PA Eldorado e da ampliação de horário desta atividade no PSHM. Para o PA Eldorado houve necessidade de adequações do modelo por conta da realidade local (nº de profissionais disponíveis e horários de maior demanda de atendimentos na unidade), assim como do protocolo utilizado.

**INDICADOR:** Taxa de Classificação de Risco nos serviços de urgência e emergência da SMS Diadema

Resultado 2011: 45,14%(PA Eldorado), 76,50%(PSC) e 72,49%(HM).

Obs: para o mês de fevereiro/2011 não foram informados os dados do PS Central.

Gráfico 9: Taxa da Classificação de risco, nos serviços de urgência e emergência da SMS, 2011.



Fonte: Colegiado de Urgência/SMS



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Desde 2009 a classificação de risco vem sendo aplicada no PSC, na clínica médica, com a finalidade de organizar o atendimento médico, seguindo o critério da gravidade. A partir de agosto de 2010, o PSHM passou a utilizar a mesma metodologia. Em comparação com o ano de 2010, houve elevação dos números de classificação de risco nos dois equipamentos, PS Central e HM. Para o PA Eldorado houve necessidade de adequações do modelo por conta da realidade local (nº de profissionais disponíveis e horários de maior demanda de atendimentos na unidade), assim como do protocolo utilizado.

**INDICADOR:** Distribuição da classificação de risco nos serviços de urgência e emergência da SMS Diadema

- Resultado 2011:
- PA Eldorado: vermelho (333-0,48%), amarelo (1.269-1,86%), verde (18.557-27,2%), azul (47.956-70,4%);
- PS Central: vermelho (369-0,44%), amarelo (5.508-6,35%), verde (38.435-44,31%), azul (42.417-48,90%);
- HM: vermelho (0,2%), amarelo (18,1%), verde (60,5%), azul (21,2%).

Dos resultados apresentados, observa-se que no PA Eldorado alta concentração de casos na cor azul, que deveriam ser acolhidos nas UBS da região, em contra partida, diminuiu o número de azuis no PSC e no PS do HM (as duas principais portas de entrada de urgências na RAS municipal).

**Elaboração de protocolos clínicos de urgência e emergência.**

O Colegiado de Urgência e Emergências da SMS conseguiu realizar parcialmente esta ação, uma vez que terminou a revisão do protocolo de clínica e estão em construção os protocolos de pediatria e cirurgia. Estes protocolos serão extremamente importantes como instrumento de melhora da efetividade e resolutividade dos serviços 24 horas e da Central Municipal de Regulação de Urgências e Emergências. Por exemplo, ao conhecer as condutas e procedimentos disponíveis em cada serviço e o fluxo de pacientes preconizado para o município, o médico regulador poderá discutir com maior segurança as possibilidades de recursos terapêuticos antes de efetivar a transferência, justificar a necessidade de transferência ao médico receptor com maior clareza, discutir com o médico solicitante a possibilidade de condutas iniciais e exames subsidiários que facilitem o trabalho do médico receptor após a transferência.

**Análise de Relatórios**

Além de reunir com regularidade, ao longo do ano, o Colegiado de Urgência e Emergências, a partir de outubro passou a analisar relatórios mensalmente sobre atendimentos realizados, patologias mais frequentes, taxa de mortalidade específica antes e após 24 horas da chegada às unidades de emergência, taxa de mortalidade no SAMU.

**INDICADORES:**

**SAMU** - Taxa de mortalidade durante o atendimento:

- Resultado: média de 2,8 casos/mês (0,17% de óbitos)

**HM, PA Eldorado e PA Paineiras** - Taxa de mortalidade específica até 24 horas

- Resultado HM: 3,4% (nº de óbitos geral 42,4 pacientes/mês)
- Resultado PA Eldorado: 0% (nº de óbitos geral 1,4 pacientes/mês)
- Resultado PA Paineiras: 0% (nº de óbitos geral 0,4 pacientes/mês)

Não foi possível calcular as taxas para o PS Central e para o PA Nações por falta de informação.

Estes dados mostram a baixa incidência de óbitos que chegam aos serviços de emergência do Município por demanda espontânea e a boa evolução dos pacientes de maior risco nas primeiras 24hs. No HM, unidade municipal de referência para pacientes graves, inclusive para todas as instituições de atuação no APH, PM, Bombeiros e Ecovias, chama a atenção a baixa taxa de óbitos nas primeiras 24 horas (menor que 4%).

**Ampliação da Rede Municipal de Urgências e Emergências**

Em 2011 estava prevista a construção da UPA Paineiras, inaugurada em dezembro em 2011, para substituir o antigo PA Paineiras. Esta UPA foi habilitada junto ao MS como UPA tipo 2. Outra medida tomada em 2011



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

foi a desativação do PA Nações, específico para atendimento pediátrico, cuja equipe, foi transferida para a UPA Paineiras. Com relação a UPA Piraporinha, encontra-se em fase de aprovação do projeto de construção.

**Integração do HED com a Central Municipal de Regulação de Urgência e Emergência, tendo em vista a implantação da Rede Cegonha e Rede de Urgências e Emergências**

Esta proposta foi apresentada, no que diz respeito à regulação de leitos obstétricos e neonatais, dentro do processo de pactuação para a implantação da Rede Cegonha na região, processo este já aprovado nas câmaras do SUS (regional, estadual e federal), aguardando a sua efetivação. Com relação às demais urgências (neurotrauma, traumatologia-ortopedia) o processo não avançou.

**7.3.3 PRIORIDADE (PLo): ACESSO À MÉDIA COMPLEXIDADE**

**OBJETIVO:** Implementar qualidade nas ações de média e alta complexidade e nos sistemas de apoio técnico, logísticos e de gestão (regulação, auditoria, avaliação e controle) na RAS de Diadema.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Diadema conta com equipamentos de Média e Alta Complexidade (MAC) ambulatoriais com o objetivo de ofertar suporte principalmente às demandas da AB. O QS é o principal equipamento de Média e Alta Complexidade de Diadema, responsável pelo **agendamento** de 64% do total de consultas especializadas do tipo caso novo e 75% dos exames de apoio diagnóstico. O QS agrega 28 (vinte e oito) especialidades médicas, serviço de reabilitação (fisioterapia), serviço de oxigenioterapia domiciliar, atendimento especializado de enfermagem, serviços de apoio diagnóstico e um CEO, além de um centro cirúrgico ambulatorial (CCA) preparado para realizar procedimentos eletivos de pequena e média complexidade por meio de técnicas convencionais e/ou vídeo-cirurgia e com internação de curta permanência (hospital-dia).

O restante da oferta em MAC ambulatorial é oferecido pelos equipamentos de gestão estadual tanto na região do Grande ABC, como também no município de São Paulo. O HED, localizado em nosso município no bairro Serraria, representou 63,9% da oferta estadual nas consultas médicas e 58% para exames de apoio diagnóstico. Na região de saúde do Grande ABC, o Hospital Estadual de Santo André/Mário Covas (HESA/MC) é responsável principalmente por absorver os casos de cardiologia intervencionista, oncologia, além de exames de alta complexidade como ressonância magnética. O Ambulatório Médico de Especialidades (AME) de Santo André, inaugurado em outubro de 2010, representou 15% para consultas médicas e 6,3% dos exames. Há também outros AME e Hospitais Gerais e Especializados no município de São Paulo que também são referências para os diademenses, (AME Heliópolis, AME Bourrol, AME Maria Zélia, o Hospital São Paulo, Hospital Dante Pazzanese, Hospital das Clínicas, Hospital Brigadeiro, IOT, INCOR, Hosp. Vila Alpina, Hosp. Santa Casa de SP, Inst. Da Criança, entre outros).

Tabela 21: % de oferta estadual de consultas especializadas, caso novo e exames de apoio diagnóstico à diademenses, 2011.

Serviços de MAC de gestão estadual	% Oferta estadual de consultas médicas especializadas do tipo caso novo	% Oferta estadual de exames de apoio diagnóstico e terapêutico (ADT)
Hosp. Est. Diadema	63,9%	58,1%
Hosp. Estad. Santo André	14,2%	26,2%
AME Santo André	15,2%	6,3%
AME (outros)	3,2%	6,7%
HOSPITAIS SES (outros)	3,4%	2,6%

Fonte: Software Conexa SES/SP – período de referência janeiro a dez de 2011

Em relação à produção, a MAC de Diadema produz considerável quantidade de procedimentos, entre consultas médicas, atendimentos de enfermagem, de dentistas e de outros profissionais de nível universitário, além dos procedimentos realizados pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, entre outros. Em 2011 foram desencadeadas ações com vistas à melhoria da assistência e com ênfase na integralidade e continuidade assistencial no QS. Houve recomposição da carga horária das especialidades Reumatologia (24 horas), Urologia (12 horas), Mastologia (14 horas), Dermatologia (18 horas) e Cirurgia Vasculare (24





**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

horas). Ainda é preciso completar as cargas horárias da Urologia e Cirurgia Vascular para atender ao aumento de cirurgias no CCA, especialmente prostatectomias. Não foi possível reduzir a fila de pacientes da oftalmologia em 50% porque o convênio firmado, entre outros fatores, não é suficiente para suprir a demanda.

Os protocolos de encaminhamentos de pacientes internados no HM e Pronto Socorro Central para os especialistas (nas especialidades acordadas), embora não estejam formalizados por escrito, na prática ocorrem satisfatoriamente. O agendamento prioritário de consultas em diversas especialidades, a partir de exames subsidiários alterados é realizado sistematicamente desde 2010 e foi mantido ao longo do ano passado. O preenchimento e encaminhamento da contra referência para a AB está consolidado entre os médicos especialistas.

Foi realizada a readequação da oferta de diferentes tipos de exames de USG no convênio com serviço de diagnóstico por imagem e com o aumento de 12 (doze) horas na carga horária em USG, com a ampliação da jornada de profissional concursado da PMD, (25% destinado à USG morfológica, não previsto no contrato e 75% à USG transvaginal). As tomografias foram destinadas, quase que na totalidade, ao atendimento dos Serviços de Urgência/Emergência.

O ambulatório de acompanhamento pós-operatório, sob responsabilidade da equipe de enfermagem, foi estendido das cirurgias do planejamento familiar para o acompanhamento de 75% de todos os procedimentos cirúrgicos realizados pelo CCA. Os restantes são atendidos nas consultas das especialidades médicas, especialmente Oftalmologia. A partir de novembro foram iniciadas as atividades do ambulatório de anticoagulação, de caráter multiprofissional, composto por médicos cardiologista e cirurgião vascular, enfermeiros e nutricionista.

O Programa de Oxigenioterapia Domiciliar (POD) atendeu 124 pacientes, sendo 59 novos e a aquisição de novas tecnologias (B-PAP; C-PAP, concentradores portáteis e cilindros de transporte) permitiu a antecipação das altas hospitalares e atendimento de pacientes traqueostomizados, conferindo maior mobilidade aos pacientes e maior rotatividade dos equipamentos. Não foi possível contratar psicólogo para apoio ao POD e aos grupos de orientação nutricional.

O CEO ampliou a oferta de próteses, de 14 para cerca de 120 peças/mês por meio de contrato com laboratório de prótese e aumento da carga horária de especialistas de 20 para 40 horas semanais. Para reduzir o número de casos com encaminhamento indevido ao CEO foi elaborado e implantado na RAS o protocolo de acesso.

A escala de atendimento por nutricionistas para a AB foi revista para permitir atendimento domiciliar a pacientes acamados em uso de dieta enteral.

A contrarreferencia em Fisioterapia foi concluída para 100% das altas. As atividades educativas constaram de duas grandes palestras para 394 pessoas sobre Lombalgia e Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus.

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) desenvolveu um cadastro digital de funcionários para monitoramento da situação vacinal (98% dos funcionários) e controle de proteção contra hepatite B (149 funcionários). Foram realizadas capacitações para o atendimento ao acidente de trabalho com exposição a material biológico com a elaboração de material informativo e banco de dados. O protocolo de uso de antimicrobianos está em fase de adequação do formato. No Centro Cirúrgico Ambulatorial (CCA) foi implantado o protocolo de notificação de infecção de sítio cirúrgico. O índice médio de infecções observado foi de 4,36 casos. Foi iniciada a capacitação para o projeto “Mãos limpas são mãos seguras” a partir do mês de novembro (parceria com SES-SP). O Programa de Gerenciamento de Resíduos em Serviço de Saúde (PGRSS) ainda não foi concluído.

O LAC contribuiu para a contenção de gastos pela implantação de Atas de Registro de Preços para a compra de todos os seus insumos. A redução porcentual média dos valores contratados pelo LAC em 2011 foi de 7% em relação ao ano anterior. O teste de troponina passou a ser disponível para o atendimento em pronto-socorro a partir de junho (média 300 exames/mês). O indicador “exames por consulta por profissional” é calculado e encaminhado mensalmente para a rede básica. O preenchimento correto de todas as solicitações dos pedidos de exames laboratoriais ainda não foi alcançado, principalmente no que diz respeito aos procedimentos de boletim de produção ambulatorial individualizado (HCV e testes



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

rápidos). A parceria com a Faculdade de Farmácia da UNIFESP não foi formalizada, inviabilizando o estudo para implantação do controle de qualidade.

Nos serviços de limpeza houve troca de líderes e de funcionários. A avaliação feita por usuários do QS aprova as condições de limpeza em 90% das opiniões. Os contratos de manutenção preventiva e corretiva permitiram a manutenção de 80% (oitenta) dos equipamentos em perfeito funcionamento. Para os serviços de segurança houve substituição do efetivo lotado no QS e redistribuição das 46 câmeras para melhorar a capacidade de supervisão de setores estratégicos e troca das defeituosas. A revisão da grade de insumos do almoxarifado pode ser realizada para 30% do total pela falta de controle informatizado.

O Núcleo de Gestão da Qualidade finalizou a confecção do Manual de Descrição de Processos de Trabalho, disponível em meio eletrônico para todos os funcionários e também as declarações estratégicas que contou com a participação de todos os colaboradores, que construíram nossa missão, visão e valores.

Houve a publicação dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) do Centro de Material e Esterilização (CME) e endoscopia, na intranet do QS. Foram realizadas capacitações em anticoagulação, eletrocardiograma, infecção hospitalar, avaliação de acuidade visual pelo teste de Snellen, preenchimento de relatório de acidente de trabalho, comunicação interpessoal, transporte seguro de material biológico, prevenção de infecção de sítio cirúrgico, lavagem de mãos, acidentes com exposição a material biológico, atendimento antirrábico humano e captação de informações sobre produção ambulatorial com mais de 600 participações. Foi implantada a “Ficha de Notificação de Não Conformidades”. Foram preenchidos e avaliados 112 impressos em 2011. O painel de indicadores está implantado e coleta dados das nove unidades de serviço comparando-os com os itens pactuados pela SMS e definidos pela direção do QS para acompanhamento da produção em serviços próprios e conveniados. O regimento interno ainda não foi finalizado.

As emissões dos relatórios gerenciais do Sistema de Informação do Quarteirão da Saúde (SIS-QS) e a automação para o preenchimento de receituários e formulários dos medicamentos de alto custo não puderam ser concluídos devido à complexidade dos diversos formulários existentes, estando em fase de conclusão.

### **INDICADORES DO QS**

**Índice de Ingresso:** Avalia o acesso de novos usuários ao QS de modo geral e em relação às diferentes áreas de atuação. Como é o esperado, o índice de ingresso em especialidades cirúrgicas é superior às clínicas. Na Fisioterapia o ingresso aumentou em relação a 2010 (32%) e em Odontologia especializada não houve alteração.

Tabela 22: Índice de Ingresso Geral e por grupo de Especialidade no QS, 2011

Índice de Ingresso	Média Anual
Índice de Ingresso em Especialidades Clínica	36%
Índice de Ingresso em Especialidades Cirúrgicas	51%
Índice de Ingresso em Fisioterapia	45%
Índice de Ingresso em Odontologia	17%
Índice de Ingresso Geral do QS	37%

FONTE: SIA/SUS e Dados locais do QS

**Taxa de uso da capacidade potencial do equipamento:** É calculado a partir do número total de vagas (casos novos e retorno) de consultas ofertadas para a rede e do número de vagas potenciais conforme as horas trabalhadas e significa a relação da oferta real com o potencial institucional.

**Considerações:** A migração do sistema informatizado para o SISREG, a partir de janeiro e completado ao final do 1º trimestre não permitiu o levantamento de vagas ofertadas *a posteriori*, conforme era realizado, mês a mês, pelo CEMED, o que impossibilitou cálculo deste indicador no ano de 2011. Nenhum relatório administrativo do SISREG, nos perfis de acesso permitidos para a direção do QS, possibilita fornecer rapidamente o número total de vagas disponíveis e/ou o total de vagas não utilizadas. Para compensar essa informação foi realizada a projeção dos valores de vagas disponíveis ao longo do ano sem considerar feriados ou impedimentos de agenda.



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Taxa de absenteísmo:** Monitora a porcentagem de pacientes faltosos no sistema. A taxa de absenteísmo do QS foi de 22%, sendo 26% para consultas médicas, 17% para exames diagnósticos, 25% para consultas de primeira vez em odontologia, 27% para consultas de avaliação em fisioterapia e 4% para cirurgias eletivas. Medidas como convocação telefônica e grupos de orientação e preparo foram tomadas na tentativa de reduzir essa taxa, a exemplo da colonoscopia que teve redução de 24% em 2010 para 12% em 2011, com convocação por telefone e grupos de orientação para preparos. Apesar disso, não houve melhora do indicador em relação ao ano de 2010.

Em parceria com a DRAAC foi realizada a redistribuição de cotas de exames, ampliando o número de vagas para os pacientes do CEMED. Com isso conseguimos priorizar os agendamentos do CEMED, mantendo um tempo de espera de no máximo 30 (trinta) dias entre a solicitação e o agendamento. Os procedimentos que excediam em número as necessidades dos pacientes do CEMED, foram disponibilizados para o DRAAC. A prática de *overbooking* foi realizada nas agendas de consultas e exames, quando possível e necessário.

Foi instituído o agendamento de colposcopias e mamografias descentralizado na RAS com vistas a otimização das vagas ofertadas. Com esta ação esperava-se a redução do absenteísmo destes dois exames. Na mamografia foi observada redução de quatro pontos percentuais em relação a 2010. Na colposcopia (não apresentada em tabela) observou-se que o absenteísmo foi igual nos dois anos, de 30%, apesar do aumento da capacidade potencial, de 66% para 75%.

**Índice de Egressos:** Em 2011, o índice de egressos foi de 18%, inferior ao apresentado no ano passado (29%) e justifica-se pelo fato de que a implantação do sistema de registro de consultas não ter acontecido de forma simultânea entre as especialidades.

Tabela 23: Índice de ingresso, absenteísmo e índice de egresso por especialidade no QS, 2011

Consultas Especializadas e Exames Diagnósticos	Índice de Ingresso	Absenteísmo	Índice de Egresso
Acupuntura	14%	29%	8%
Alergia ad	41%	34%	11%
Alergia inf	56%	28%	28%
Cardiologia Ad	49%	35%	12%
Cardiologia Inf	46%	32%	28%
Cirurgia Geral	69%	21%	25%
Cirurgia Vascular	60%	39%	17%
Dermatologia	70%	41%	20%
Endocrinologia Ad.	26%	27%	3%
Endocrinologia Inf.	29%	21%	6%
Gastroenterologia	62%	27%	57%
Ginecologia	50%	24%	42%
Pré-natal de alto risco	38%	25%	5%
Hematologia	21%	17%	16%
Mastologia	15%	24%	22%
Nefrologia	48%	28%	10%
Neurologia	41%	27%	11%
Oftalmologia	67%	22%	16%
Ortopedia	43%	22%	24%
Otorrinolaringologia	47%	27%	11%
Pediatria (prematuros)	37%	35%	15%
Pneumologia	58%	22%	6%
Proctologia	38%	17%	27%
Psiquiatria	7%	25%	14%
Reumatologia	28%	30%	3%
Urologia	32%	13%	11%
Clínica Médica	67%	7%	71%
MÉDIA GERAL	43%	26%	19%

FONTE: Dados locais/ SIA/ SISREG

Tabela 24: Indicadores de produção e absenteísmo de procedimentos, no QS, 2011



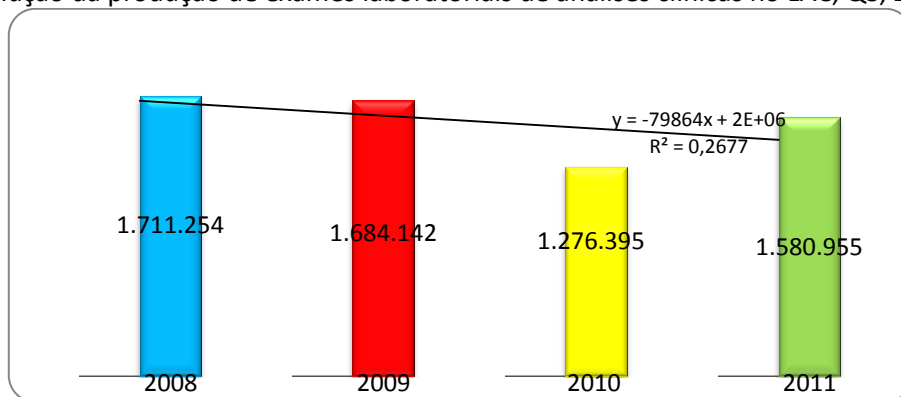
**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Procedimentos	Produção	Absenteísmo
	2011	2011
Endoscopia Eletiva	3.264	27%
Colonoscopia Eletiva	605	12%
Nasofibrolaringoscopia	235	22%
Mamografia Eletiva	10.037	15%
Usg Eletivo	29.680	17%
Densitometria Óssea	1.417	14%
Tomografia Eletiva	426	3%
Radiografia	59.111	Não Se Aplica
Teste Ergométrico	1.523	31%
Mapa	368	21%
Holter	626	22%
Ecocardiograma	2.678	20%
Prova de Função Pulmonar Completa C/ Broncodilatador	402	Não Definido
Eletrocardiograma	1.814	Não Definido
Diagnóstico Audiométrico		
Audiometria	926	21%
Cirurgia Eletiva		
Cirurgia Eletiva	2.141	4%
Fisioterapia		
Consulta De Avaliação	3.360	27%
Odontologia		
Primeira Consulta Programática Odontológica	1.541	25%

FONTES: Dados locais/ SISREG/SIASUS

Indicador: Total de exames laboratoriais realizados

Grafico 10: Evolução da produção de exames laboratoriais de análises clínicas no LAC, QS, 2008 – 2011.



Fonte: Sistema de Interfaceamento do LAC/ SIA

**Número de cirurgias eletivas realizadas:** Houve discreta redução devido a estabilização da fila de laqueadura e vasectomia resultante dos mutirões e pela redução do número de cirurgias especializadas em oftalmologia, face à opção de substituir as horas cirúrgicas em horas de consultas. O tempo médio entre indicação e realização de procedimentos cirúrgicos foi de 50 dias, excetuando-se os métodos definitivos de contracepção que tiveram média de 104 dias para vasectomia e 330 dias para laqueadura. Em Dezembro de 2011 esse tempo foi reduzido para cerca de 60 dias.

Tabela 25: Cirurgias eletivas realizadas no QS, 2008 – 2011.

Produção Anual de Cirurgias Eletivas				
Ano	2008	2009	2010	2011
Produção de Cirurgias eletivas	978	1.948	2.310	2.141

FONTE: Dados locais do QS

Produção dos contratos assistenciais no QS:



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Tabela 26: Produção do serviço conveniado de imagem no QS, 2011.

PROCEDIMENTO	Realizado
Radiografia	59.111
Mamografia	10.037
Ultrassonografia	29.680
Densitometria óssea	1.417
Tomografia	3.476
Biópsias	692
<b>TOTAL</b>	<b>104.413</b>

FONTE: Dados locais do QS

### Índice de exames de apoio diagnóstico alterados

Os dados de exames alterados da mamografia são baixos quando comparados ao valor esperado de exames alterados segundo publicações do INCA-MS ( $\pm 15\%$  acima de 40 anos). Deve-se ressaltar que os exames com resultados Birads 0 não são computados neste grupo, uma vez que os pacientes são convocados para complementação diagnóstica.

Tabela 27: Percentual de exames de imagem produzidos, normais e alterados, QS, 2011

Procedimentos	Produzido	Normais	Alterados	% Alterados
Radiografia	59.111	47.728	11.383	19%
Mamografia	10.037	9.810	227	2%
Ultrassonografia	29.680	17.296	12.384	42%
Densitometria óssea	1.417	869	548	39%
Tomografia	3.476	1.006	2.470	71%
<b>TOTAL</b>	<b>103.721</b>	<b>76.709</b>	<b>27.012</b>	<b>26%</b>

FONTE: dados locais do QS

Tabela 28: Produção do serviço especializado em fisioterapia, QS, 2011.

PROCEDIMENTOS	Realizado
Consultas	11.047
Sessões	92.221
<b>TOTAL</b>	<b>103268</b>

FONTE: dados locais do QS

Tabela 29: Produção do serviço especializado em oftalmologia, QS, 2011.

PROCEDIMENTOS	PRODUZIDO
Consultas	10730
Procedimentos diagnósticos	20597
Procedimentos cirúrgicos	576
<b>TOTAL</b>	<b>31903</b>

FONTE: SIA/SUS e dados locais do QS

**Considerações:** Em 2011 houve readequação do plano de trabalho da Oftalmologia, com incremento das consultas e cirurgias. Os procedimentos diagnósticos em oftalmologia especializada requerem agendas próprias para sua execução e são compatíveis com a especificidade do atendimento, daí ocuparem parte considerável da carga horária médica.

Os indicadores pactuados pela SMS referente à produção do CEO foram monitorados durante todo o ano de 2011. O índice de médio de altas foi de 24%, semelhante ao de 2010 (25%), porém o número bruto foi superior: 1232 altas em 2010 e 2986 altas em 2011.



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Quadro 4: Cobertura de Consultas odontológicas e indicadores do CEO tipo III do QS, 2011

	Média Anual
Cobertura de Consultas Odontológicas por 100.000 h	272,5
Taxa de Capacidade potencial em Odontologia	65%
Índice de ingresso no CEO	17%
Índice de egresso do CEO	24%
Taxa Absenteísmo Em 1ª Consulta Em Odontologia	25%*

FONTE: SIA/SUS; SISREG e Dados Locais do CEO

\*Média do 2º Semestre 2011

Para o cálculo deste indicador foi considerada 01 (uma) hora como tempo médio de consulta, diferentemente das consultas médicas em que o tempo médio é de 15 (quinze) minutos. Os meses de julho e dezembro apresentam taxas menores devido ao período de férias. No segundo semestre já é possível notar melhoria na taxa de uso de capacidade potencial, a partir de reformulação na agenda e aumento do número de pacientes convocados para triagem.

A taxa de absenteísmo no serviço de odontologia passou a ser monitorada somente a partir de julho de 2011, pois foi neste mês em que a agenda de consultas de primeira vez foi inserida no SISREG. Notam-se altos percentuais de faltas que demandarão ação conjunta da CAB e o QS.

Tabela 30: Cirurgias odontológicas realizadas no CEO tipo III do QS, 2011

Cirurgia Odontológica	
Total	2630

FONTE: SIA/SUS e Dados Locais do CEO

### 7.3.4 PRIORIDADE (Plo) REGULAÇÃO

**OBJETIVO:** Implementar qualidade nas ações de regulação, auditoria, avaliação e controle na Rede de Atenção à Saúde de Diadema (RAS)

A Divisão de Regulação, Auditoria, Avaliação e Controle (DRAAC) recebe as demandas da rede para o acesso aos serviços especializados ambulatoriais, classifica-as conforme o risco e prioriza-as para garantir o acesso aos casos mais graves e as agendam nos serviços da própria rede assistencial de Diadema ou na estadual no Grande ABC ou na Grande São Paulo. Também é responsável por consolidar e analisar os dados de produção da rede assistencial para subsidiar o planejamento e as tomadas de decisões da SMS, além de promover auditorias/avaliações nos serviços próprios a partir de demandas da Secretaria.

Em 2011, como nos anos anteriores, a DRAAC realizou 100% na alimentação regular da base do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

#### **Respostas da DRAAC às solicitações ambulatoriais**

A gestão da fila das solicitações ambulatoriais foi realizada a partir do overbooking das agendas dos prestadores/convênio do QS, tendo como foco atingir as metas contratadas. Também foram realizadas várias negociações/pactuações no GT de Regulação do CGR para diminuir as demandas reprimidas principais da região. Foi proposto o agendamento priorizado dos casos que compareceram no serviço de atendimento ao usuário da SMS e daqueles provenientes de memorandos dos gerentes das UBS. Ainda ficou como desafio para o próximo ano, promover discussão sobre pericia médica do INSS com os profissionais da RAS e as demandas por consultas especializadas e exames de apoio diagnóstico feitos pelo Poder Judiciário do município.

#### **Implantação do SISREG3**

Foi realizado diagnóstico da situação de implantação do SISREG3 (software de agendamento do MS implantado no município há 2 anos) para discussão da gestão de vagas reguladas in loco no software via direta com o gerente do serviço e assim foi possível descentralizar mais 10 especialidades (14 no total) para o agendamento direto nas UBS. Foram realizadas capacitações para a utilização do SISREG3 para os responsáveis pelo agendamento das UBS a partir de um facilitador da DRAAC que esteve constantemente disponível no departamento.





**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Capacidade de Resposta da DRAAC às solicitações da RAS**

Entre janeiro a dezembro de 2011, foram feitas para a DRAAC 40.002 solicitações de consultas novas para especialidades médicas, sendo todas avaliadas e classificadas de acordo com o risco por uma equipe de regulação do acesso, composto em sua maioria por médicos. Dessas, em média, foram agendadas 71% (não contabilizado os casos descentralizados para agendamento nas UBS). Para efeito de comparação, no ano de 2010, foram solicitados 45.367 casos, porém com uma taxa média de agendamento de 74%. A atual demanda reprimida (com 1 ano de relevância) nas especialidades médicas é de 10.290 casos, sendo a oftalmologia responsável por 5.740 (56%). Em 2010, a demanda reprimida era de 11.686 casos e a fila de espera por oftalmologia representava 37,79%, com 4.417 casos. Houve, assim, um crescimento da fila na oftalmologia de 30%.

Com relação aos exames de apoio diagnóstico, foram realizadas 53.461 solicitações para a DRAAC e a atual demanda reprimida é de 10.225 casos. Em 2010, foram solicitados 69.031 exames e a demanda reprimida foi de 18.511 casos. Houve, assim, uma diminuição de 44,76% na fila de espera por exames de apoio diagnóstico especializados. A descentralização de vagas para agendamento de mamografia e colposcopia diretamente nas UBS via SISREG3, podem ser indicadores diretos para explicar a diminuição referida.

Algumas filas de espera reduziram consideravelmente, como é o caso da endoscopia digestiva alta, de 2.854 casos para 773 casos. Mais expressivo ainda foi a queda na fila de espera do USG transvaginal, de 5.384 para 1.770 casos, correspondendo a 67% de queda.

Foi ofertado feedback dessas taxas de agendamento das especialidades e exames a cada 3 meses, por e-mail, para os gerentes de serviços dos pontos de atenção RAS, para o Colegiado Gestor e o núcleo de regulação da DRS-1.

Para aprimorar as ações nos sistemas informatizados de agendamento, tanto o SISREG3 como o CONEXA (da SES/SP) e diminuir as perdas primárias, a DRAAC passou a monitor o quantitativo de vagas ofertadas nos relatórios do sistema do Estado, calcular taxa de agendamento por especialidade/exame e otimizar o agendamento no bolsão para as especialidades/exames de alta demanda. Ainda ficou como desafio para o ano de 2012, identificar, padronizar e implantar o processo de comunicação do agendamento com a RAS (tempos, modo/via, responsáveis diretos) e padronizar as principais respostas para os serviços solicitantes da rede.

**Fluxos e Protocolos da Regulação**

Foi realizada a classificação do risco (entre os casos de prioridades) nos Protocolos de Regulação do Acesso Ambulatorial, com o intuito de promover hegemonia nas ações regulatórias entre os reguladores, porém, não foi possível implantá-los. Também não foram discutidas as adequações dos protocolos frente à novas realidades, no intuito de incluir novas especialidades /exames conforme demanda ou mesmo oferta de serviços no município ou região.

Foram revisados, pactuados e implantados vários fluxos oficiais para o acesso da RAS no que tange à DRAAC, QS e HMD, principalmente os da LC HAS DM e Rede Cegonha. Não foi possível realizar o 4º ciclo de Oficinas para discutir as ações regulatórias na RAS e localmente (AB, QS, PS, CAPS, CR, Cerest) devido à extensa programação em EPS para o ano de 2011. As capacitações temáticas (dermatologia, endocrinologia, urologia) foram substituídas por outras atividades priorizadas. Vale lembrar que muitas ações de EPS do Plano da DRAAC foram preteridas por outras prioridades.

**Relações externas da DRAAC**

Na região do Grande ABC, a equipe da Regulação da Atenção de Diadema esteve representada no GT de Regulação do Grande ABC e conduziu as discussões na região, por conta da não participação condutora do representante do estado. Essas reuniões ocorrem mensalmente e geralmente são realizadas no Consórcio do Grande ABC. As cotas de vagas nos equipamentos regionais e nos da Grande São Paulo foram revisadas na lógica da regionalização. A DRAAC também representou tecnicamente o município nesse GT, no 4º trimestre do ano, para a construção da Rede Materno Infantil Regional (Rede Cegonha) e a Rede de Atenção às Urgências Regional, sob condução do CGR.

No município, a temática sobre a regulação do acesso ocorreu por meio de alguns encontros nas reuniões de gerentes, nas reuniões do colegiado ampliada do QS, nas reuniões do colegiado do HM e nas reuniões do CMS ou do CPS.



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Tendo em vista que Diadema faz parte do campo do projeto de pesquisa sobre políticas públicas do SUS (PPSUS) com o tema “As múltiplas lógicas da construção do cuidado: indo além da regulação governamental do acesso e utilização dos serviços de saúde”, a DRAAC representou o município nas discussões que ocorreram no Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP no ano de 2011. Os resultados preliminares da 1ª fase foram discutidos com o Colegiado de Gestão, junto com o coordenador do projeto.

**Aperfeiçoamento interno da área**

Naquilo que a regulação da atenção preza no monitoramento (Avaliação e Controle) da RAS, o aprimoramento da tabulação dos dados de produção na RAS foi utilizada como estratégia para a inclusão de membros da equipe de Avaliação e Controle da DRAAC na rotina de acompanhamento da prestação de contas da produção assistencial dos Contratos/Convênios da RAS, em parceria com o setor de Contratos e Convênios do Departamento Administrativo Financeiro da SMS. Da mesma forma, a equipe foi incluída no GT de Tecnologia da Informação em Saúde, de onde partiram atividades de qualificação do SIAB e de implementação dos Sistemas de controle do câncer da mulher (SISMAMA e SISCOLO). Outras ações foram direcionadas para otimizar a avaliação e o controle, como a eliminação do envio de relatórios impressos pelas UBS, substituindo-os pelo fornecimento de relatórios trimestrais às UBS contendo informações de produção, consolidada por CBO, para acompanhamento e monitoramento pelos gestores locais e seus apoiadores, entendendo como um processo contínuo, de sensibilização e empoderamento dos gestores locais sobre as possibilidades de utilização da informação para planejamento de novas ações in loco (foram realizados mais de 60 relatórios em 2011 personalizados por UBS). Com essas novas aproximações entre os serviços, o II Workshop de Informação em Saúde foi substituído por práticas dialógicas mais comunicativas, como rodas de conversas, que, aparentemente se revelaram mais eficazes do que por grandes eventos.

Ainda ficou como desafio, a pactuação dos fluxos de dados de produção assistencial oficiais para os variados solicitantes a DRAAC, com o fim de utilizá-los no planejamento das ações da RAS. Em relação aos serviços de auditoria, a equipe não evoluiu em nenhuma discussão proposta pelo plano de 2011, permitindo-se validar as AIH com auditoria sistemática realizada mensalmente do município; autorizar as demandas por sessões de fisioterapia no QS e responder a questionamentos do MS e da SES/SP e do SAU/SMS, quando solicitada.

**7.3.5 PRIORIDADE (PLo): QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR**

**OBJETIVO:** Buscar o fortalecimento do desempenho do HM na rede de Atenção à Saúde de Diadema  
Quadro de Indicadores do HM:

Quadro 5: Média de Permanência Hospitalar do HM, geral e por setor, 2008 - 2011

Indicador	2008	2009	2010	2011	
Média de permanência geral	4,1	3,9	3,7	5,7	
Média de permanência por clínica	Clínica médica - 8º	9,3	9,4	9,8	8,8
	Clínica pediátrica	5,3	5,5	6,1	5,0
	Unidade neonatal	2,7	3,2	3,4	3,4
	Maternidade	2,5	2,5	2,5	2,7
	Clínica médica - 4º	6,4	7,8	7,0	7,8
	Clínica cirúrgica	6,3	7,2	7,1	7,6
	Semi-intensiva - P S	7,2	7,3	8,1	10,0
	UTI adulto	9,6	10,3	9,3	8,5
	UTI neonatal	10,4	9,4	10,2	11,1
UTI pediátrica			A partir de 2011	4,7	

Fonte: Núcleo de Informação do HM, SMS.

A média de permanência no HM, considerando o período apresentado, apresenta uma elevação em 2011 - 5,7-, o que deve ser explicado principalmente pelo perfil nosológico que se vem alterando, com internações de idosos e de patologias crônicas, assim como pela dificuldade de transferência para os serviços de maior



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

complexidade. Em 2011 as médias de permanência mais elevadas foram na enfermaria de clínica médica do 8º andar - 8,8 e na enfermaria semi-intensiva do PS - 10,0.

A maior média de permanência foi encontrada na UTI neonatal (11,1), provavelmente pelo número elevado de nascimentos de prematuros – abaixo de 37 semanas (12% por ano) e nascimentos baixo peso - <2500g (20% por ano).

**Quadro 6: Taxa de Ocupação Hospitalar do HM, geral e por setor, 2008 - 2011**

Indicador		2008	2009	2010	2011
Taxa de ocupação geral		89,9%	95,2%	92,9%	79,2%
Taxa de ocupação por clínica	clínica médica - 8º	95,3%	95,8%	95,4%	94,6%
	clínica pediátrica	66,1%	64,2%	61,7%	71,3%
	unidade neonatal	79,8%	67,9%	75,0%	51,2%
	maternidade	78,3%	75,4%	74,2%	71,7%
	clínica médica - 4º	91,1%	95,5%	86,5%	88,9%
	clínica cirúrgica	93,4%	95,5%	98,6%	96,8%
	semi-intensiva - P S	96,1%	98,8%	96,6%	90,1%
	UTI adulto	95,1%	87,8%	87,8%	93,4%
	UTI neonatal	84,3%	67,9%	58,3%	62,6%
UTI pediátrica	à partir de 2011				51,4%

Fonte: Núcleo de Informação do HM, SMS.

Analisando a série histórica referente à taxa de ocupação geral do HM, observa-se que em 2011 obteve-se o menor valor do período (79,6%). Analisando a taxa, por clínica, verifica-se que a diminuição é decorrente das taxas de ocupação da unidade neonatal (51,2%) e da UTI pediátrica (51,4%). As taxas das clínicas médica e cirúrgica continuam com a sua série histórica inalterada, acima de 90%.

**Quadro 7: Rotatividade de Leito do HM, geral e por setor, 2008 - 2011**

INDICADOR		ANO			
		2008	2009	2010	2011
Índice de renovação ou rotatividade de leito geral		2,2	2,4	2,9	3,1
Índice de renovação ou rotatividade de leito por clínica	clínica médica - 8º	3,1	3,1	3	3,3
	clínica pediátrica	3,8	3,6	3,1	4,1
	unidade neonatal	9,4	8,9	6,8	4,6
	maternidade	9,5	8,6	8,1	8,3
	clínica médica - 4º	4,4	3,7	3,4	3,6
	clínica cirúrgica	4,6	4,2	3,8	3,9
	semi-intensiva - P S	4,2	3,5	3,3	3,1
	UTI adulto	2,3	2,4	2,7	3,4
	UTI neonatal	2,6	2,3	2	1,8
UTI pediátrica	a partir de 2011				3,5

Fonte: Núcleo de Informação do HM, SMS.

A taxa de renovação de leito geral em 2011 foi de 3,1, o melhor índice comparado com a série histórica, o índice da UTI adulto melhorou passando de 2,7 (2010) para 3,4 (2011).

A partir de setembro de 2011 o HM incluiu no Quadro de Indicadores do Hospital dois indicadores que refletissem a atuação do quadro de enfermagem:

Índice de Queda de pacientes internados (situação na qual o paciente, não intencionalmente, vai ao chão ou a algum plano mais baixo em relação à sua posição inicial) e o Índice de úlcera por pressão.

**Quadro 8: Índice de Queda de Pacientes Internados no HM, geral e por setor, médias (mensal e semestral), julho a dezembro de 2011**

Indicador	Indicadores mensais - 2º semestre						Média semestral	
	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
Índice de queda geral	-	-	0,24	0,49	0	0,28	0,25	
Índice de queda por	Clínica médica - 8º	-	-	1,14	0	0	0	0,29
	Clínica pediátrica	-	-	0	0	0	0	0



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

clínica	Unidade neonatal	-	-	0	0	0	0	0
	Maternidade	-	-	0	0	0	0	0
	Clínica médica - 4º	-	-	1,77	0	0	0	0,44
	Clínica cirúrgica	-	-	0	0,87	0	1,33	0,55
	Semi-intensiva - PS	-	-	0	0	0	0	0
	Uti adulto	-	-	0	0	0	0	0
	Uti neonatal	-	-	0	0	0	0	0
	Uti pediátrica	-	-	0	0	0	0	0

Fonte: Núcleo de Informação do HM, SMS.

O indicador de quedas de pacientes no mês de setembro na clínica médica do oitavo andar foi de 1,14 quedas/1000 pacientes/dia; na clínica médica do quarto andar foi 1,77 quedas/1000 pacientes/dia; em outubro 0,87 quedas/1000 pacientes/dia na clínica cirúrgica; em novembro não ocorreram quedas e em dezembro 1,33 quedas/1000 pacientes/dia, também na clínica cirúrgica.

Quadro 9: Índice de Úlcera por Pressão no HM, geral e por setor, médias (mensal e semestral), julho a dezembro de 2011

Indicador	Ano 2011						Média anual	
	Indicadores mensais - 2º semestre							
	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
Índice de úlcera de pressão geral	-	-	0,31	0,11	0	0,21	0,16	
Índice de úlcera de pressão por clínica	Clínica médica - 8º	-	-	0	0	0	0	
	Clínica pediátrica	-	-	0	0	0	0	
	Unidade neonatal	-	-	0	0	0	0	
	Maternidade	-	-	0	0	0	0	
	Clínica médica - 4º	-	-	0	0	0	0	
	Clínica cirúrgica	-	-	0,53	0,87	0	0	0,35
	Semi-intensiva - PS	-	-	0,34	0	0	0	0,09
	Uti adulto	-	-	0	0	0	0	0
	Uti neonatal	-	-	0	0	0	0	0
Uti pediátrica	-	-	0	0	0	0	0	

Fonte: Núcleo de Informação do HM, SMS.

A média hospitalar do índice de úlcera por pressão foi de 0,16, em 2011. A média do índice de úlcera por pressão nos pacientes internados na clínica cirúrgica foi de 0,35 e na semi-intensiva 0,09.

Quadro 10: Taxa de Infecção Hospitalar do HM, geral e por setor, 2008 - 2011

INDICADOR	ANO				
	2008	2009	2010	2011	
Taxa de infecção hospitalar geral	2,60%	3,30%	3,40%	2,60%	
Taxa de infecção hospitalar por clínica	clínica médica - 8º	6,10%	6,70%	7,90%	6,3
	clínica pediátrica	0,70%	1,30%	0,90%	0,4
	maternidade	0,40%	0,50%	0,30%	0,2
	clínica médica - 4º	2,10%	5,50%	4,50%	3,5
	clínica cirúrgica	1,30%	2,30%	1,20%	1
	semi-intensiva - P S	9,60%	13,10%	15,90%	13,8
	UTI adulto	20,20%	17,80%	18,20%	14
	UTI neonatal	15%*	15%*	1,60%	3,9
UTI pediátrica	a partir de abril/2011			6,8	

\* Havia problemas na metodologia desta taxa que foram corrigidos em 2010

Fonte: Núcleo de Informação do HM, SMS.

Análise das taxas de infecção hospitalar (geral e por setor), nos últimos quatro anos – série histórica

**TAXA Geral**

A taxa geral de Infecção Hospitalar (IH) nos últimos 4 anos atingiu um pico nos anos de 2009 e 2010 (3,3 e 3,4%, respectivamente) e voltou a ficar abaixo de 3% no último ano (2,6%). Diversos fatores podem ter influenciado nesta queda, principalmente as taxas na UTI Adulto e nas Clínicas Médicas, no último ano.

**TAXA por Setor**



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**UTI ADULTO:** neste setor, houve uma expressiva e sucessiva queda (superior a 30%) se comparadas às taxas de 2008 e 2010. Dentre as prováveis causas, destaca-se uma diminuição no uso de dispositivos invasivos (cateteres vasculares, sondas vesicais e ventilação mecânica) pelos profissionais do setor. De uma média de 80% de uso por paciente/dia em 2008, atingiu-se um percentual inferior a 60% em 2011. Também aumentou a discussão de casos entre os médicos do setor e a CCIH, implicando em um uso mais racional dos antimicrobianos.

**SEMI-INTENSIVA:** após progressivos aumentos até 2010, em 2011 houve uma queda de 10% em relação ao ano anterior. Este setor é fortemente influenciado pela alta rotatividade e presença de pacientes graves, com indicação de UTI. A vigilância sobre dispositivos invasivos é mais difícil neste setor, porém treinamentos específicos têm sido feitos pela enfermeira do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar /Educação Permanente.

**CLÍNICA MÉDICA:** as enfermarias de clínica médica (8º e 4º andares) apresentaram características semelhantes, isto é, alta rotatividade entre estes setores e os críticos (UTI Adulto e Semi-Intensiva), presença de pacientes crônicos com dispositivos invasivos (sondas vesicais e cateteres vasculares, por exemplo) e uso de antimicrobianos de amplo espectro; conseqüentemente, estes setores costumam apresentar taxas de IH relativamente elevadas, embora ambos tenham apresentado queda no último ano.

**UTI NEONATAL:** este setor apresenta baixos índices de IH, apesar de ser um setor crítico. Baixa ocupação e número de funcionários em quantidade adequada podem explicar estes índices bastante satisfatórios.

**CLÍNICA PEDIÁTRICA, CIRÚRGICA E MATERNIDADE:** por serem setores de baixa complexidade e de alta rotatividade, seus índices de IH apresentam-se baixos e estáveis no decorrer dos anos.

Quadro 11: Taxa de Mortalidade Institucional no HM, geral e por setor, 2008 - 2011

INDICADOR		ANO			
		2008	2009	2010	2011
Taxa mortalidade institucional		2,70%	2,70%	3,00%	5,10%
Taxa mortalidade institucional por clínica	clínica médica - 8º	4,30%	4,80%	6,70%	6,10%
	clínica pediátrica	0,70%	0,90%	0,40%	0,50%
	unidade neonatal	0,00%	0,10%	0,00%	0,00%
	maternidade	0,00%	0,10%	0,00%	0,00%
	clínica médica - 4º	1,80%	3,70%	4,50%	4,20%
	clínica cirúrgica	2,10%	2,40%	1,20%	2,50%
	semi-intensiva - P S	27,50%	32,60%	32,80%	33,00%
	UTI adulto	30,30%	28,00%	28,00%	19,40%
	UTI neonatal	4,70%	13,60%	17,60%	7,80%
UTI pediátrica	a partir de 2011			2,90%	

Fonte: Núcleo de Informação do HM, SMS.

O índice de mortalidade institucional para 2011, quando calculado com dados do HOSPUB (Sistema de Informação Hospitalar), como este sistema considera as saídas internas, resulta numa média geral de 3.9%. Para neutralizar este viés, em 2011 o cálculo do indicador passou a ser realizado pelo Núcleo de Informação do HM, que utilizou para determinação do indicador de mortalidade, o total de saídas (altas hospitalares, transferências externas, evasões e óbitos), como o recomendado pela literatura.

Para o cálculo do indicador de mortalidade por clínica, como estão previstas transferências internas, o cálculo pelo HOSPUB não confere erro, podendo, assim, ser considerada a série histórica para efeito de análise.

Observa-se principalmente melhora do indicador na UTI adulto que passou de 28%, em 2010, para 19,4%, em 2011 e, na UTI neonatal de 17,6%, em 2010, para 7,8%, em 2011.

A partir do segundo semestre de 2011 iniciou-se o cálculo da taxa de mortalidade por patologia (IAM, Pneumonia, ICC e AVE), tomando como referência o total de óbitos ocorridos no hospital, com os seguintes resultados: Mortalidade por IAM (4,7%); Pneumonia (24,9%), ICC (4,07%) e AVE (7,26%).

Quadro 12: Taxa de Mortalidade no HM, geral e por setor, segundo o grau de complexidade, na classificação de risco, julho a dezembro de 2011

Taxa de mortalidade por nível de	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
----------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

complexidade da classificação de risco								
Azul		-	-	-	-	-	-	
Verde		3,33%	-	-	-	-	-	
Amarelo		-	2,43%	-	-	-	2,63%	
Vermelho		40,00%	34,14%	39,58%	43,18%	25,00%	63,15%	
Taxa mortalidade por nível de complexidade da classificação de risco	Clínica médica							
	Azul		-	-	-	-	-	-
	Verde		3,33%	-	-	-	-	-
	Amarelo		-	2,43%	-	-	-	2,63%
	Vermelho		33,33%	29,26%	20,83%	30,09%	22,22%	55,26%
	Clínica cirúrgica							
	Azul		-	-	-	-	-	-
	Verde		-	-	-	-	-	-
	Amarelo		-	-	-	-	-	-
	Vermelho		6,66%	2,43%	12,50%	2,27%	-	5,26%
	UTI adulto							
	Azul		-	-	-	-	-	-
	Verde		-	-	-	-	-	-
	Amarelo		-	-	-	-	-	-
	Vermelho		-	-	6,25%	6,81%	2,77%	-

Fonte: Núcleo de Informação do HM, SMS.

Todos os pacientes que chegaram ao HM vindos pelo SAMU foram considerados com classificação de risco vermelho. O maior índice de mortalidade coincide com a cor vermelha, seja no índice geral ou dividido por clínica; seguido da coloração amarela.

Quadro 13: Taxa de Mortalidade Operatória no HM, geral e por setor, com as respectivas médias (mensal e semestral), julho a dezembro de 2011

Indicador		Ano 2011						Média semestral
		Indicadores mensais - 2º semestre						
		Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Taxa de mortalidade operatória geral		0,00%	1,32%	2,35%	2,15%	2,38%	0,47%	1,45%
Taxa de mortalidade operatória por clínica	Clínica médica	0,00%	0,44%	0,00%	0,54%	0,00%	0,00%	0,16%
	Clínica cirúrgica	0,00%	0,44%	1,41%	0,54%	0,00%	0,47%	0,48%
	Semi-intensiva - P S	0,00%	0,00%	0,94%	0,00%	1,19%	0,00%	0,36%
	UTI adulto	0,00%	0,44%	0,00%	1,08%	1,19%	0,00%	0,45%

Fonte: Núcleo de Informação do HM, SMS.

A média do período foi de 1,45%, porém tem-se que considerar que não são realizadas cirurgias eletivas no HM.

Quadro 14: Nº de nascidos vivos, taxas (cesárea, Apgar) e proporção de partogramas realizados no HM, período de 2008 a 2011.

INDICADOR - Materno Infantil	ANO			
	2008	2009	2010	2011
Nascidos Vivos	2135	2099	1826	1857
Taxa de cesárea	36,10%	36,80%	36,80%	38,90%
Taxa de cesárea depurada*	25,00%	26,30%	27,50%	28,90%
Taxa de cesárea em primíparas	34,40%	33,60%	35,60%	40,50%
Taxa de Apgar 1	82,50%	84,10%	85,40%	84,80%
Taxa de Apgar 5	97,10%	95,60%	96,50%	95,60%
Proporção de Partogramas	89,00%	90,00%	91,00%	89,90%

\* Cesáreas não eletivas

Fonte: Núcleo de Informação do HM, SMS.

Os indicadores obstétricos embora não apresentem variações relevantes, ao longo da série histórica, precisam ser mantidos em monitoramento contínuo, para efeito de ações oportunas.





**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Ações realizadas:**

Ampliação do horário de atendimento para a classificação de risco e integração do Pronto Socorro com as UBS na Linha de Cuidado Hipertensão e Diabetes

A Classificação de Risco (CR) do HM até outubro de 2011 era realizada no período das 8-16 h, de segunda a sexta-feira, exceto feriados. O horário de atendimento foi ampliado, a partir de 24 de outubro de 2011, das 8-16 h e das 19-22 h, de segunda à sexta-feira.

Toda a demanda do PSHM é atendida pela CR, nos horários estabelecidos, com exceção da ortopedia e da ginecologia/obstetrícia. A tabela abaixo representa o número de atendimentos da classificação de risco em relação ao número total de pacientes atendidos no PSHM, no mesmo horário de atendimento da CR.

Em 2011 a média de atendimentos da CR – HM foi de 72,49%.

Quadro 15: Nº de atendimentos realizados, nº e % de atendimentos classificados segundo o risco, no PSHM, 2011 (8 às 16 h e 19 às 22 h).

Atendimentos da Classificação de Risco de 2011			
ANO	Nº de Atendimentos classificados segundo o risco	Nº Atendimentos realizados no PS nos horários da classificação de risco	% de Atendimentos classificados segundo o risco
Total	31.793	43.858	72,49%

*\*A partir do dia 24 de Outubro de 2011, foi ampliado o horário de atendimento das 19-22h.*

No quadro abaixo, observa-se a média de atendimentos em 2011 da Classificação de Risco, segundo as prioridades de atendimento: azul 21,2%; verde 60,5%; amarelo 18,1% e vermelho 0,2%.

Para funcionar de forma sincronizada com as “Linhas de Cuidado HAS/DM”, foi estabelecida a rotina de envio semanal de relatórios para a AB, informando os pacientes atendidos no PSHM, que apresentaram alteração na pressão arterial e/ou glicemia. Esta ação tem por finalidade fornecer subsídios para a ação da AB, na busca ativa daqueles pacientes inseridos na linha de cuidado. No primeiro atendimento, 5715 (18%) pacientes se encontravam com pressão arterial elevada e 790 (2 %) com glicemia elevada.

Quadro 16: Nº e % de classificações de risco realizadas no PS, segundo gravidade (azul, verde, amarela e vermelha) e respectivas médias, 2011.

2011	Total	Média	%
Azul	6751	563	21,20%
Verde	19225	1602	60,50%
Amarelo	5741	478	18,10%
Vermelho	76	6	0,20%
Total atendimentos CR	31793	2649	

*Fonte: Núcleo de informação do HM, SMS*

Processo de notificação das altas hospitalares à AB e agendamento de especialidades médicas no CEMED

Em janeiro de 2011, iniciou-se o processo de Notificação das Altas Hospitalares às UBS, por meio do recebimento semanal de relatórios de alta, com os últimos exames realizados durante a internação.

Em 2011, de um total de 7950 altas hospitalares, 4940 (62%) foram encaminhadas para UBS com consulta agendada.

Na tabela abaixo é apresentado os números de encaminhamentos, por clínica, para as UBS:

Tabela 31: Encaminhamentos realizados pelo HM para as UBS, por setor, 2011

Unidades	Pronto Socorro	Clínica Cirúrgica	CM 4ªandar/ Ortopedia	CM 8ªandar	Pediatria	Maternidade	Centro Obstétrico	Total
Total	602	660	392	649	677	1588	372	4940

*Fonte: Núcleo de Informação HM*

As consultas médicas nas diversas especialidades do CEMED são agendadas no momento da alta hospitalar.

Em 2011 foram agendadas 1118 consultas com especialistas do CEMED conforme tabela abaixo:

Tabela 32: Encaminhamentos realizados pelo HM ao CEMED, por setor, 2011.

Encaminhamentos	Clínica	CM 4ªandar/	CM	Pediatria	Maternidade	Total
-----------------	---------	-------------	----	-----------	-------------	-------



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

	Cirúrgica	Ortopedia	8ºandar			
Total	623	140	197	141	17	1118

Fonte: Núcleo de Informação HM

### **Atualização de protocolos médicos e de enfermagem em todas as clínicas**

A atualização de protocolos médicos assistenciais nos diversos setores de internação do hospital iniciou em janeiro de 2011, com o objetivo de promover a padronização das rotinas, contribuindo para a qualificação da assistência no serviço. Internamente houve um atraso na conclusão dos trabalhos devido a Direção do HM terem assumido a direção do PSC (por 10 meses) o que impossibilitando a finalização do processo no ano passado. O protocolo de enfermagem - Procedimento Operacional Padrão (POP), atualizado anualmente, foi revisado, discutido e disseminado para as equipes de enfermagem, disparando várias oficinas de capacitação. Ainda dentro deste processo foi realizada em 2011 a atualização do Regimento Interno da Enfermagem e das respectivas rotinas, através de várias oficinas de capacitação e divulgação na Intranet.

No segundo semestre de 2011, foram atualizados os protocolos das seguintes áreas administrativas: Secretários Administrativos das Unidades de Internação, Central de Vagas, PABX, Recepção, Internação e Informação.

### **Processo de Educação Permanente**

Em todas as atividades de capacitação e/ou sensibilização, realizadas no HM, procura-se utilizar como metodologia discussões com os participantes a partir de suas experiências no cotidiano do trabalho.

A equipe de Enfermagem trabalha a educação permanente, com a participação dos profissionais na construção coletiva, por meio de rodas de conversa, e as atividades são desenvolvidas a partir da identificação das necessidades observadas em cada setor. Em 2011 foram realizadas 24 capacitações e atingidos 582 profissionais.

No segundo semestre de 2011, na enfermaria de clínica médica, teve início a discussão de casos com a equipe multiprofissional, sob a responsabilidade do médico coordenador da equipe.

Para a equipe administrativa foram realizadas 27 capacitações e atingidos 207 profissionais das mais diversas áreas (Secretários de Alas, Central de Vagas, PABX, Recepção, Internação, Informação, SAME, RH, Ascensoristas, Manutenção e Informática).

### **Implantação da visita ampliada**

O HM desenvolve as ações tendo como referência a Política Nacional de Humanização do SUS e uma das propostas é ampliar o horário de visitas, porém, encontrou dificuldades principalmente de caráter estrutural – recepção do Pronto Socorro inapropriada, falta de segurança patrimonial, contrato de manutenção de elevadores que não contemplava as necessidades e também dificuldades quanto à resistência dos profissionais da instituição.

Foi elaborado um plano de ação com as seguintes etapas: a) Contrato de Segurança Patrimonial - efetivado em janeiro de 2011; b) Reforma da recepção do pronto socorro – concluída em setembro de 2011; c) Contrato de manutenção dos elevadores, possibilitando o funcionamento dos três elevadores ininterruptamente, permitindo o fluxo interno adequado dos visitantes no hospital – efetivado em outubro de 2011; d) Rodas de conversa com médicos, administrativos e enfermagem sobre a visita ampliada – realizadas até outubro de 2011.

Após a conclusão de todas as fases, o início da visita ampliada no horário das 14 às 21 horas terá início no dia 01/03/2012.

### **Implantação do gerenciamento de risco na sala de emergência do Pronto Socorro do HM**

O Programa de Gerenciamento de Risco no hospital pretende, de forma sistêmica e sistemática, criar um processo com a finalidade de detectar precocemente situações que podem gerar algum tipo de risco às pessoas e a organização.

O local de escolha para a implantação do projeto foi a sala de emergência do Pronto Socorro, desencadeado pela sensibilização dos profissionais, através de rodas de educação permanente. O projeto, previsto para iniciar em março de 2011, teve um atraso e as metas estabelecidas não foram atingidas.



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Em 2011, a divisão de enfermagem desenvolveu o projeto de “Aliança para a Segurança do Cliente”, sensibilizando e capacitando equipe para a percepção do risco. Em setembro iniciou-se o processo de coleta de dados para produção de indicadores, avaliação e monitoramento do serviço.

**Cuidado psiquiátrico para todos os pacientes internados com doença mental, devido à intercorrências clínicas.**

Para realizar o cuidado dos pacientes internados com doença mental devido à intercorrências clínicas considerou-se necessária a presença do profissional psiquiatra. Em 2011, iniciou-se uma negociação para disponibilizar este profissional, porém não houve avanço.

Todo paciente internado com necessidade de avaliação e/ou seguimento psiquiátrico, é encaminhado ao PSC, onde existe o profissional em regime de plantão.

No decorrer de 2011 foram encaminhados 123 pacientes para avaliação psiquiátrica.

Credenciamento de dois leitos para assistência clínica de usuários de álcool e drogas.

Discussão em andamento

Ação conjunta HM, Mental e VE para o atendimento continuado dos pacientes vítimas de tentativa de suicídio.

Foi montado um grupo de trabalho para a discussão do tema, porém não foi discutido o protocolo para o atendimento de pacientes vítimas de tentativa de suicídio. Esses pacientes atendidos no PS são encaminhados para a rede através de contato realizado pela equipe de Serviço Social, sem padronização dessa conduta.

**Implantação da Hemodiálise na UTI adulto para pacientes sem condição clínica de transporte**

A implantação do serviço de hemodiálise à beira leito na UTI, é de extrema importância para atender aos pacientes com indicação de terapia renal substitutiva, porém sem condições clínicas de serem removidos para outra instituição, além de ser quesito para o cumprimento do credenciamento atual da UTI como tipo II.

O processo para a contratação do serviço foi iniciado em 2011, porém não foi concretizado por falta de recursos financeiros.

**Transferências de crianças internadas por patologias crônicas para instituições de referência**

O grupo de trabalho foi constituído em junho/2011 com a participação da coordenação médica e de enfermagem da pediatria, diretoria administrativa, serviço social e psicologia. O protocolo de transferência foi concluído em setembro/2011. Foi realizada reunião com os familiares de 03(três) pacientes crônicos internados, para esclarecimento de dúvidas quanto à transferência, porém nenhum paciente foi transferido. A dificuldade provém da inexistência de vagas nas instituições de referência para enfermidades crônicas.

Garantir que a Clínica Cirúrgica do HM seja somente referência para cirurgias de urgência e emergência da rede municipal de saúde e a realização de cirurgias eletivas provenientes do CEMED, que devido sua complexidade precisam ser realizadas em ambiente hospitalar

Como o HM é o único hospital com pronto socorro de “porta aberta para urgência e emergência” do município, em 2011 absorveu grande parte da demanda cirúrgica do PSC.

A alta demanda de seu próprio pronto socorro dificulta a disponibilização de leitos eletivos para a realização de cirurgias provenientes do CEMED, que devido a questões técnicas, operacionais e/ou de complexidade, não podem ser realizadas no Centro Cirúrgico do QS.

**Articulação com a CMRU para busca por referências intermunicipais para leitos de UTI e de Alta Complexidade**

Este processo não progrediu devido a não implantação da fase 2 da Central Municipal de Regulação. No momento somente as vagas de pediatria são 100% reguladas pela central. Em todos os outros casos são solicitadas transferências às referências estaduais e em última instância, ao CROSS (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde). A instituição não é atendida de acordo com a demanda, ocasionando a permanência de pacientes graves e contribuindo para a superlotação do pronto socorro.

**Definição de indicadores padrão, para o monitoramento das atividades e do desempenho do HM pelo Colegiado de Gestão**

O Núcleo de Informação é quem fornece as informações dos indicadores gerenciais para o Colegiado de Gestão.



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Durante o ano observou-se a necessidade de um sistema de informação com programas informatizados para garantir que as informações sejam coletadas e disseminadas pela instituição. Atualmente o trabalho é realizado com programas “caseiros” e com muitas dificuldades para acessar todos os dados necessários para as informações.

Com a análise dos indicadores hospitalares no primeiro semestre de 2011, foi constatada a necessidade de mudança do censo hospitalar, anteriormente contabilizado por andares, passando a ser contabilizado por clínica, a partir de janeiro de 2012.

**Monitoramento do Plano do HM**

O Plano do HM foi elaborado tendo como referência o Plano Municipal de Saúde 2009 – 2012.

As ações propostas e realizadas estão em conformidade com o Plano Municipal e são desenvolvidas de acordo com o cronograma estabelecido.

A cada dois meses, o Plano do HM é monitorado pelo Colegiado Gestor local para avaliação do cumprimento das metas estabelecidas, atividades propostas, prazo e análise de indicadores.

Em 2011, quanto aos objetivos propostos no cronograma do plano 55,9% foram concluídos, 12,5% foram parcialmente concluídos e 31,6% não realizados.

**Implantação de Sistemas de Informatização Hospitalar e participação no Grupo de Trabalho de Informatização da SMS para definição de novo software, equipamentos e cabeamento**

Durante o ano de 2011 foi criado o GT de Tecnologia de Informação SMS (GT TIC SMS) e o HM é um dos integrantes do grupo.

O GT TIC SMS tentou viabilizar as atualizações do Hospub e do Hospub Web, sem sucesso.

Em todas as reuniões foi reafirmada a importância da necessidade do sistema de informatização do HM, porém não houve concretização desta ação.

Em julho de 2011 foi concluída a segunda fase do projeto de Sistema de Informatização do MS. O HM recebeu 30 aparelhos nobreak e 05 aparelhos de fax.

Em 2011 concluiu-se a instalação da fibra ótica, garantindo melhor conexão com a rede, acesso aos sistemas PMD e internet. Possuímos duas (2) conexões: fibra ótica e via rádio.

**Equipe de suporte de informática no HM**

Equipe constituída em junho/2011 por dois profissionais de informática contando com suporte técnico da equipe de informática do “Paço” para atendimento emergencial.

**Qualificação do serviço de arquivo médico e estatístico (SAME) do HM**

Em 2011 não houve mudança na qualificação do gerenciamento do setor devido falta do sistema de informação hospitalar. Os profissionais não passaram por nenhum projeto de capacitação específica em faturamento hospitalar.

**Implantação do Núcleo de Informação em articulação com a DRAAC**

Em março de 2011 foi implantado o Núcleo de Informação, cujas atribuições são: alimentar mensalmente todos os indicadores estabelecidos pela SMS, fomentar discussões e disseminar as informações para o Colegiado de Gestão do HM.

**Implantação de veículo de comunicação interna para democratizar a gestão do HM**

Utilização de comunicação via e-mail para os coordenadores do hospital, direcionado aos acontecimentos no HM (cursos, reformas, mudanças e informações) a partir de agosto de 2011.

Formado Grupo de Trabalho de comunicação interna do HM em novembro de 2011.

Montagem do layout do boletim virtual e estudo de propostas de informativos para a primeira edição prevista para o 1º trimestre/2012.

**Qualificação da gestão administrativa e financeira**

Com relação à contenção de despesas várias medidas foram efetuadas: racionalização do uso da copiadora/imprensa; diminuição do número de horas extras (HE) utilizadas mensalmente nos setores administrativos; racionalização do consumo de água; diminuição do consumo de energia elétrica; racionalização no uso dos serviços de telefonia do hospital.

Qualificação do gerenciamento das empresas prestadoras de serviços terceirizados (Higiene e Limpeza, Lavanderia, Radiologia, Ortopedia e Segurança)

Foram definidos os responsáveis pelo gerenciamento de cada contrato e para cada um destes foram criados instrumentos para o acompanhamento respectivo. Por exemplo, no caso do contrato para o



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

atendimento em ortopedia, o roteiro prevê o controle de entrada e estoque de insumos pelo almoxarifado; o controle do consumo de Fios de Kirschner e fixadores externos, através de checagem mensal de relatórios médico-cirúrgicos em prontuários; a obrigatoriedade da presença dos selos de Fios de Kirschner e fixadores nos descritivos cirúrgicos, com conferência do responsável pela enfermagem do Centro Cirúrgico, garantindo a qualidade dos serviços prestados (material de consumo novo, com registro na Anvisa); o controle do número de profissionais médicos através de escala médica mensal fornecida pela empresa e a checagem e apontamento de irregularidades com desconto em nota fiscal.

Padronização do uso das dietas no HM.

A gestão financeira do contrato de fornecimento de fórmulas parenterais é feita pela Diretoria de Apoio Técnico, que controla os valores consumidos diariamente e atesta as notas mensalmente.

A gestão operacional é realizada através do setor de farmácia, com o controle diário do número de bolsas liberadas para consumo hospitalar.

Em 2011 a gestão técnica do contrato começou a ser realizada pelo médico Nutrólogo que padronizou as indicações das dietas e avaliou todas as prescrições parenterais antes que fossem liberadas pela farmácia (esse profissional médico faz parte da equipe da UTI adulto do HM e disponibiliza parte de sua carga horária para esta função por apresentar formação técnica nesta área).

Em 2011 houve um consumo de apenas 48,53% (R\$199.119,15) do valor anual estimado, o que representou uma economia de R\$211.182,00. (Valor total anual estimado R\$410.301,15)

A gestão financeira do contrato de fornecimento de fórmulas enterais é feita pela Diretoria de Apoio Técnico, que controla os valores consumidos.

A gestão operacional é realizada pelo serviço de Nutrição do HM através de solicitação, recebimento, controle e distribuição individualizada das fórmulas enterais industrializadas para o consumo hospitalar.

Em 2011 a gestão técnica do contrato começou a ser realizada pelo médico Nutrólogo que padronizou as indicações das dietas e avaliou todas as prescrições enterais antes que fossem liberadas pela nutrição (esse profissional médico faz parte da equipe da UTI adulto do HM e disponibiliza parte de sua carga horária para esta função por apresentar formação técnica nesta área).

Em 2011, houve um consumo de apenas 30,4% (R\$146.688,40) do valor anual estimado, o que representou a economia de R\$335.639,60. (Valor total anual estimado R\$482.328,00).

#### **Implantação do Plano de Gerenciamento de Resíduos**

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS – foi elaborado e implantado no HM pela Diretoria de Apoio Técnico e de Enfermagem, baseado na RDC nº 307 de 07 de Dezembro de 2004 (ANVISA), com a criação do manual da comissão e o regimento interno.

O manual tem o objetivo de promover orientação e informação do que se trata o programa e qual a sua finalidade. Após a elaboração do programa iniciou-se em conjunto com a CCIH e a Educação Continuada a sensibilização e a capacitação das equipes multiprofissionais. Foi criada uma etiqueta com logotipo para identificação dos recipientes para lixo comum e infectante dos setores de internação do 8º, 7º, 5º, 4º e 3º andares do hospital.

No segundo semestre de 2011 quantificou-se o lixo hospitalar comum e infectante gerado pelo hospital sem a atuação do PGRSS.

Segundo dados do Departamento de Limpeza Urbana – DLU – o preço para a coleta do lixo infectante é de R\$ 0,34 o kg, o preço do tratamento e o destino final é de R\$ 2,08 o kg, totalizando R\$ 2,42 o kg. Quanto ao lixo comum o preço para coleta é de R\$ 0,063 o kg, o preço do tratamento e o destino final é R\$ 0,078 o kg, totalizando R\$ 0,14 o kg. Portanto, o preço do lixo hospitalar infectante é 17 (dezessete) vezes maior que o do lixo comum.

Em outubro de 2011 o Hospital gerou 8.197 kg de lixo comum e 11.182 kg de lixo infectante, totalizando um ônus de R\$ 1.147,58 do lixo comum e de R\$ 27.069,44 do lixo infectante.

A equipe de enfermagem participou da implantação do Plano de Gerenciamento de Resíduos auxiliando na elaboração das rotinas e ministrando os treinamentos de capacitação para a equipe de higiene do HM.

Com a atuação do PGRSS será feito em 2012 um novo levantamento das quantidades de lixo que estão sendo geradas, para saber o impacto do programa, qual a foi a redução do lixo infectante e quanto gerou de economia.





**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Qualificação do gerenciamento dos recursos materiais do almoxarifado e farmácia do HM.** (aguardando informatização)

- Almoxarifado

Em 2011 não houve mudança no gerenciamento da entrada e saída de materiais e insumos, bem como a atualização dos registros que são feitos continuamente de forma manual, em fichas de prateleiras.

- Farmácia

Em Janeiro de 2010 foi implantado no Hospital o atendimento da farmácia 24h, obtendo uma resposta positiva imediata dos funcionários e obtendo melhora no processo de trabalho do setor.

A implementação do sistema de distribuição por dosagem (fevereiro/ 2011) otimizou o trabalho da equipe de farmácia e enfermagem, reduziu o desperdício e assegurou o tratamento nas 24h;

A criação do Receituário de Controle Especial - uso interno – (junho /2011) melhorou a leitura do receituário e diminuiu o risco de erros na administração;

A criação do formulário de medicamentos não padronizados (junho/ 2011) tornou obrigatório o preenchimento do formulário pelo médico solicitante com avaliação do coordenador da área antes de ser encaminhado à farmácia;

A grade dos medicamentos foi padronizada em conjunto com a equipe de enfermagem, em setembro de 2011, ficando acordado que a reposição diária dos setores é de responsabilidade da farmácia.

**Adequação da estrutura física e segurança predial**

As seguintes áreas foram objeto de reformas no ano de 2011: recepção do Pronto Socorro; sala da Classificação de Risco; enfermaria de Ortopedia; sala da Emergência/Sutura; UTI Adulto; redimensionamento e remanejamento de setores (PABX, Central de Vagas, Internação, Serviço Social, Psicologia, Ouvidoria, Sala da Capelania e Voluntariado, Brinquedoteca Setor de Informática, Sala do Servidor/CPU).

Foram criados novos espaços: Sala de Registro de Nascimento; Sala do Patrimônio; Sala de Coordenação Médica – 4º andar; Sala dos Secretários de Alas (administrativos dos setores de internação).

Foi também revitalizada a área externa do HM: Manutenção da área verde e implantação de projeto de jardinagem nos canteiros externos do hospital.

Iniciativas para tornar o HM “Hospital Amigo do Idoso”: prevenção de quedas (pintura da rampa de acesso na entrada, instalação de fita antiderrapante nas escadas, instalação de adesivo de segurança na porta e parede de vidro do PS e instalação de barras de segurança no banheiro da enfermaria de ortopedia.

**Segurança no ambiente de trabalho;**

Promovida reunião para verificar a possibilidade da implantação da brigada de incêndio e rota de fuga no HM, com a engenharia de segurança do SESMT/PMD, CIPA/HM, diretoria HM e funcionários do hospital. Realizada capacitação de 4 horas pelos agentes técnicos de segurança do SESMT, para os funcionários da manutenção e CIPA. Não foi possível a implantação de rota de fuga e brigada de incêndio devido existência de problemas estruturais do prédio do HM.

Realizada manutenção predial com revisão de mangueiras de hidrantes em todos os andares do HM.

Criado selo de identificação para os automóveis de funcionários do HM, otimizando as vagas do estacionamento e controlando o acesso interno.

**Projeto para a construção da UPA-III Piraporinha**

Aguarda definição do projeto de construção da UPA III Piraporinha.

**Implantação da certidão digital para cidadãos nascidos na maternidade do HM**

Desde o início do mês de setembro, a maternidade do HM de Diadema, em parceria com o Cartório de Registro Civil do município, vem realizando o registro online de certidões de nascimento.

O HM de Diadema já contava com um espaço especializado para a realização destes pedidos, porém com esta informatização, o serviço passa a ser mais eficaz.

O serviço funciona de segunda a sexta-feira, das 14h às 15h30 e aos sábados das 9h às 11h.

Após implantação do sistema informatizado a média de registros por nascidos vivos foi de 60,6% dos nascidos vivos no HM.





**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**8. DADOS DE AVALIAÇÃO E CONTROLE (PRODUÇÃO) DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE DA SMS DE DIADEMA**

**8.1. PRODUÇÃO MÉDICA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA SMS DE DIADEMA**

Segundo a Portaria MS 1.101/2002, a RAS deve oferecer entre 2 a 3 consultas médicas por habitante por ano, sendo recomendado que, em média, 60% sejam realizadas pela AB, 20% pela Atenção Especializada, e 20% pelas Urgências e Emergências. A SMS Diadema realizou 1.111.970 consultas médicas no ano de 2011, ou seja, aproximadamente 03 consultas médicas por habitantes/ano. Esse índice se manteve constante nos últimos três anos, com uma média mensal de 92.664 consultas médicas. A AB produziu 31% do total de consultas realizadas em 2011, os serviços de Urgências e Emergências produziram 60% das consultas médicas e 9% das consultas foram especializadas.

A distribuição das consultas médicas em Diadema evidencia que persiste a distorção no padrão de utilização dos serviços de saúde, com significativo peso das consultas nos serviços de Pronto Atendimento e Prontos Socorros, e menor na AB indicando a necessidade de mudança no modelo de atenção e de gestão do município. Importante frisar que esta distorção ocorre na maioria dos municípios do porte de Diadema.

Tabela 33: Procedimentos médicos realizados pela SMS DIADEMA segundo nível de atenção, 2011

Atendimentos Médicos	TOTAL	%
Atenção Básica	343.998	31%
Atenção Especializada	102.342	9%
Urgência e Emergência	665.630	60%
Total	1.111.970	100%
Média Mensal	92.664	-

Fonte: SIA/SUS – TABWIN – Diadema, 2011; Elaboração DRAAC/SMS Diadema

O parâmetro de consultas médicas estabelecido pela PT/MS 1.101/2002 foi construído baseado na população de um determinado território, e a Rede de Atenção a Saúde do SUS tem o componente Municipal e Regional. Assim, no caso da Atenção Especializada, é obrigatório considerar a oferta de consultas médicas especializadas realizadas nos serviços de referência da Região de Saúde do ABC e referências oferecidas pelo SUS no município de São Paulo. O HED conta com um ambulatório de especialidades, sendo que, em média, 50% da oferta deste ambulatório é destinada aos moradores de Diadema. Portanto, no caso das consultas da Atenção Especializada é importante considerar, além oferta do QS, o ambulatório do HED. O HED realizou em 2011, 103.115 consultas médicas especializadas, logo, pode-se considerar que realizou 51.057 consultas médicas especializadas para os diademenses. Deve-se, também, considerar as ofertas de 8.125 casos novos de outros serviços do estado (HESA, AME, outros hospitais especializados localizados em São Paulo, entre outros) e agrega-se mais 60% nessa somatória para retornos e assim, 13.000 consultas especializadas seriam ofertadas nestes outros serviços. Em 2011, o município produziu 102.342 consultas médicas na Atenção Especializada; o ambulatório do HED 51.057 consultas para Diadema, e os outros serviços do estado mais 13.000, totalizando 166.849 consultas especializadas, o que equivale a 72% do parâmetro máximo estabelecido. De acordo com a PT 1.101, deveriam ser realizadas 231.623 consultas especializadas para a população de Diadema, incluindo os serviços privados – que não foi relevado nesse cálculo.

Tabela 34: Consultas Médicas Especializadas realizadas pela SMS DIADEMA e SES, 2011

Consultas Médicas Especializadas	2011	%
SMS	102.342	61,3
HED (SES)	51.057	30,6
Outros Serviços da SES/SP	13.000	7,8
Total	166.849	100

Fonte: SIA-SUS/Banco dados locais; IBGE 2010: Pop. Diadema 386.039; Elaboração DRAAC

Tabela 35: Consultas Médicas Especializadas - do tipo caso novo - agendadas pela SMS e pela SES, 2011.

CM Especializadas	SMS	SES/SP	Total
-------------------	-----	--------	-------



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

(Caso Novo)

2011	29.334	16.568	45.902
------	--------	--------	--------

Fonte: Reguladia/SMS Diadema; SISREG3 Diadema; CONEXA SES/SP; DRAAC

Embora não tenha sido possível contabilizar as consultas médicas do setor privado (não há dispositivos ainda para tal), sabe-se que Diadema conta com alta taxa de beneficiários vinculados a Planos de Saúde Suplementares, com 57,8% de beneficiários (Estado de SP: 44,2%; Grande São Paulo: 53,4%; cidade de São Paulo: 59,6%, Região do Grande ABC: 60,3% - taxas de competência set/11). Deveria ser considerada na análise da produção de consultas médicas, aquela vinculada aos serviços de saúde privados a essa população. No entanto, é importante destacar que os cadastros dos beneficiários são realizados levando em consideração o endereço da empresa e não o endereço do beneficiário. Por tanto, ao verificarmos que mais de 70% dos vínculos existentes na região se dão através de contratação do tipo coletivo/empresarial, a análise de cobertura fica bastante prejudicada. Outro ponto importante a ser considerado é que o indivíduo possuidor de seu plano de saúde não obrigatoriamente irá utilizar a rede credenciada da região. Como no município a rede privada possui uma pequena capacidade instalada, particularmente na área hospitalar, grande parte dos beneficiários irá buscar este atendimento em municípios fora da região ou irá utilizar os equipamentos públicos da região, principalmente para atendimentos de urgência/emergência e hospitalar. Por tudo isso o uso das informações relativas à saúde suplementar para programação e planejamento das redes de saúde, apesar de insuficientes, precisam ser consideradas.

Tabela 36: Beneficiários de planos de saúde de Diadema 2008 - 2011

Beneficiários de Planos de Saúde de Diadema	Beneficiários/"Vidas Cobertas"	% da Pop. Diadema "Coberta"
Competência Set/08	186.713	47,36%
Competência Set/09	185.095	46,54%
Competência Set/10	202.909	52,55%
Competência Set/11	223.357	57,85%

Fonte: SIB/ANS/MS - 10/2011, IBGE 2008 E 2009: estimativas; 2010 CENSO: 386.039; DRAAC

## 8.2. PRODUÇÃO DE ENFERMEIROS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA SMS DE DIADEMA

A produção dos enfermeiros aumentou significativamente nos últimos anos em função da ampliação da Estratégia de SF e da implantação da Classificação de Risco no PSC, o que exigiu ampliação no quadro de enfermeiros da SMS. Os enfermeiros da AB cumprem papel essencial na produção do cuidado. Nas unidades em que a estratégia da SF está organizada com médicos das especialidades básicas, as enfermeiras são fundamentais, uma vez que a fragmentação da carga horária dos médicos dificulta o trabalho em equipe e a construção da responsabilização da equipe com as famílias adscritas.

Tabela 37: Distribuição dos atendimentos/procedimentos realizados por enfermeiros em 2011 segundo nível de atenção

Atendimentos Enfermeiros	Total	%
Atenção Básica (Inclusive PA)	202.478	49%
Atenção Especializada	17.850	4%
Urgência e Emergência (HM e PSC)	188.986	46%
Total	409.314	100%
Média Mensal do Ano	34.110	

Fonte: SIA/SUS – TABWIN – Diadema, 2011; DRAAC

## 8.3. PRODUÇÃO DOS TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA SMS DE DIADEMA



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Com uma produção média mensal de 137.823, semelhante à de 2010, os procedimentos realizados por técnicos e auxiliares de enfermagem estão concentrados na AB (72%) e incluem vacinação, aplicação de tratamentos, inalação, curativos, VD, entre outros. Este perfil se dá em função do elenco de ofertas da UBS estar centrado no cuidado médico e de enfermagem.

Os auxiliares e técnicos de enfermagem constituem a categoria mais numerosa da SMS – aproximadamente 1.000 profissionais (40% na AB e 34% no HM) -, como também são os profissionais responsáveis pela maior produção de procedimentos de toda a RAS.

Tabela 38: Procedimentos de enfermagem (auxiliares e técnicos) realizados em 2011, segundo nível de atenção.

Procedimentos De Enfermagem	Total	%
Atenção Básica (Inclusive PA)	1.194.281	72%
Atenção Especializada	76.323	5%
Urgência E Emergência (HM e PSC)	383.267	23%
Total	1.653.871	100%
Média Mensal do Ano	137.823	

Fonte: SIA/SUS – TABWIN – Diadema, 2011; DRAAC

#### 8.4. PRODUÇÃO DOS OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR

A produção de fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos está incluída na tabela abaixo.

Tabela 39: atendimentos de outros profissionais de nível superior realizados em 2011, segundo nível de atenção.

Atendimentos Prof Niv Superior	Total	%
Atenção Básica (Inclusive PA)	36.413	18%
Atenção Especializada	147.436	72%
Urgência e Emergência (HM e PSC)	20.716	10%
Total	204.565	100%
Média Mensal do Ano	17.047	

Fonte: SIA/SUS – TABWIN – Diadema, 2011; DRAAC

Na AB esta produção corresponde a 18% do total de atendimentos e está relacionada com as atribuições do NASF, sendo que em Diadema as duas categorias mais numerosas nas UBS são as de psicólogos e assistentes sociais. A alta concentração de procedimentos na atenção especializada (72%) se deve em grande parte à produção de fisioterapia, que corresponde a 77% dos procedimentos especializados. A tabela 40 mostra um decréscimo de 10% na oferta de fisioterapia do QS em relação ao ano de 2010 no que tange às correções de produção/faturamento de acordo com o Manual de Auditoria do MS.

Tabela 40: Fisioterapias realizadas no QS

Fisioterapia	2010	2011
Consultas	15.944	10.937
Sessões Individuais	98.739	92.144
Total	114.683	103.081
Média Mensal do Ano	9.556	8.590

Fonte: ISCMD – dados locais de produção QS.

#### 8.5 PRODUÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO: ACS

No ano de 2011, os ACS produziram 816.094 visitas domiciliares no ano com uma média mensal de 68.008 visitas.

Tabela 41: Visitas domiciliares de ACS, 2009 -2011



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Visita Domiciliar	2009	2010	2011
Agente Comunitário de Saúde	538.594	838.629	816.094

Fonte: SIA/SUS – TABWIN – Diadema, 2011; Elaboração DRAAC

### 8.6. PRODUÇÃO ODONTOLÓGICA

O município de Diadema conta com 91 dentistas, 81 ACD/ASB e 17 THD/TSB lotados nas equipes de saúde da família e no CEO, que produziram 372.947 procedimentos, sendo 88% na AB e 11% na atenção especializada/CEO. Essa produção apresentou um aumento de 3,5% em relação ao ano anterior.

Observando a distribuição dos atendimentos por tipo de procedimento, percebe-se que houve uma tendência de aumento dos procedimentos clínicos em relação aos preventivos, quando comparados distribuição de 2010, tanto na AB quanto na especializada possivelmente com a incorporação gradual dos atendimentos a população adulta. Esse fato pode ser um alerta para a discussão do modelo de SB que se quer oferecer no município.

Tabela 42: Atendimentos odontológicos realizados em 2011, segundo nível de atenção.

Nível De Atenção	Procedimentos Preventivos	Procedimentos Clínicos	Procedimentos Cirúrgicos	Total Por Nível	Total	Média Mensal
Atenção Básica	168.986	147.577	13.110	329.673	372.947	31.079
Atenção Especializada	7.248	33.193	2.833	43.274		

Fonte: SIA/SUS – TABWIN – Diadema, 2011; DRAAC

Tabela 43: % de atendimentos odontológicos realizados em 2010 e 2011, segundo nível de atenção

Nível de Atenção	Procedimentos Preventivos		Procedimentos Clínicos		Procedimentos Cirúrgicos	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Atenção Básica	61%	51%	35%	45%	4%	4%
Atenção Especializada	22%	17%	72%	77%	6%	7%

Fonte: SIA/SUS – TABWIN – Diadema, 2011; Elaboração DRAAC

### 8.7. PRODUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Os serviços de saúde mental produziram um total de 42.227 atendimentos, caracterizados principalmente por acompanhamentos do tipo intensivo (44,5%) seguidos pelos semi-intensivos (39,3%) quando analisados em geral ou por unidades, com exceção do CAPS AD que realiza principalmente acompanhamentos do tipo semi-intensivo. O equipamento com maior volume de produção é o CAPS III LESTE responsável por 34,4% dos procedimentos realizados.

Tabela 44: Procedimentos realizados em 2011 nos CAPS.

Procedimentos	CAPS AD	CAPS III Centro	CAPS III Leste	CAPS III Sul	CAPS INF	Total
Acolhimentos	201	514	788	463		1.966
Acompanhamento Intensivo	1.967	3.827	7.097	5.053	866	18.796
Acompanhamento Não Intensivo	73	1.047	2.037	1.451	235	4.843
Acompanhamento Semi Intensivo	4.471	2.906	4.599	2.406	2.226	16.608
Total	6.712	8.294	14.521	9.373	3.327	42.227

Fonte: SIA\_SUS – TABWIN – Diadema, 2011; Elaboração DRAAC/SMS Diadema

Quando observada a produção dos anos de 2010 e 2011 por equipamento é possível perceber uma tendência de queda nos CAPS Centro e Sul, de manutenção nos CAPS AD e Infante-Juvenil e de aumento no CAPS Leste. A discussão desses dados com a Coordenação de Saúde Mental demonstrou problemas no preenchimento das APAC, gerando subinformação, o que será pauta de trabalho entre a Coordenação SM e a DRAAC para 2012.

### 8.8. PRODUÇÃO DOS SERVIÇOS VINCULADOS A VIGILÂNCIA À SAÚDE



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

A produção do CEREST e do CR DST AIDS e Hepatite está relacionada com o perfil destes serviços, sendo que, no CEREST as consultas médicas têm maior peso do que as atividades educativas e os atendimentos de psicólogos e enfermeiros. Em 2011 esse serviço apresentou um aumento de 24% de produção quando comparada a de 2010, fruto da melhoria na informação, por meio da implementação dos mapas de produção.

Tabela 45: Procedimentos realizados pelo CEREST, em 2011

Procedimentos Realizados	Total
Atendimentos Médicos	2.064
Atividades Educativas/Grupos	277
Aplicação De Multa	0
Inspeção Sanitária	67
Aplicação De Teste P/ Psicodiagnóstico	23
Consulta De Profissionais De Nível Superior Na Atenção Especializada (Exceto Médico)	559
Terapia Em Grupo	32
Atendimento Em Psicoterapia De Grupo	0
Atendimento Individual Em Psicoterapia	183
Aferição De Pressão Arterial	1.376
Total De Atendimentos	4.581
Média Mensal Do Ano	382

Fonte: SIA/SUS – TABWIN – Diadema, 2011; DRAAC

No CR são mais expressivos os atendimentos de enfermagem, que representam 58% do total de atendimentos, em função do hospital dia e dos cuidados oferecidos a estes pacientes. Em comparação ao ano de 2010, houve um incremento de 16% no total de atendimentos, com destaque para o número de procedimentos odontológicos que se apresentou cinco vezes maior (2010: 35.222 procedimentos e 486 procedimentos odontológicos).

Tabela 46: Procedimentos realizados em 2011, no CR

Procedimentos Realizados - CR DST/AIDS	TOTAL
Atendimentos Médicos	7.803
Atividades Educativas/Grupos	94
Procedimentos De Enfermagem	23.693
Procedimentos Odontológicos	2.764
Consulta De Profissionais De Nível Superior Na Atenção Especializada (Exceto Médico)	6.072
Terapia Em Grupo	0
Terapia Individual	192
Assistência Domiciliar	322
Total De Atendimentos	40.940
Média Mensal Do Ano	3.412

Fonte: SIA/SUS – TABWIN – Diadema, 2011; DRAAC

Tabela 47: Procedimentos diagnósticos realizados no CR, 2009 a 2011

Procedimentos	2009	2010	2011
Colposcopia	894	128	876

Fonte: SIA/SUS – TABWIN – Diadema, 2011; Elaboração DRAAC

A Vigilância Sanitária registrou um total de 1.923 procedimentos, sendo a maior parte (49%) relacionada ao cadastro, inspeção e licenciamento de estabelecimentos sujeitos as suas normas e legislações. Destaca-se dentre as demais atividades aquelas direcionadas a fiscalização do uso de produtos fumígenos derivados do tabaco, em ambientes coletivos fechados, que representam 27% do total de procedimentos.

Tabela 48: Procedimentos realizados pela Vigilância Sanitária, em 2011

Procedimentos	Total
Atividades educativas (serviços privados e população)	205
Cadastro/Licenciamentos/Exclusão de Estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária	415



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Inspeção sanitária de serviços de saúde	47
Inspeção sanitária de produtos	30
Inspeção sanitária de alimentação	488
Fiscalização do uso de produtos fumígenos derivados do tabaco em ambientes coletivos	523
Análise/Aprovação de projetos básicos de arquitetura	151
Atendimento à denúncias/reclamações	21
Coleta para programa de monitoramento de alimentos	5
Instauração/Conclusão de processo administrativo sanitário	48
Investigação de Eventos Adversos e/ou Queixas Técnicas (farmacovigilância)	2
Investigação de Surtos de Doenças transmitidas por alimentos	3
<b>Total de Procedimentos realizados</b>	<b>1.938</b>
<b>Média Mensal</b>	<b>161</b>

Fonte: SIA/SUS – TABWIN – Diadema, 2011; Elaboração DRAAC

Dentre as atividades do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) está o desenvolvimento, em conjunto com a AB de ações educativas para prevenção de vetores ou reservatórios de zoonoses emergentes e prevalentes no município, principalmente para a prevenção e controle da dengue, com o objetivo de diminuir os índices de infestação predial pelo vetor. Em 2011, o CCZ registrou uma média mensal de 72 visitas domiciliares por profissionais de nível médio. Importante destacar que grande parte das atividades é realizada nas comunidades pelos agentes de vigilância à saúde/agentes de controle de endemias, em conjunto com as equipes de SF.

Percebe-se, no entanto que menos de 1% da produção do CCZ foi informada no SIA, fonte oficial de informação do SUS, ainda que já tenha sido discutido e construído o seu mapa de produção em conjunto com a DRAAC. O uso dos sistemas oficiais de informação é importante uma vez que eles promovem a publicização e transparência das ações desenvolvidas pela secretaria, assim como são utilizados como fonte na construção de indicadores para pactuação.

Tabela 49: Total de procedimentos realizados em 2011, pelo CCZ

Procedimento	Total
Visita Domiciliar Por Profissional De Nível Médio	866
Total	866
Média Mensal	72

Fonte: SIA/SUS – TABWIN – Diadema, 2011; DRAAC

Tabela 50: Total de procedimentos realizados em 2011 no Serviço de Controle de Zoonoses

Controle de zoonoses	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre	Total
Desratizações Realizadas	3.252	3.128	3.562	3.934	13.876
Visitas a imóveis- Controle Dengue	21.444	32.514	28.549	20.750	103.257
Total	24.696	35.642	32.111	24.684	117.133

Fonte: CCZ- Dados Locais\_ Relatórios trimestrais de Prestação de Contas de Diadema

A Epidemiologia e Controle de Doenças (ECD) é responsável pelo Programa Municipal de Imunização, pela notificação e controle de agravos de notificação compulsória, dentre eles os casos de violência contra a mulher, a criança e o idoso, ação desenvolvida pelo CONVIVA, dentre outras atividades.

Realizou em 2011 a notificação de 5.855 casos suspeitos no SINAN, cabendo destaque ao fato de que 72% dessas notificações foram realizadas no 2º semestre, o que sugere problemas no fluxo de informações da produção do setor, o que pode estar relacionado também com a ausência de notificações de casos de violência nos 3º e 4º trimestres.

Pelo Programa de Imunizações do município foram realizadas 254.774 doses de vacinas, sendo 76% na Rotina e as demais durante as campanhas de Poliomielite e Influenza.





**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Tabela 51: Total de procedimentos realizados em 2011 pela Epidemiologia e Controle de Doenças

Controle de doenças	1º tri	2º tri	3º tri	4º tri	Total
Total de casos suspeitos de doenças notificadas no sistema nacional de agravos de notificação (SINAN)	624	4.222	597	412	5.855
Total de casos de violência contra a mulher, a criança e o idoso notificados no SINAN	90	52	-	-	142
Total de doses de vacina aplicadas na rotina	54.816	32.329	57.203	49.426	193.774
Total de doses de vacina aplicadas em campanha	-	Campanha influenza 27.437	Campanha pólio 33.563	-	61.000
<b>TOTAL</b>	<b>55.530</b>	<b>64.040</b>	<b>91.363</b>	<b>49.838</b>	<b>260.771</b>

Fonte: Epidemiologia - Dados Locais\_Relatórios trimestrais de Prestação de Contas de Diadema

### 8.9. PRODUÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

A produção anual do LAC em 2011 foi de 1.580.955, o que corresponde a um valor 24% maior de exames de análises clínicas que em 2010. Ao analisar a produção por grupos percebe-se queda (30%) apenas nos exames de monitorização terapêutica, enquanto que os demais apresentaram aumento, com destaque para a coprologia, que teve um acréscimo de 151%. É importante resgatar que, no início de 2010, o Colegiado Gestor tomou a decisão de criar um GT para analisar e propor medidas no sentido de racionalizar a solicitação de exames laboratoriais pelas UBS, considerada excessiva, tomando como base a produção de 2009 e comparando com outros municípios da Região do ABC. Por conta do estudo realizado, foi decidido o retorno da utilização de cotas de pedidos de exames para cada UBS. O monitoramento deste trabalho ficou sob a responsabilidade da Diretoria do QS com repasse dos dados de produção do LAC por equipamento solicitante, porém a partir do segundo trimestre de 2011 esta atividade deixou de ser realizada, culminando no resultado apontado na tabela abaixo.

Tabela 52: Produção de exames de análises clínicas\* (laboratoriais) na RAS Diadema

Grupo De Exames	2010	2011
Bioquímica	757.821	875.526
Hematologia	201.810	258.140
Sorologia/Imunologia	97.892	123.623
Coprologia	46.326	116.164
Urinálise	81.457	90.997
Hormônios	54.765	71.889
Imunohematologia	12.569	19.854
Microbiologia	21.971	22.443
Outros Líquidos Biológicos	1.562	2.162
Monitorização Terapêutica	222	157
<b>Total De Exames Laboratoriais</b>	<b>1.276.395</b>	<b>1.580.955</b>

FONTE: SIA/SUS, DADOS LOCAIS - \*POSTOS DE REALIZAÇÃO: LAC – PSM – HM

### 8.10. PRODUÇÃO DE CIRURGIAS AMBULATORIAIS

A média mensal de procedimentos realizados pelo Centro Cirúrgico Ambulatorial - CCA do QS diminuiu em 8,8% em relação ao ano de 2010. Na carteira de serviços, as cirurgias de oftalmologia (311 cataratas), na urologia (379 vasectomias) e a ginecologia (244 laqueaduras) tiveram o maior impacto, correspondendo a 65% do total de procedimentos realizados. Houve um importante aumento em outras cirurgias, como a cirurgia ginecológica e a inclusão da otorrinolaringologia. No sentido oposto, houve redução principalmente nos grupos de coloproctologia (38%) e urologia (20%).

Tabela 53: Procedimentos realizados pelo Centro Cirúrgico Ambulatorial do QS, em 2010 e 2011

Especialidade	2010	2011
Cirurgia Geral	155	141
Cirurgia Plástica	265	266
Cirurgia Vasculuar	1	0



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Coloproctologia	132	82
Mastologia	13	10
Ginecologia (Subtotal)	344	412
Laqueadura	250	244
Outras	94	168
Oftalmologia (Subtotal)	633	563
Catarata	380	311
Outras	253	252
Ortopedia	22	17
Pequena Cirurgia	242	203
Urologia (Subtotal)	502	400
Vasectomia	435	379
Outras	67	20
Odontologia	1	0
Otorrinolaringologia	0	23
<b>Total</b>	<b>2310</b>	<b>2.117</b>
Média Mensal	193	176

Fonte: Diretoria do QS/ Dados Locais

### 8.11. EXAMES DE APOIO DIGNÓSTICO ESPECIALIZADOS

O município de Diadema é o responsável principal pela oferta de exames de apoio diagnóstico, sendo que a implantação do QS em 2008 possibilitou diminuir consideravelmente a fila de espera para vários exames de média e alta complexidade.

Os principais exames realizados no QS encontram-se na Tabela abaixo e corresponderam a um total de 78.078 no ano de 2011. A radiologia representa 56,7% do total produzido, com forte influência da ultrassonografia (37,6% do total).

Para a implantação da Linha de Cuidado de Hipertensão Arterial, é fundamental contar-se com recursos diagnósticos para controle das patologias cardíacas, tais como ecocardiografia, eletrocardiograma, Holter 24 horas, Mapa, e teste ergométrico, particularmente para o diagnóstico precoce e o controle das complicações da Hipertensão Arterial.

Importante ressaltar também a oferta de apoio diagnóstico em ginecologia e obstetrícia, além de mamografia como suporte para a Linha de Cuidado da Mulher.

Tabela 54: Procedimentos diagnósticos realizados no QS

Exames E Procedimentos Especializados Do QS	Total	%
<b>Apoio Diagnostico Em Radiologia/USG</b>	<b>44.246</b>	<b>56,7%</b>
Ultrassonografia	29.335	37,6%
Mamografia	9.992	12,8%
Tomografia	3.340	4,3%
Densitometria	1.579	2,0%
<b>Apoio Diagnóstico Em Oftalmologia</b>	<b>17.869</b>	<b>13,0%</b>
Fundoscopia	5.713	4,2%
Biomicroscopia De Fundo De Olho	3.168	2,3%
Tonometria	2.692	2,0%
Mapeamento De Retina Com Gráfico	3.246	2,4%
Ceratometria	1.310	1,0%
Teste Ortoptico	666	0,5%
Gonioscopia	306	0,2%
Teste P/ Adaptacao De Lente De Contato	31	0,0%
Paquimetria Ultrassonica	74	0,1%
Biometria Ultrassonica (Monocular)	216	0,2%
Topografia Computadorizada De Cornea	14	0,0%
Curva Diaria De Pressao Ocular Cdp0 (Minimo 3 Medidas)	2	0,0%
Microscopia Especular De Cornea	2	0,0%
Teste De Schirmer	429	0,3%
<b>Apoio Diagnóstico Em Cardiologia</b>	<b>4.887</b>	<b>3,6%</b>
Ecocardiografia Transtoracica	2.557	1,9%



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Teste De Esforço - Teste Ergométrico	1.376	1,0%
Monitoramento Pelo Sistema Holter 24 Hs (3 Canais)	605	0,4%
Mapa - Monitor. Ambul. Pressao Arterial	349	0,3%
Apoio Diagnóstico Em Gastroenterologia (Endoscópicos)	4.336	3,2%
Endoscopia Digestiva Alta - Esofagogastroduodenoscopia	3.447	2,5%
Laringoscopia (Naso)	270	0,2%
Colonoscopia (Coloscopia)	616	0,4%
Broncoscopia (Broncofibroscopia)	3	0,0%
Procedimentos Em Gastroenterologia (Endoscópicos)	1.910	1,4%
Pesquisa De Anticorpos Anti-Helicobacter Pylori	1.778	1,3%
Retirada De Polipo Do Tubo Digestivo	64	0,0%
Esclerose De Varizes Do Ap Digestório	68	0,0%
Apoio Diagnostico Em Ginecologia E Obstetrícia	2.476	1,8%
Tocardiografia Ante-Parto (Cardiotoco)	95	0,1%
Colposcopia	2.339	1,7%
Coleta Material Exame Citopatologico Colo Utero (Hormonal)	42	0,0%
Amnioscopia	0	0,0%
Apoio Diagnóstico Em Fonoaudiologia	2.185	1,6%
Logaudiometria	609	0,4%
Audiometria Em Campo Livre	1	0,0%
Audiometria Tonal Limiar (Via Aerea / Ossea)	1.017	0,7%
Imitanciometria	364	0,3%
Emissões Otoacusticas	123	0,1%
Potencial Evocado Auditivo	71	0,1%
Procedimentos Em Otorrinolaringologia	128	0,1%
Remocao Cerumen Conduto Auditivo Externo Uni/Bilater	128	0,1%
Procedimentos Em Proctologia	0	0,0%
Ligadura Elastica De Hemorroidas (Sessão)	0	0,0%
Procedimentos Em Alergologia	41	0,0%
Testes Alergicos De Contato	41	0,0%
<b>Total</b>	<b>78.078</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: SIA/SUS – TABWIN – Diadema, 2011 e dados locais do QS. DRAAC/SMS

Outros exames de apoio diagnóstico são realizados no QS, como também nos equipamentos de Pronto Atendimento, Pronto Socorro e no HM. Na tabela abaixo, pode-se ver o aumento de 24% na produção de Raio X, em 2011, em comparação com 2010, ainda que o número de consultas médicas realizadas tenha se mantido. A maior produção de Raio X foi no HM, seguido do PSC e QS; no entanto, o maior aumento se deu no UBS/PA Eldorado e no HM.

Tabela 55: Exames Raio-X realizados na RAS Diadema, 2010 e 2011

Equipamentos	2010	2011
Hospital Público de Diadema	52.094	68.672
Pronto Socorro Central	30.268	35.215
Quarteirão da Saúde	28.994	27.909
UBS Eldorado	9.448	20.760
UBS Paineiras	11.034	11.451
UBS Jardim das Nações	3.076	3.624
<b>Total</b>	<b>134.914</b>	<b>167.631</b>

Fonte: SIA/SUS – TABWIN – Diadema, 2010 e 2011. DRAAC

No caso dos eletrocardiogramas, os exames são realizados nas UBS, no QS e no HM e a maior produção se dá no HM, provavelmente por conta do Pronto Socorro do Hospital.

Tabela 56: Eletrocardiograma realizado na RAS Diadema, segundo nível de atenção, 2010 e 2011

Nível De Atenção	2010	2011
Atenção Básica	9.587	10.652
Atenção Especializada	3.316	1.900
Atenção Hospitalar	18.000	18.688



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Total	30.903	31.240
-------	--------	--------

Fonte: SIA/SUS – TABWIN – Diadema, 2011. DRAAC

O HM também realiza outros procedimentos diagnósticos, conforme pode ser observado na tabela 57, que assim como nos demais procedimentos, houve aumento em relação a 2010. Esse aumento é decorrente da melhora no registro da informação, após um ano de intenso trabalho realizado para qualificação dos mapas detalhados de produção.

Tabela 57: Procedimentos diagnósticos realizados no HM, 2010 e 2011

Exames De Apoio Diagnóstico	2010	2011
Ecocardiografia Transtorácica	552	631
Ultrasonografias	2.023	3.642
Laringoscopia	0	6
Total	2.575	4.279

Fonte: SIA/SUS – TABWIN – Diadema, 2011. DRAAC

### 8.12. INTERNAÇÕES HOSPITALARES SMS DE DIADEMA

As internações realizadas nos equipamentos sob gestão da SMS ocorrem no HM e no PSC, sendo as internações de clínica médica, particularmente de idosos, as mais significativas, seguidas das internações pediátricas. As internações de clínica médica e pediátricas acontecem no HM e PSC, e as de obstetrícia acontecem no HM.

Em 2011 a média mensal apresentou-se igual a 2010, assim como a distribuição entre as especialidades.

Tabela 58: Internações no município realizadas nos equipamentos sob gestão da SMS de Diadema, segundo especialidade, em 2010 e 2011.

Especialidade	2010	2011	% 2011
Cirurgia	1.754	1.725	12%
Obstetrícia	1.812	1.979	14%
Clínica Médica	6.140	6.325	46%
Pneumologia Sanitária (Tisiologia)	6	1	0%
Pediatria	3.075	2.816	20%
Leito Dia/Cirurgia	1.013	957	7%
Total	13.800	13.803	100%
Média Mensal	1150	1150	-

Fonte: SIHD/SUS – TABWIN – Diadema, 2010 e 2011. DRAAC

### 8.13. TRANSPORTE SANITÁRIO

O transporte ambulatorial da SMS, conta com uma frota de 34 veículos, sendo eles: 10 Kombis, 05 Vans, 17 carros e 02 motos. O serviço tem atendido em média 8.000 pacientes/mês, com as mais diversas patologias, transportados para toda a região metropolitana e alguns casos para o interior de São Paulo.

Em 2011, foram realizados 96.845 atendimentos, sendo 70.659 realizados por Kombi ou Van e 26.186 por carro ou por moto.

Avanços muito significativos têm acontecido no setor, no número de atendimentos, no transporte de exames, nos atendimentos aos CAPS e na atenção às equipes da SF. Dado ao rápido crescimento da demanda o serviço cresceu sem estrutura administrativa e há necessidade de um investimento em treinamento de pessoal, desde questões burocráticas até a forma de abordagem do motorista ao paciente.

## 9. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO FINANCEIRO

O Departamento Administrativo Financeiro (DAF) atuou em 2011 com vistas a aprimorar seu papel como suporte ao funcionamento de todo o sistema municipal de saúde. Desenvolveu ações de planejamento, execução (compra, estoque e entrega), gerenciamento de insumos (materiais de consumo e equipamentos permanentes), serviços (execuções de serviços via terceiro setor) e movimentou recursos municipais no montante de R\$227.044.725,62 (despesa em saúde pagas no ano de 2011 – segundo Quadro de



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Detalhamento de Despesa – QDD/DICON-PMD). Ademais, constituiu-se importante apoio à gestão municipal no caminho à eficiência na execução dos serviços e eficácia no atendimento às necessidades em saúde da população diademense.

Uma das diretrizes do DAF foi procurar estreitar as relações com as áreas assistenciais, objetivando a otimização na utilização dos recursos aplicados. Mais além, aprimorou vários aspectos dos processos de trabalho internos, com vistas a tornar mais eficiente sua atuação.

Pode-se dizer que o DAF obteve êxito em grande parte dos objetivos específicos e gerais colocados na Programação Anual de 2011. Suas ações foram pautadas na missão de “assegurar de maneira eficaz e eficiente o provimento de materiais, bem como contratação de serviços para o funcionamento adequado da rede municipal de saúde” (PAS, 2011).

Em 2011, o DAF configurou-se em uma nova estrutura para atender a estratégia de descentralização da gestão do Fundo Municipal de Saúde e o aprimoramento dos processos de trabalho, em que se destacaram a consolidação do Serviço de Contratos e Convênios, a incorporação de uma Área econômica na SMS, a criação da Diretoria Administrativa Financeira, além da maximização da articulação entre os serviços e a assunção de novas rotinas, a saber: preenchimento, gerenciamento e análise do SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde), cálculos econômicos de aplicação de penalidades, reajustes, realinhamentos e supressões, análises econômicas para gestão, controle do consumo de contas públicas e fotocópias, assunção da rotina de solicitação de reembolso de recursos federais (em divergência) à DRS-I, acompanhamento e análise dos repasses federais, gerenciamento da rotina do SICONV, entre outras.

O sistema municipal conta com serviços terceirizados nas áreas de limpeza hospitalar, vigilância patrimonial, diagnóstico por imagem, serviço médico em traumatologia-ortopedia, gases medicinais, lavagem de roupas hospitalares, fornecimento de água, esgoto, energia elétrica e telefone e manutenção de equipamentos. A despesa com estes serviços representa aproximadamente 19,57% das despesas totais com saúde (segundo Consolidado de 2011 da Prestação de Contas apresentado ao CMS). Dentre as novas rotinas incorporadas pelo Departamento Administrativo Financeiro, por meio do setor de contratos e convênios, destacou-se o fortalecimento da gestão e fiscalização de contratos de prestação de serviços e convênios (como concedente e como conveniente), por meio da incorporação e aprimoramento dos seguintes processos: auditoria em contratos e convênios; captação de recursos e acompanhamento da execução dos convênios – consolidando assim todas as fases de convênios; gestão dos contratos de locação de imóveis de unidades da secretaria de saúde; capacitação dos gestores operacionais dos contratos de prestação de serviços; finalização do Manual de Contratos Administrativos; incorporação integral da rotina financeira de liquidação de pagamentos dos contratos de prestação de serviço; fornecimentos com prorrogações excepcionais (gases medicinais e gás canalizado) e convênios (incluindo movimentações financeiras); integração do controle de pagamento com a conferência de execução e atesto dos serviços/fornecimentos pelas áreas técnicas executoras dos contratos e convênios; estudo e otimização dos fluxos e procedimentos para prestação de contas dos convênios, como conveniente e concedente, a órgãos internos e externos; aprimoramento da execução, controle e aplicação de penalidades dos contratos; aprimoramento das ferramentas de contratação com integração do setor junto às unidades requisitantes na elaboração do memorial descritivo e, elaboração de nova instrução normativa para padronização e otimização dos procedimentos de compras e licitações da secretaria.

Assim, tendo reconfigurada e executada, exitosamente, a maioria de suas ações em prol da estratégia estabelecida na Programação Anual, a área atingiu representativos resultados financeiros e orçamentários, elencados abaixo:

Otimização financeira no consumo de insumos: destaque para a ação estratégica de visitas periódicas às UPSs (Unidades Produtoras em Saúde), pautadas na auditoria dos estoques, em que se conseguiu reaver R\$20.657,24 em materiais excedentes (e não declarados) na rede. Tal ação serviu ainda de fonte de informação para a readequação das grades de consumo e elaboração de Relatório diagnóstico do processo de abastecimento das UPSs;

Otimização financeira e orçamentária de aproximadamente R\$619.236,97 entre multas, supressões, redução consensuais de reajustes contratuais, melhoria na gestão de contratos, economia no consumo de telefone, água, energia elétrica e fotocópias, entre outros;



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Otimização orçamentária de R\$2.166.867,04 (comparação 2010 e 2011) com a troca de instrumento administrativo para compra de alimentos e material de laboratório (de contratos para atas de registro de preços);

Otimização financeira e orçamentária total de R\$2.806.761,25 no ano.

Observe o Quadro Demonstrativo abaixo:

Quadro 17: Otimização na utilização dos recursos - Gestão e Ações Planejadas em 2011

Ação Otimizadora	Economia/Otimização
Ação Planejada: Visita À Rede – Auditoria De Estoques	R\$ 20.657,24
Ação Planejada: Troca De Contrato Por Atas - Suprimentos	R\$ 2.166.867,04
Descontos E Multas	R\$ 255.511,01
Melhoria Gestão Financeira Contratos	R\$ 182.451,66
Negociação Reajustes Contratuais	R\$ 115.527,92
Racionalização Consumo (Telefone E Cópias)	R\$ 48.468,38
Supressões	R\$ 17.278,00
<b>Total</b>	<b>R\$ 2.806.761,25</b>

Fonte: Departamento. Administrativo Financeiro /SMS

O DAF construiu ganhos que se relacionam diretamente à qualidade dos processos de trabalho, principalmente por atuar de maneira conjunta às áreas técnicas atingindo o objetivo de adequar-se cada vez mais à realidade de produção em saúde do sistema municipal, são eles:

**Elaboração de projetos e análises:** elaboração do Projeto Técnico de Descentralização do Fundo Municipal de Saúde; elaboração de um Manual de Adiantamento de Numerário; acompanhamento e difusão contínua de portarias que normatizam o SUS; participação no congresso de Saúde Pública da APSP (Associação Paulista de Saúde Pública do Estado de São Paulo) com dois trabalhos; apresentação do estudo de custo do HM de Diadema - HMD para a Secretaria de Saúde do município de Indaiatuba;

**Participação em projetos técnico-assistenciais:** participação no projeto de reestruturação do Serviço de Transporte Ambulatorial Intra e Fora Município (TFD); participação na construção da Rede de Assistência à Urgência e Emergência (elaboração dos custos da rede); atuação direta na execução dos projetos/convênio federais de Saúde Mental;

**Aprimoramento de processos de trabalho:** realização periódica de reuniões do colegiado da área; visitas às UPSs – diagnóstico do cenário de abastecimento e armazenamento de insumos; implementação do Sistema RSYS no processo de pedido de material; valorização de profissionais do Almoxarifado; melhoria no desempenho e controle da área de Nutrição – aproximação da área técnica no processo de compra; estreitamento das relações com a DRAAC (Divisão de Regulação, Auditoria, Avaliação e Controle) com o objetivo de possibilitar o aprimoramento das ações de avaliação e auditoria; fomento à mudança da cultura organizacional dos servidores no que se refere à ação de racionalização no consumo (água, energia, telefone e fotocópias; e, negociação junto às empresas para redução consensual de reajuste).

#### 9.1. O FINANCIAMENTO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE EM 2011

Para custear a ampla e complexa rede do sistema de saúde municipal, no ano de 2011 o município de Diadema gastou o montante de R\$227.044.725,62 com ações e serviços de saúde. Para tanto, executou aproximadamente 83% da previsão de despesa empenhada, assim como se observa:

Quadro 18: Percentual De Despesas Pagas Em Relação Às Empenhadas – Em 2011

Item	Valor	% Execução
Despesas Com Saúde Empenhadas	R\$ 272.305.633,13	
Despesas Com Saúde Pagas	R\$ 227.044.725,62	83,40%

Fonte: Quadro de Detalhamento da Despesa (QDD) – DICON/PMD

Deste montante, os gastos mais representativos foram com Pessoal e Reflexos no montante de R\$ 155.967.947,61 (64,39%), seguido pelos gastos com Prestação de Serviço no valor de R\$47.411.974,36





**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

(19,57%). Tais despesas foram custeadas com auxílio de transferências federais e estaduais (menos significativas) que representaram respectivamente 26,59% e 0,42%, tal como observa-se abaixo:

Quadro 19: Consolidado das Despesas com Saúde por Elemento

Despesas	Municipal	Estadual	Federal	Total	Percentual
Pessoal e Reflexos	R\$141.027.669,43	0,00	R\$14.940.278,18	R\$155.967.947,61	64,39
Prestação de Serviços	R\$17.954.423,04	R\$39.229,00	R\$29.418.322,32	R\$47.411.974,36	19,57
Material de Consumo	R\$3.137.416,41	R\$788.915,75	R\$12.956.484,01	R\$16.882.816,17	6,97
Encargos Especiais da Saúde	R\$14.157.714,79	0,00	0,00	R\$14.157.714,79	5,85
Subvenções Sociais	0,00	0,00	R\$5.019.386,88	R\$5.019.386,88	2,07
Investimentos	531.853,24	R\$177.842,60	R\$2.066.129,93	R\$2.775.825,77	1,15
Total Geral das Despesas	R\$176.809.076,91	R\$1.005.987,35	R\$64.400.601,32	R\$242.215.665,58	100,00
Percentual (%)	73,00	0,42	26,59	100,00	

Fonte: Departamento. Administrativo Financeiro - Orçamento - (Prestação de Contas Consolidada CMS).

Dentre os gastos com Serviços de Terceiros (Subvenções Sociais somadas à Prestação de Serviços) há os relativos a Contratos e Convênios que representaram em 2011 respectivamente 40,29% e 59,71% (em valores totais empenhados) tal como observa-se no quadro abaixo:

Quadro 20: Representação Percentual Contratos e Convênios 2011 (Valores Empenhados)

Item	Quantidade	Valor Mensal Empenhado	Valor Anual Empenhado	Rep. Percentual %
Contratos	31	R\$ 1.820.745,82	R\$ 21.848.949,87	40,29
Convênios	5	R\$ 2.697.997,80	R\$ 32.375.973,65	59,71
Total de gastos		R\$ 4.518.743,62	R\$ 54.224.923,52	

Fonte: Depto Administrativo Financeiro – Serviço de Contratos & Convênios.

Cabe salientar que a relevância do montante alocado para gastos com convênios justifica-se pela despesa de um dos convênios, que tem como objetivo apoiar a Saúde no desenvolvimento de ações e programas na área, e em 2011 gerou despesas no valor de R\$24.457.260,42 sendo aproximadamente 27,5% custeado com recursos municipais próprios e 72,5% com recursos Federais, assim como segue abaixo:

Quadro 21: Representação Percentual por Fonte do Convênio de Apoio à Saúde (Valores Gastos)

Pagamentos	Valores gastos	% aplicado
Recurso Municipal Próprio (Tesouro)	R\$ 6.739.814,91	27,56%
Recursos Federais (M.S)	R\$ 17.717.445,51	72,44%
Total	R\$ 24.457.260,42	100,00%

Fonte: Depto Administrativo Financeiro – Serviço de Contratos & Convênios.

Segundo dados do SIOPS, Diadema investiu 31,55% de recursos próprios em saúde em 2011, o que representa mais que o dobro do percentual definido na Emenda Constitucional 29, confirmando a média de anos anteriores de 30,77%. No que se refere ao gasto em saúde com recursos próprios em números absolutos, verifica-se que o município teve uma variação percentual de aproximadamente 92% na comparação entre 2006 e 2011. Tal aumento também é verificado no que se refere ao percentual aplicado em saúde que inferiu um aumento de aproximadamente 3 pontos percentuais, tal como observa-se abaixo:

Ano	% De Aplicação EC 29	Recursos Próprios Gastos Com Saúde
2006	28,2	R\$ 88.234.225,29
2007	28,9	R\$ 101.665.831,80
2008	31,1	R\$ 133.419.694,30
2009	34,02	R\$ 147.714.202,97



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

2010	30,87	R\$	150.546.786,66
2011	31,55	R\$	169.755.887,17
Variação Percentual (2006 - 2011)		3,35 Pontos Percentuais	92,4 %

Fonte: SIOPS

Como já exposto, além de recursos próprios, o município de Diadema conta com a participação de transferências federais e estaduais que, de acordo com informações do SIOPS, do total da despesa com saúde do município, somente 26,95% (segundo consolidado da prestação de contas apresentada para o CMS) são financiadas por recursos transferidos por outras esferas de governo, sendo 98,56% (segundo consolidado da prestação de contas apresentada para o CMS) dessas transferências de origem da União.

Quadro 23: Consolidado de Receitas por Fonte de Recursos - 2011

Fonte	Valores	Representação %
Tesouro Municipal	R\$ 176.809.076,91	72,66
Bloco de Média e Alta Complexidade	R\$ 36.331.821,74	
Bloco de Atenção Básica	R\$ 22.367.851,00	
Bloco de Vigilância (Teto Vig/Aids)	R\$ 1.542.063,26	
Bloco Assistência Farmacêutica	R\$ 2.197.502,45	
Bloco Gestão SUS	R\$ 1.079.000,00	26,95
Farmácia Popular	R\$ 260.000,00	
Bloco de Investimento	R\$ 1.586.666,67	
Convênio 3881/07	R\$ 207.666,68	
Total União	R\$ 65.572.571,80	
Transferência Estado	R\$ 957.482,37	0,39
Total Receitas	R\$ 243.339.131,08	100,00

Fonte: Departamento. Administrativo Financeiro - Orçamento - (Prestação de Contas Consolidada CMS).

As transferências federais, contemplaram em 2011 todos os blocos de transferência do Fundo Nacional de Saúde - FNS, e tiveram uma variação percentual média de 2009 a 2010 de 8,60% e de 2010 a 2011 de 4,54%, acarretando um aumento da participação federal nas receitas de aproximadamente 4 pontos percentuais na variação dos anos:

Quadro 24: Consolidado Transferências FNS (Competência Até 19/01/2012)

Bloco	Componente	2009	2010	Variação % 09 - 10	2011	Variação % 10/Nov
Atenção Básica	PAB Fixo	R\$ 6.899.655,00	R\$ 7.128.036,00		R\$ 7.547.793,01	
	PAB Variável	R\$ 12.488.907,00	R\$ 12.875.443,00		R\$ 14.218.864,00	
	Total Atenção Básica	R\$ 19.388.562,00	R\$ 20.003.479,00		R\$ 21.766.657,01	
Média E Alta Complexidade	FAEC	R\$ 554.299,82	R\$ 602.434,94		R\$ 371.095,44	
	Limite MAC	R\$ 32.440.929,48	R\$ 34.877.241,85		R\$ 36.033.876,03	
	Total MAC	R\$ 32.995.229,30	R\$ 35.479.676,79		R\$ 36.404.971,47	
Assist. Farmacêutica	Assist. Farm. Básico	R\$ 1.585.793,88	R\$ 2.028.463,50		R\$ 1.859.425,15	
	Epidemiológica e Ambiental	R\$ 1.314.662,39	R\$ 1.260.258,68	8,6	R\$ 1.470.021,34	4,54
Vigilância Saúde	Sanitária	R\$ 223.943,16	R\$ 225.915,16		R\$ 225.915,18	
	Total Vigilância	R\$ 1.538.605,55	R\$ 1.486.173,84		R\$ 1.695.936,52	
Transf. Não Reg.	Farm. Popular	R\$ 240.000,00	R\$ 240.000,00		R\$ 220.000,00	
Investimento	Pré-Hospitalar Comp. Fixo	R\$ 0,00	R\$ 200.000,00		R\$ 1.560.000,00	
	Plano Nacional de UBS para ESF	R\$ 0,00	R\$ 0,00		R\$ 26.666,67	
	Qualificação da Gestão SUS	R\$ 0,00	R\$ 210.021,00		R\$ 0,00	
	Implantação de UBS	R\$ 0,00	R\$ 66.666,67		R\$ 0,00	
	Total Investimento	R\$ 0,00	R\$ 476.687,67		R\$ 1.586.666,67	
Gestão Sus	Qualificação da Gestão no SUS	R\$ 210.021,00	R\$ 20.000,00		R\$ 12.210,00	



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Implantação de Ações e Serviços de Saúde	R\$ 41.000,00	R\$ 1.083.000,00	R\$ 35.000,00
Total Gestão SUS	R\$ 251.021,00	R\$ 1.103.000,00	R\$ 47.210,00
Total Geral	R\$ 55.999.211,73	R\$ 60.817.480,80	R\$ 63.580.866,82

Fonte: Site Oficial do Fundo Nacional de Saúde

Assim, como se observa em todas competências acima relacionadas, o Bloco da Média e Alta Complexidade tem a maior participação dentre os demais blocos, tendo em média representado 58% das transferências federais, seguido do Bloco da AB com média de participação de 34% do total das transferências.

O crescimento no volume de recursos federais referentes à competência do ano de 2011 deu-se principalmente por novos projetos e convênios realizados entre o município de Diadema e o MS.

Os recursos recebidos referentes ao Bloco da AB foram utilizados para o pagamento principalmente de pessoal, pagamento da organização social de saúde parceira do município e custeio da manutenção das 20 UBS. No que se refere aos recursos recebidos houve crédito de uma única parcela (R\$68.300,00) da adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), e uma única parcela (R\$201.250,00) da adesão ao Programa de Requalificação das UBS para Informatização & Telessaúde e Reformas, incentivos referentes à implantação de 11 novos ACS, 4 novas Equipes de SB tipo I (ESB I), 1 Equipe de SB tipo II (ESB II), 2 novos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), além do impacto ocasionado pelo aumento do valor unitário mensal transferido pelo FNS para os ACS, Equipes de SF, ESB I e ESB II a partir da competência financeira de maio de 2011. Porém, houve perda de 2 ESF cadastradas para o recebimento do repasse do Ministério no saldo do ano, devido a dificuldade de contratação de profissionais médicos.

No que se refere aos gastos com recursos do Bloco da Média e Alta Complexidade o município destinou os recursos principalmente ao pagamento dos convênios do QS (serviço de diagnóstico por imagem, fisioterapia e oftalmologia) além da manutenção do custeio dos serviços de Média e Alta Complexidade do sistema municipal de saúde. É importante destacar que houve crescimento dos repasses federais referente à incorporação da verba de Custeio de um CAPS Infantil habilitado, à reclassificação dos leitos de Unidade de Tratamento Intensivo – UTI do HMD, recursos relativos à alterações nos valores dos procedimentos referentes à SB, recursos relativos à aprovação da Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha para sua implementação, recursos referentes ao novo tipo de financiamento dos CAPS, recursos atrelados à alteração do valor dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS relativos à Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas e recursos para confecção de próteses dentárias nos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD).

No Bloco de Investimentos, o aumento do repasse federal deveu-se ao crédito de recursos relativos à primeira parcela do convênio para a construção da Unidade Básica para ESF (Paulina), primeira parcela do projeto de construção da UPA do Piraporinha e segunda parcela do projeto de construção da UPA Paineiras (já inaugurada em dezembro de 2011).

Já o Bloco de Gestão SUS reuniu recebimento de recursos atrelados à adesão ao Programa de Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN) e Incentivo a formação dos ACS.

Os recursos do Bloco de Vigilância à Saúde foram acrescidos de transferências relativas à Campanha Nacional de seguimento do Sarampo e Rubéola, estruturação do Núcleo de Classificação de agravos e doenças, incentivo para realização do Inquérito de Vigilância de violências/acidentes e incentivo referentes ao Projetos de vigilância e prevenção de violências e acidentes. Os recursos oriundos do projeto VIGISUS totalizaram R\$332.000,00 em transferências federais e o total de gastos relativos inferiram um montante de R\$334.974,12. Dessa forma, foram desenvolvidas 100% das ações do Plano de Trabalho, sendo realizadas: reforma do CCZ; conferência inaugural do curso (aberto à comunidade, em que participaram todos os delegados da Conferência Municipal de Saúde, membros do CMS, dos Conselhos Gestores e do CPS); oficinas de trabalho (1 turma para membros do CMS e 6 turmas para membros dos Conselhos Gestores e do CPS); realização de atividades de capacitação dos profissionais de enfermagem das equipes de SF; Encontro Popular de Saúde realizado durante a vigência do convênio, com duração de 15 dias e a participação estimada de 1.000 pessoas; sistematização e documentação durante toda a realização de todas as fases da formação, construindo um registro documental do processo finalizado com a elaboração



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

de um vídeo; elaboração e execução de um processo de avaliação e sistematização de indicadores quantitativos e qualitativos de processo de formação e, elaboração de uma cartilha com conteúdo programático e a avaliação do processo.

Ademais é importante destacar que para o Bloco da Assistência Farmacêutica houve a publicação em 24/08/2011 da PRT nº2.025/GM que altera a PRT nº 204/GM de 29/01/2007, na parte que trata da aplicação de recursos no âmbito do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, vigente a partir de sua data de publicação. Tal portaria estabelece a possibilidade de remanejamento de recursos do Bloco da Assistência Farmacêutica para gastos relativos a outros Blocos (exceto Bloco de Investimento) desde que cumpridos os requisitos do § 3º do Art. 6º. Sendo assim, o município aplicou o valor da contrapartida do Bloco da Assistência Farmacêutica em ações da própria Assistência Farmacêutica na AB e Média e Alta Complexidade, cumprindo de tal maneira as deliberações da portaria referida.

Por fim, no que se refere aos repasses federais, é importante destacar que se deu continuação a convênios estabelecidos no ano de 2010, como os projetos relativos ao aprimoramento das ações em Saúde Mental: aquisição de equipamentos, reforma do CAPS AD com recursos próprios, ação de redução de danos em CAPS AD, implantação de duas equipes de Consultório de Rua com custo de R\$188.404,88, implantação da Escola de Redutores com custo de R\$ 99.516,40, capacitação e sensibilização por meio do Centro de Teatro do Oprimido, para profissionais da saúde e de outras secretarias. O município também deu andamento ao planejamento para ações de formação em álcool, crack e outras drogas por meio de capacitação para profissionais de nível superior da AB.

Contudo, a participação relativamente pequena dos repasses federais e a inexpressiva participação do Estado no custeio dos serviços de saúde municipal dificultam a manutenção e expansão da complexa Rede de Atenção Saúde Municipal. Além disso, o expressivo percentual de 31,55% do Tesouro Municipal aplicado em ações e serviços de saúde pelo município impede ampliar o custeio desta Rede com recursos próprios. Por estas razões consideramos que a insuficiência de recursos financeiros é um dos principais problemas do SUS de Diadema



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**ANEXOS**

**ANEXO 1: CONVENIOS E PROJETOS**

**TABELA 01** – Convênios e Projetos realizados em 2011

<b>Projeto/Convênio</b>	<b>Tipo de Repasse</b>	<b>Valor Total do Projeto</b>	<b>Valor Recebido em 2011</b>	<b>Situação</b>
Construção da UPA Tipo II Paineiras/Campanário	Fundo a Fundo	R\$ 2.000.000,00	R\$ 1.300.000,00	Obra entregue em dezembro de 2011
Construção da UPA Tipo III Piraporinha	Fundo a Fundo	R\$ 2.600.000,00	R\$ 260.000,00	Confecção do Projeto de Construção
Construção da UBS Campanário	Fundo a Fundo	R\$ 666.666,66	R\$ 60.000,00	Obra Licitada e iniciada
Projeto Implementação de Complexos Reguladores E Informatização das Unidades de Saúde - Portaria Gm Nº 2907/2009	Fundo a Fundo	R\$ 700.070,02	R\$ 280.028,00 (2ª Parcela).	Segunda Parcela executada

*Fonte: Gabinete/SMS*



**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**ANEXO 2: DEMONSTRATIVO DE GASTOS DA FARMACIA POPULAR DO BRASIL PAGOS COM RECURSOS FEDERAIS**

**FPB - CENTRO (UNIDADE I)**

<u>2011</u>	<u>Aluguel</u>	<u>Telefone</u>	<u>Eletropaulo</u>	<u>Copan</u>	<u>Saned</u>	<u>SPDM</u>	<u>Diversos</u>	<u>Total/Mês</u>
<i>Janeiro</i>	4.300,00	641,98	-	80,00	-	-	-	5.021,98
<i>Fevereiro</i>	4.300,00	-	325,64	-	-	-	-	4.625,64
<i>Março</i>	4.300,00	-	-	-	-	-	1.778,47	6.078,47
<i>Abril</i>	4.300,00	630,44	-	-	-	-	-	4.930,44
<i>Mai</i>	4.300,00	617,64	1.146,99	-	149,26	12.669,83	-	18.883,72
<i>Junho</i>	4.300,00	-	411,92	-	171,74	6.761,13	-	11.644,79
<i>Julho</i>	4.440,00	612,47	420,63	-	518,62	7.792,94	-	13.784,66
<i>Agosto</i>	5.300,00	1.245,38	409,87	-	323,50	7.792,94	1.387,40	16.459,09
<i>Setembro</i>	5.300,00	-	427,33	-	-	28.756,08	5,00	34.478,41
<i>Outubro</i>	5.299,00	-	435,44	-	330,64	7.706,55	-	13.771,63
<i>Novembro</i>	5.300,00	1.970,00	427,46	-	51,10	7.650,55	-	15.399,11
<i>Dezembro</i>	5.300,00	-	388,43	960,00	-	11.339,99	-	17.988,42
<b>Total/Item</b>	<b>56.739,00</b>	<b>5.717,91</b>	<b>4.393,71</b>	<b>1.040,00</b>	<b>1.544,86</b>	<b>90.470,02</b>	<b>3.160,87</b>	<b>163.066,37</b>

**FPB - CAMPANÁRIO (UNIDADE II)**

<u>Mês</u>	<u>Aluguel</u>	<u>Telefone</u>	<u>Eletropaulo</u>	<u>Copan</u>	<u>Saned</u>	<u>SPDM</u>	<u>Diversos</u>	<u>Total/Mês</u>
<i>Janeiro</i>	1.426,00	640,74	-	80,00	-	-	-	2.146,74
<i>Fevereiro</i>	1.426,00	-	166,61	-	-	-	-	1.592,61
<i>Março</i>	1.426,00	-	-	-	-	-	1.529,24	2.955,24
<i>Abril</i>	1.426,00	689,43	-	-	-	-	-	2.115,43
<i>Mai</i>	1.426,00	719,82	533,36	-	22,26	17.859,87	-	20.561,31
<i>Junho</i>	1.974,00	-	191,93	-	22,26	9.530,73	-	11.718,92
<i>Julho</i>	3.126,00	619,03	230,66	-	22,26	10.985,24	-	14.983,19
<i>Agosto</i>	1.700,00	1.127,91	196,82	-	38,14	10.985,24	2.225,90	16.274,01
<i>Setembro</i>	1.700,00	-	192,59	-	22,26	40.535,67	5,00	42.445,52
<i>Outubro</i>	1.700,00	-	194,85	-	22,26	10.863,44	-	12.780,55
<i>Novembro</i>	274,00	1.943,24	216,64	-	34,62	10.784,51	-	13.253,01
<i>Dezembro</i>	1.700,00	-	-	960,00	22,26	15.985,29	-	18.667,55
<b>Total/Item</b>	<b>19.304,00</b>	<b>5.740,17</b>	<b>1.923,46</b>	<b>1.040,00</b>	<b>206,32</b>	<b>127.529,98</b>	<b>3.750,14</b>	<b>159.494,07</b>

**RESUMO(FPB1 + FPB2)**

<u>Mês</u>	<u>Aluguel</u>	<u>Telefone</u>	<u>Eletropaulo</u>	<u>Copan</u>	<u>Saned</u>	<u>SPDM</u>	<u>Diversos</u>	<u>Total/Mês</u>
<i>Janeiro</i>	5.726,00	1.282,72	-	160,00	-	-	-	7.168,72
<i>Fevereiro</i>	5.726,00	-	492,25	-	-	-	-	6.218,25
<i>Março</i>	5.726,00	-	-	-	-	-	3.307,71	9.033,71
<i>Abril</i>	5.726,00	1.319,87	-	-	-	-	-	7.045,87
<i>Mai</i>	5.726,00	1.337,46	1.680,35	-	171,52	30.529,70	-	39.445,03
<i>Junho</i>	6.274,00	-	603,85	-	194,00	16.291,86	-	23.363,71
<i>Julho</i>	7.566,00	1.231,50	651,29	-	540,88	18.778,18	-	28.767,85
<i>Agosto</i>	7.000,00	2.373,29	606,69	-	361,64	18.778,18	3.613,30	32.733,10
<i>Setembro</i>	7.000,00	-	619,92	-	22,26	69.291,75	10,00	76.923,93
<i>Outubro</i>	6.999,00	-	630,29	-	352,90	18.569,99	-	26.552,18
<i>Novembro</i>	5.574,00	3.913,24	644,10	-	85,72	18.435,06	-	28.652,12
<i>Dezembro</i>	7.000,00	-	388,43	1.920,00	22,26	27.325,28	-	36.655,97
<b>Total/Item</b>	<b>76.043,00</b>	<b>11.458,08</b>	<b>6.317,17</b>	<b>2.080,00</b>	<b>1.751,18</b>	<b>218.000,00</b>	<b>6.911,01</b>	<b>322.560,44</b>





**PREFEITURA DE DIADEMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**ANEXO 3 – Quadro de pessoal da Secretaria da Saúde**

QUADRO DE PESSOAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DIADEMA POR CATEGORIA PROFISSIONAL E ÁREA DE ATUAÇÃO											
	A.BÁSICA	Q.S.	S.MENTAL	H.M	PSC	SAMU	CR + CEREST	VISA	AP. À GESTÃO	OUTROS	TOTAL
Médicos	187	49	11	179	59	24	13	5	8	8	543
Enfermeiros	131	13	24	73	34	16	4	6	3	1	305
Dentistas	69	13					2	3		1	88
Outros NU	62	9	32	24	7		12	16	5	11	178
Auxiliares / Téc. Enfermagem	390	39	63	349	126	41	9	6		1	1024
Outros Auxiliares e Técnicos	107	34		16	4		2			2	165
ACS / Dengue	473		15				3	56			547
Administrativos	166	66	20	94	60	15	12	12	46	39	530
Outros / Operac.	120	27	34	124	37	32	2	5	6	61	448
COM.	3	5	1	6				2	13	8	38
<b>TOTAL</b>	<b>1.708</b>	<b>255</b>	<b>200</b>	<b>865</b>	<b>327</b>	<b>128</b>	<b>59</b>	<b>111</b>	<b>81</b>	<b>132</b>	<b>3.866</b>
Gestores	28	10	8	12	2	2	1	4	10	4	81

Outros: Apoio Administrativo/Operacional, Farmácia Central, Farmácia I, Farmácia II, Informática, Afastados, Almoarifado, Transp. Ambulatorial

Gestão: Suprimentos, Gabinete, Ct. Regulação, Orçamento, Compras, R.H., S.A.U., Controle Social, Escola de Saúde

Fonte: Coordenação de Gestão de Pessoas