

# 64 respostas

[Visualizar todas as respostas](#)

## Resumo

### Identificação da unidade, responsável pelo preenchimento e período de monitoramento

#### Nome do Centro de Saúde



	Leste	0	0%
2022699	CENTRO DE SAUDE TAQUARAL PADRE MILTON SA	1	1.6%
	2022702 CENTRO DE SAUDE SOUSAS	1	1.6%
	2022729 CENTRO DE SAUDE CENTRO	1	1.6%
2022907	CENTRO DE SAUDE VILA 31 DE MARCO	1	1.6%
2023164	CENTRO DE SAUDE JARDIM CONCEICAO	1	1.6%
	2023199 CENTRO DE SAUDE COSTA E SILVA	1	1.6%
2023210	CENTRO DE SAUDE JOAQUIM EGIDIO	1	1.6%
	2040670 CENTRO DE SAUDE SAO QUIRINO	1	1.6%
6028179	CENTRO DE SAUDE BOA ESPERANCA	1	1.6%
6028195	CENTRO DE SAUDE CARLOS GOMES	1	1.6%
	Sul	0	0%
	2022656 CENTRO DE SAUDE FARIA LIMA	1	1.6%
	2022680 CENTRO DE SAUDE SANTA ODILA	1	1.6%
2022796	CENTRO DE SAUDE JARDIM ESMERALDINA	1	1.6%
2022818	CENTRO DE SAUDE PARQUE DA FIGUEIRA	1	1.6%
	2022834 CENTRO DE SAUDE VILA RICA	1	1.6%
2022869	CENTRO DE SAUDE PARANAPANEMA	1	1.6%
	2022915 CENTRO DE SAUDE SAO VICENTE	1	1.6%
2023083	CENTRO DE SAUDE CARVALHO DE MOURA	1	1.6%
2023180	CENTRO DE SAUDE ERNESTO SIERRA HUNOVITCH	1	1.6%
	2023202 CENTRO DE SAUDE VILA IPE	1	1.6%
2023458	CENTRO DE SAUDE SAO DOMINGOS	1	1.6%
	2023628 CENTRO DE SAUDE SAO JOSE	1	1.6%
	6032338 CENTRO DE SAUDE FERNANDA	1	1.6%
	6032419 CENTRO DE SAUDE OZIEL	1	1.6%
	6032605 CENTRO DE SAUDE CAMPO BELO	1	1.6%
	6032397 CENTRO DE SAUDE NOVA AMERICA	1	1.6%
	Sudoeste	0	0%
2022613	CENTRO DE SAUDE CAMPOS ELISEOS TANCREDO	1	1.6%
	2032643 CENTRO DE SAUDE DIC I	1	1.6%
	2033941 CENTRO DE SAUDE SANTA LUCIA	1	1.6%
	2034263 CENTRO DE SAUDE SAO CRISTOVAO	1	1.6%
2037262	CENTRO DE SAUDE JARDIM AEROPORTO	1	1.6%
	2037270 CENTRO DE SAUDE JARDIM ITATINGA	1	1.6%
	2039656 CENTRO DE SAUDE VISTA ALEGRE	1	1.6%
	2039664 CENTRO DE SAUDE JARDIM CAPIVARI	1	1.6%
2040719	CENTRO DE SAUDE UNIAO DOS BAIRROS	1	1.6%
	2046318 CENTRO DE SAUDE DIC III	1	1.6%
	3385116 CENTRO DE SAUDE VILA UNIAO	1	1.6%
	3956296 CENTRO DE SAUDE SANTO ANTONIO	1	1.6%
	Noroeste	0	0%
2022788	CENTRO DE SAUDE PERSEU LEITE DE BARROS	1	1.6%
	2022842 CENTRO DE SAUDE INTEGRACAO	1	1.6%
	2022850 CENTRO DE SAUDE JARDIM FLORENCE	1	1.6%
2022923	CENTRO DE SAUDE JARDIM IPAUSSURAMA	1	1.6%
2022931	CENTRO DE SAUDE PEDRO DE AQUINO NETO	1	1.6%
	2023067 CENTRO DE SAUDE JARDIM ROSSIN	1	1.6%
2023369	CENTRO DE SAUDE PARQUE FLORESTA	1	1.6%
	2023598 CENTRO DE SAUDE PARQUE VALENCA	1	1.6%
	3190188 CENTRO DE SAUDE PARQUE ITAJAI	1	1.6%
6032141	CENTRO DE SAUDE CAMPINA GRANDE	1	1.6%
	6032362 CENTRO DE SAUDE LISA	1	1.6%
	6032478 CENTRO DE SAUDE SATELITE IRIS I	1	1.6%
	6865321 CENTRO DE SAUDE SANTA ROSA	1	1.6%
	Norte	0	0%
2022664	CENTRO DE SAUDE BARAO GERALDO	1	1.6%

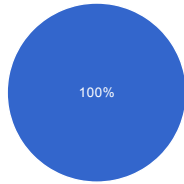
2022672 CENTRO DE SAUDE JARDIM AURELIA	1	1.6%
2022826 CENTRO DE SAUDE BOA VISTA	1	1.6%
2022974 AMBULATORIO MEDICO CEASA	1	1.6%
2023091 CENTRO DE SAUDE VILA PADRE ANCHIETA	1	1.6%
2023156 CENTRO DE SAUDE JARDIM EULINA	1	1.6%
2023172 CENTRO DE SAUDE JARDIM SANTA MONICA	1	1.6%
2023318 CENTRO DE SAUDE JARDIM SAO MARCOS	1	1.6%
2023377 CENTRO DE SAUDE PARQUE SANTA BARBARA	1	1.6%
3950220 CENTRO DE SAUDE CASSIO RAPOSO DO AMARAL	1	1.6%
6032427 CENTRO DE SAUDE ROSALIA	1	1.6%
6032443 CENTRO DE SAUDE VILLAGE	1	1.6%
7520433 CENTRO DE SAUDE SAN MARTIN	1	1.6%

### Nome completo do responsável pelo preenchimento

Helen Regina Motter Florencio  
 Renata Cauzzo Zingra Mariano  
 DENISE DE OLIVEIRA CORNACHIONI  
 Claudia Costa Carezzato  
 Fabio Rodrigues Bueno  
 RUBEM BORGES FIALHO JUNIOR  
 TALITA POLIANA ROVERONI MORAES  
 WANICE SILVA QUINTEIRO PORT  
 ADRIANA MACCARI P DE MORAES  
 Dejnís Cristina Bussolin  
 ISABELA GOMES ALVARES  
 MERIAN MUNHOZ LOPES  
 Andréa de Andrade Pinto Belchior  
 Maria Ângela Fernandes Sant'ana / Sandra Pessoa de Lima Folli  
 Ana Lúcia Montini Ribeiro  
 Valéria Augusta de Lima Aguiar Ceriani  
 CARLOS EDUARDO FERREIRA SIMÕES  
 SUELY CRISTINA CORREA MARTINS  
 CELSO LUIS DE MORAES  
 Renata Cecilia Motta Brandao Capello  
 Marta Patricia Spazapan  
 JULIO CESAR DE ARRUDA  
 Sílvia Maria Anselmo  
 RAQUEL FREDERICO SCANDIUZZI  
 Viviane Maria Martino  
 Sandra Fatima de Arruda Ferreira  
 Debora Masetto Gião  
 Juliana Natívio/ Isabella Gomes  
 Eduardo Ponte de Gouveia Vieira/Andressa Teoli Nunciaroni  
 Denise Pierro Postal  
 Liliane Cristina Ferraz Gruli  
 Jéssica de Barros Perilli  
 Daniela Tramontano Gesualdo  
 Eliane de Camargo  
 Alzira de Cássia Simionato Costa  
 Fabíola de Paula Estival  
 Adriana da Silva Marinho  
 Priscilla Brandão Bacci Pegoraro e Elaine Cristina de Assis Grecco  
 IELKA MARIA DE AMORIM SANTOS  
 Margareth Henye Mota Marconi  
 Marcia Gimenes da Silva Fernandes  
 Lucimara Targa  
 Marta de Souza Pereira  
 Danielle Satie Kassada  
 Adriana Cristina D'Orásio  
 Diana de Oliveira Gonçalves Neto  
 Silene Menezes Jacobina  
 Lorena Fatureto Pinto  
 Camila Severing do Couto Caligari

Jorge Luis Marques Fernandes  
 Andrea Alexandra Muniz Bacic  
 ANA LÚCIA SOARES SOUTELLO  
 Rita de Cassia Almeida Bottcher  
 NICOLE MONTENEGRO DE MEDEIROS  
 Janaína Franco  
 Lauren Tavares Beier  
 Maria Aparecida de Fátima Cardoso  
 Elizabeth Tieko Fujino  
 Rafael Rodrigues Prado  
 Ana Paula de Brito Rodrigues  
 Simone Valéria Rocha Vieira  
 Maria do Carmo Silva Fochi  
 Talita Carlos Rodrigues Romano  
 PATRICIA APARECIDA NEGRÃO

**Período de monitoramento**



RQG do 1º quadrimestre 2016: acumulado Janeiro a Abril	<b>64</b>	100%
RDQA do 2º quadrimestre 2016 - acumulado Janeiro a Agosto	<b>0</b>	0%
RDQA do 3º quadrimestre 2016 / RAG 2016 - acumulado Janeiro a Dezembro	<b>0</b>	0%

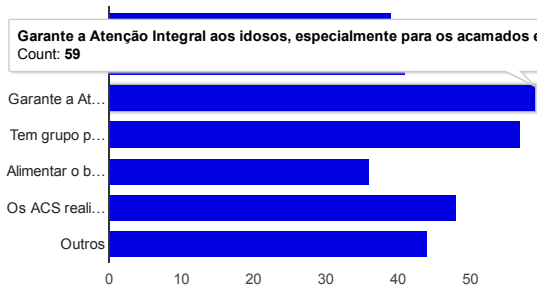
**Contatos**

**DIRETRIZ 1**

**Objetivo 1.1**

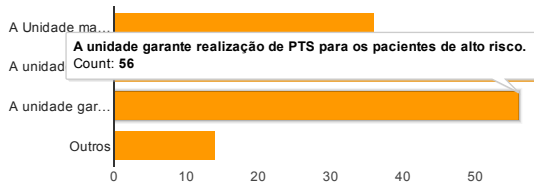
**2. Ações para reduzir as internações por condições sensíveis à atenção básica - ICSAB**

**2.2 Considerações e Recomendações**



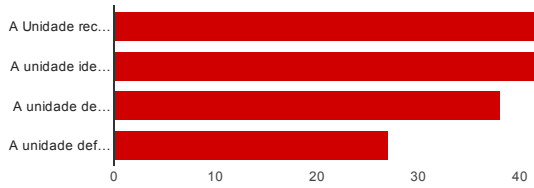
Implantado protocolo e desenvolve ações de acordo com os indicadores da unidade, visando o fortalecimento das linhas de cuidado para doenças crônicas.	<b>39</b>	60.9%
Recebe e analisa relatórios de internação dos pacientes que foram internados com patologias da AB e realizou busca ativa dos egressos da área adscrita.	<b>41</b>	64.1%
Garante a Atenção Integral aos idosos, especialmente para os acamados e com alguma limitação de locomoção	<b>59</b>	92.2%
Tem grupo para ações de promoção à Saúde voltadas para abordagem de Alimentação Saudável, Tabagismo, Alcoolismo, sedentarismo	<b>57</b>	89.1%
Alimentar o banco de dados do cadastro de pacientes crônicos para monitoramento dos riscos e agravos de saúde	<b>36</b>	56.3%
Os ACS realizam ações coletivas para redução das DCNT - Se afirmativo - Quais? (descreva abaixo no campo OUTRO quais ações são realizadas)	<b>48</b>	75%
Outros	<b>44</b>	68.8%

**2.3 Considerações e Recomendações**



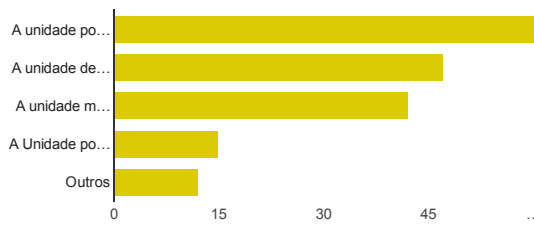
A Unidade mantém cadastro atualizado com estratificação por risco dos diab  
 A unidade garante oferta de consulta médica programada, consulta de enfermeiro, exames laboratoriais e ações educativas com frequência estabelecida pelo grau de risco p  
 A unidade garante realização de PTS

**2.4 Considerações e Recomendações**



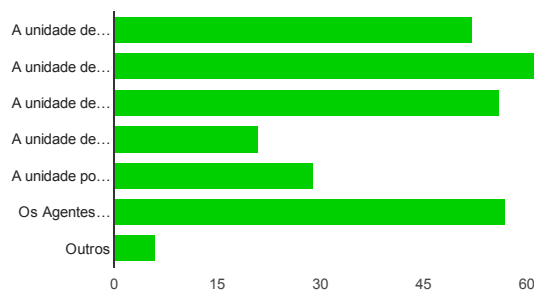
A Unidade recebe e analisa os Relatórios mensais de pacientes internados por patologias da lista de cc  
 A unidade identifica a ocorrência de ICSAP, realiza busca ativa e monitora os egressos hospitalares, realizando cadastro, avaliação e registro em prontuário e articula a sequ  
 A unidade desenvolve ações em parceria com a Unidade de Pronto Atendimento de referência para garantir a continuidade do cuidado de usu  
 A unidade define como evento sentinela e realiz

**2.5 Considerações e Recomendações**



A unidade possui cadastro atualizado dos idosos acamados ou com alguma limitação de locomoção. **61** 95.3%  
 A unidade desenvolve de projetos terapêuticos individuais em parceria com o SAID de referência. **47** 73.4%  
 A unidade mantém cobertura vacinal do idoso > que 80%. **42** 65.6%  
 A Unidade possui mecanismos de acesso específicos para a população masculina. **15** 23.4%  
 Outros **12** 18.8%

**2.6 Considerações e Recomendações**



A unidade desenvolve ações de promoção à saúde voltadas a abordagem de Alimentação saudável e/ou Segurança Alimentar. **52** 81.3%  
 A unidade desenvolve Ações de promoção à saúde e/ou práticas corporais voltadas à redução do sedentarismo, incluindo as práticas Integrativas. **62** 96.9%  
 A unidade desenvolve ações educativas ( individuais ou coletivas ) voltadas à população insulinoquerente. **56** 87.5%  
 A unidade desenvolve Ações de promoção à Saúde voltadas para abordagem de alcoolismo e uso de drogas em geral desenvolve ações. **21** 32.8%  
 A unidade possui Grupo de Tabagismo formalmente instituído, recebendo insumos e registrando produção nos instrumentos específicos. **29** 45.3%  
 Os Agentes Comunitários de Saúde participam das ações educativas. **57** 89.1%  
 Outros **6** 9.4%

**2.7 Considerações e recomendações**

Cada equipe do Centro de Saúde (CS) realiza um cadastramento com avaliação clínica para classificação de risco dos diabéticos e hipertensos, a partir dessa classificação são tomadas as condutas de acordo com a necessidade de cada caso, incluindo retorno para reavaliação. Esse cadastro e classificação de risco são realizados pelos seguintes funcionários: Enfermeira, Técnico de enfermagem, médico e agente comunitário de saúde (ACS), de cada equipe. O primeiro contato é realizado no momento do cadastro do paciente na unidade, sendo feita pelo ACS. Através desse cadastro o paciente é convocado para avaliação. Há um projeto para a formação de um grupo de atividades físicas em parceria com a Faculdade de Educação Física da UNICAMP que visa reeducar o paciente quanto aos seus hábitos de sedentarismo, aguardando no momento apenas o preenchimento da vaga, já tendo sido divulgada na unidade de ensino O CS articula-se com serviços de atenção secundária e terciária, como o Pronto Atendimento Anchieta e o Hospital de Clínicas da UNICAMP no acompanhamento de pacientes egressos de internações. Contamos com um projeto do PA Anchieta onde somos informados da internação/Alta de nossos pacientes mensalmente, possibilitando que realizemos visita domiciliar (VD) até 7(sete) dias após a notificação para que possamos dar um retorno para o serviço quanto o quadro do paciente pós-alta.

Grupos para HAS e DM, orientação nutricional, Liang Gong. As discussões clínicas tem acontecido nas reuniões das ESF. Grupos de HAS e DM ocorrem 3x/semana e em média contam com a participação de 10 usuários cada um , e 3 funcionários: médico, enfermeiro e aux/tec. de enfermagem. Iniciado também através do sistema de informação GEMM, o cadastramento e classificação de risco dos hipertensos e diabéticos, para que tenhamos subsídios para aprazamento dos retornos de acordo com tal classificação de risco. Os ACS's têm realizado cadastros no E-SUS, tendo como meta cada ACS, cadastrar 05 usuários/semana. As visitas domiciliares são realizadas considerando-se o risco e vulnerabilidade, dado que as ESV possuem número de pessoas superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde.

Há um planejamento para o segundo semestre de 2016 a realização do grupo de alimentação saudável, atualmente as orientações são realizadas em consulta de enfermagem e médica individual.

Existem grupos de Tabagismo, Grupo de diabéticos, Grupo Vida Leve, Grupo de Lian Gong, Movimento Vital Expressivo. Neste quadrimestre tivemos falta de 1 enfermeira durante todo o período e de outra durante 2 meses. Houve também a falta de uma ginecologista. Nesta situação, as consultas programadas de enfermeiras ficaram prejudicadas, foram restringidas . Em abril, suspendemos as consultas de clínica e pediatria. Mantivemos apenas as de Pré-natal e CO.

ICSAB ainda em construção, sendo o valor de 11.11% disponibilizado pelo Distrito de Saúde Norte em caráter provisório.

A nossa demanda tem crescido. O perfil demográfico de nossa clientela tem demandado muita consultação. Precisamos resgatar o equilíbrio Tivemos por ICSAP: JAN=09, FEV=09 MAR=11 e ABR=12 - chama-nos atenção as internações por DM e doenças cerebrovasculares

Os ACS fazem VD para todos os pacientes em acompanhamento do HiperDia para avisar a data da consulta e verificar uso das medicações, elaboramos um instrumento norteador das ações dos ACS em VD.

RESPOSTA NO EXCEL.

O CS desenvolve atividades como Liang Gong, "Viva Leve", 'avaliação do pé diabético", "ambulatorio da dor", Grupo Hiperdia, entre outros.

esta sendo desenvolvido um projeto, junto ao distrito sul e o Cets onde foi designado um funcionario para formacao de praticas integrativas, qualificando melhor o serviço.

Realizado grupo de Hiperdia; grupo Viva Leve com nutricionista do NASF; Liang Gong; Movimento vital expressivo.

Para este quadrimestre de acordo com o planejamento do NSC e das equipes de saúde da família iniciamos um cronograma de trabalho de ações de prevenção e promoção para DCNTs, tabagismo, vida saudável, idosos e etc.

Pretendemos reativar um grupo educativo para cuidadores, estamos buscando usuários interessados.

Participação dos ACS nas ações de Dengue nas Escolas.

Estamos regularizando os cadastros de crônicos e acamados de acordo com a nova divisão de equipes feita em 2015 e com a chegada de novos profissionais; temos grupos semanais por equipe para hipertensos e diabéticos, grupo de caminhada e há no território um grupo de Lian Gong que se formou no Centro de Saúde. Estamos aguardando novo período de capacitação para inserir novos profissionais e montar novo grupo no CS. Estamos retomando o grupo de culinária saudável, após desligamento de profissional do CECO Rosa dos Ventos, que atua em parceria com o CS.

Manter os grupos , completar o cadastro dos pacientes crônicos em cada equipe de referência , manter as reuniões multiprofissionais por área.

SIM DESENVOLVE AÇÕES CAMINHADA , LIN GONG, DISLEPIDEMIA, ALIMENTAÇÃO

Sendo o nosso valor de ICSAP igual a 11.91% percebemos que nossas ações tem sido eficazes uma vez que a PMC aponta como valor aceitável até 23,74%.

NÃO POSSUIMOS AGENTES COMUNITARIOS DE SAÚDE

Grupo de Tabagismo realizado em conjunto, no CS Boa Esperança. Projeto ICSAP com UPA Centro foi interrompido

O cadastro está sendo alimentado parcialmente, mas já discutimos instrumento para que seja alimentado por todos os profissionais que atendem os pacientes crônicos da unidade. Com relação a visita dos egressos, temos dificuldade por não recebermos comunicado de alta do paciente em tempo hábil para visita rápida que possibilite intervenção imediata e orientações apropriadas para a família.

Ampliar as acoes preventivas e grupos educativos na unidade de saúde com participação multidisciplinar

A unidade está atenta aos seus crônicos, possui cadastro atualizado e procura desenvolver estratégias educativas que fortaleçam a prevenção ou minimizem os agravos das DCNT, temos dificuldades no momento devido a estrutura física em reforma e o Centro de Saúde trabalhando em locais não adequados, mas ainda assim, a equipe tem investido nessas ações.

dificuldade em receber relatorios internações. dificuldades com vagas medicas para adultos. Grupo de alcoolismo em formação

Manter e melhorar as estratégias já em ação

Realiza grupos educativos.

Não recebemos rotineiramente as ICSAB, portanto não conseguimos trabalhar com este tipo de dado

Os relatórios de internação não chegam em tempo hábil na unidade. Realização da semana do homem e planejamento familiar.

Estratégias utilizadas pela unidade para fortalecimento das linhas de cuidado às doenças crônicas: Considerações: a unidade está implantando a classificação de risco dos usuários portadores de condições crônicas para qualificar suas ofertas. São realizadas reuniões sistemáticas entre a equipe de enfermagem, bem como entre o tutor e os médicos do programa mais médicos, para discussão de diretrizes e protocolos.

Nossos profissionais que atendem a saúde do adulto utilizam de grupos para realizar atividades educativas e preventivas para nossos pacientes com doenças crônicas. Temos os seguintes grupos: grupo de diabéticos, hipertensos e grupos para pacientes dislipidêmicos. Temos também grupos voltados para pacientes que necessitam de atividade física: grupo de caminhada, ginástica, movimento vital expressivo. Outros grupos: tabagismo, alimentação saudável. Estamos atualmente proporcionando a formação de profissionais que atuarão em diversas práticas integrativas.

Grupo de orientação nutricional e prevenção de obesidades (VIVA LEVE), Dança Circular e Chi Kung implementados nesse período com participação multiprofissional (3 Agentes Comunitários de Saúde),

cadastrados: 1042 Diabéticos 156 Trabalhamos com os dados de cadastro do HIPERDIA com um total de 1042 pacientes cadastrados, temos a estimativa de que 98% seja hipertenso e 15% diabético. Já estamos em processo de divisão dos pacientes por equipe de referência e classificação de risco. Iniciamos o processo para separar os hipertensos, diabéticos e hipertensos/diabéticos. Desenvolvemos grupo de HIPERDIA, Visita domiciliar a idosos acamados ou limitados na locomoção. Desenvolvemos atividade de Caminhada, MVE e Liang Gong.

Necessidade de aumentar a cobertura de população recadastrada e desenvolver alguns grupos, porém os recursos são escassos (RH e espaço físico) Houve 01 registro de internação em 2016 (ICSAP). Fonte: CII/DGDO/SMS Não estamos fazendo estratificação de risco em prontuário. Não recebemos ICSAP mensalmente. Ações voltadas a abordagem do alcoolismo e outras drogas somente no individual. Encaminhamos estes pacientes para o CAPS AD e os pacientes de tabagismo para o CS Valença. Recomendação iniciar já.

Devido a grande demanda e ao déficit de funcionários a unidade não consegue atingir todas as metas estabelecidas. Os casos acompanhados pelo SAID são de conhecimento da unidade, porém não é garantido VD toda semana por falta de transporte. Desenvolvemos ações de grupos terapêuticos e educativos, grupos de caminhadas, liang gong, artesanato e atendimento individual com consultas médicas e de enfermagem., ações de promoção e prevenção.

intensificar ações educativas coletivas e individuais no território  
mapeamento, atividades voltadas para alimentação etc

Atividades coletivas variadas, em locais do território e na unidade. Profissionais participantes e atuantes.

Em nosso serviço realizamos grupos de crônicos,(1xsemana),insulinoterapia(1xmês),grupo de lian gong(2xsemana),em média temos uma participação 30-35 usuários por grupo,fazem parte dos profissionais que tocam os grupos(enfermeiro,médico,profissionais de nível médio de enfermagem).Atualmente, nossa maior dificuldade, é a falta de médico de família(exonerou em 11/02),pois não houve reposição.Também estamos com uma técnica de enfermagem de licença gestante desde 30/01, redução de disponibilidade de rh,isso sobrecarrega a equipe,pois a demanda é crescente.Realizamos as discussões de vigilância, em nossa reunião de equipe de referência.Os objetivos dos grupos é basicamente:promover educação em saúde,autocuidado,estimular a atividade física e hábitos alimentares saudáveis.

A unidade encontra-se com deficit de RH de enfermagem, médico, ACS significativo o que dificulta na promoção e prevenção dos agravos em saúde.

Relatórios de internações não chegam mensalmente, essa informação as vezes chega pelo familiar ou ACS, falta espaço físico e RH para ampliação de outros grupos de promoção a saúde.

A unidade não recebe relatório de internação, quando detectado paciente de risco é feito PTS para todos. Geralmente a informação da internação chega à unidade através de familiares ou pelos ACS. Com a falta do profissional enfermeiro neste período a demanda centralizou-se no atendimento médico, com a reposição destes profissionais as consultas ao adulto e criança serão retomadas conforme protocolo e será possível aumentarmos a oferta de ações de promoção à saúde. Atualmente temos em funcionamento o grupo de caminhada que acontece duas vezes na semana coordenado por um agente e um enfermeiro e o grupo de hemoglobina glicada uma vez por semana realizado por um ACS e um Clínico geral. Temos um projeto de duas profissionais que deverão estar iniciando um grupo de reeducação alimentar no segundo semestre e uma ACS realizando capacitação de práticas integrativas com o objetivo de aumentarmos nossa oferta.

Desenvolvemos na unidade algumas ações educativas com o envolvimento da equipe multiprofissional.

Foram seis internações por ICSAP nesse período.

Em reunião de planejamento para 2016 foi estabelecida nova estratégia de cuidado aos crônicos (cadastramento e acompanhamento dos portadores de HAS e DM). Este projeto demandou no início de 2016 reuniões para afinar as estratégias, eleger responsáveis e organizar os recursos ( reunião da área do adulto, reunião geral, reunião com ACS).

A unidade possui grupo de Caminhada, Lian Gong, Movimento Vital Expressivo, Hiperdia.

Resposta em arquivo anexo

Retomar a implementação do protocolo hiperdia considerando o cadastro, classificação de risco . Manter a continuidade do cuidado com ofertas disponíveis para tal. Realizamos o Lian Gong 3x/ semana

Grupo de alimentação saudável. Grupo de Caminhada. Grupo de dança circular. Grupo de Lian Gong. Grupo de insulino requerente. Grupo de álcool e drogas. Grupo de tabagismo. Os ACS participam de três grupos.

atividades de alimentação saudável em parceria com a UNIP

Reuniões clínicas a cada dois meses, com participação de médicos, técnicos de enfermagem e enfermeiros. Reuniões duas vezes ao mês com a enfermagem, com temas técnicos.

A UNIDADE UTILIZA COMO REFERENCIAL A VI DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO E O PROTOCOLO DE DM DA SMS DE CAMPINAS. PARA ACOMPANHAMENTO DAS DEMAIS DCNT, UTILIZAMOS AS DIRETRIZES EM VIGÊNCIA. AS QUESTÕES CLÍNICAS TÊM SIDO DISCUTIDAS EM REUNIÃO GERAL MENSAL (4 REUNIÕES) E NO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (3 REUNIÕES). TEMOS GRUPO DE CAMINHADA 4X/SEM, DANÇA CIRCULAR EM PARCERIA COM O CS VILA UNIÃO 1X/SEM (TERAPEUTA OCUPACIONAL), GRUPOS DE DM E HAS POR EQUIPE DE REFERÊNCIA(COM MÉDICO, ENF, AUX DE ENF E ACS), GRUPO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL (RESIDÊNCIA MULTI DA UNICAMP). NO ANO PASSADO RECEBÍAMOS RELATÓRIO DE ALTA DO CHOV E RELATÓRIO DE AIH, PORÉM ISSO NÃO ACONTECEU NESTE QUADRIMESTRE. É NECESSÁRIA MAIOR INTEGRAÇÃO DA REDE, COM SISTEMAS EFETIVOS QUE NOS PERMITAM TER ACESSO RÁPIDO AOS DADOS DE INTERNAÇÃO E RELATÓRIOS DE ALTA, PARA BUSCA ATIVA DESTES PACIENTES.

Recebemos algumas altas do SAd e informações de bebês de alto risco da maternidade. Fazemos busca ativa e acompanhamentos.

Temos vários grupos acontecendo no nosso território. As cinco equipes cadastradas desenvolvem atividades multidisciplinares.

- Realizamos avaliação dos egressos e PTS quando recebemos os relatórios de alta. (Não existe regularidade nesse processo) - O cadastro de risco (Diabetes e Hipertensão) é parcial, ou seja, apenas a Equipe amarela está com o cadastro totalmente organizado. As outras equipes realizam acompanhamento desses usuários, mas não possuem cadastro (Cadastro em discussão) - As equipes de referência realizam reuniões semanais para discussões dos casos.

São reservadas 40% de vagas de consultas com o clínico geral para o atendimento ao paciente com comorbidades crônicas. Há falta de RH para desenvolvemos uma linha de cuidado mais fortalecida. Temos um grupo de caminhada 2x por semanaA interação com o PS se dá pela interlocução da assistência Social que discute e encaminha casos para a Unidade.

A dificuldade para o acompanhamento dos egressos é a listagem que chega com muito atraso, impedindo uma ação imediata.

11,53 %. A Unidade ficou sem médico clínico desde o início de dezembro de 2015. Os relatórios de internação não chegam em tempo hábil.

A unidade conta com grupo de sala de espera onde informações variadas são transmitidas a população, além de grupos de gestantes, hiperdia e Lian Gong. Destes grupos os ACS têm participado com regularidade.

A estratégia utilizada são os grupos, porém com dificuldades de oferta devida a demanda de agendamento, bem como de baixa participação. Dos 19

AACS, 8 conduzem as PIC com supervisão da Dra Beth

existe a necessidade das equipes identificarem os usuários e encaminharem para os grupos de álcool e drogas. Existe baixa adesão devido ao perfil destes usuários.

Toda a equipe está envolvida nas atividades individuais e coletivas DM e HAS.

A abordagem sobre alimentação saudável ocorre nos Grupos Hiperdia e nas consultas individuais.

Estamos implantando a abordagem em grupo para usuários de álcool e outras drogas

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

#### 3. Valor

0  
54  
19.4  
1.9  
29.53  
98.3  
45.4  
0.03  
1.89  
92  
0.283286  
51.28  
38  
0.7  
2.4  
23.38  
12.5  
25  
1.43  
35.86  
59.6  
55.7  
30  
15.40  
70  
18  
4.9

#### 3. Considerações e recomendações

Numerador: 0. Denominador: 0.  $(0 \times 100) / 0 = 0$ . Os dados oficiais deste período só estarão disponíveis no site no segundo semestre. Os ACS do serviço realizam visitas domiciliares a todas as famílias cadastradas e quando necessário solicitam visitas da equipe médica e de enfermagem. Esporadicamente solicitamos auxílio de assistente social para possíveis benefícios para a família.

Estamos em período da 1ª vigência do Programa Bolsa Família, portanto, todas as famílias já foram convocadas, porém ainda estão comparecendo ao serviço para as ações pertinentes, para que sejam posteriormente encaminhadas para alimentar o Banco de Dados do Bolsa Família.

A unidade somente considerava como famílias acompanhadas as que vinham pesar e medir suas crianças nas datas estabelecidas e divulgadas previamente para acompanhamento de bolsa-família. Sistematizar e aumentar o número de visitas das famílias cadastradas. A unidade realiza a pesagem e a vacinação das crianças cadastradas. Gestantes são acompanhadas segundo protocolo de pré-natal

Famílias acompanhadas 2 Famílias beneficiárias 104 1.9% Oferecemos Pré-Natal, acompanhamento de Puericultura, realizamos visitas domiciliares a todas as famílias do Bolsa família, pesagem e vacinação das crianças do programa.

Alguns ACS não atualizaram o sistema do PBF, deixando o dado oficial subestimado.

a) Começaremos a convocar as famílias no final de maio para seguimento (pesagem, imunização...b) Temos 169 famílias beneficiárias neste momento  
c) Temos como meta reorganizar a nossa forma de acompanhamento, envolvendo a nutrição e área da criança

Não foi finalizado a avaliação do acompanhamento.

FAZEMOS TODA DIGITAÇÃO DO BOLSA FAMÍLIA NO C S.

Algumas famílias não são localizadas, pois mudaram-se do endereço e não informaram ao CS.

em digitação para apontamento no 2º quadrimestre

São 119 famílias beneficiárias, sendo que 54 famílias já estão sendo acompanhadas. Das 65 famílias que ainda não estão sendo acompanhadas, 58 famílias já foram convocadas e feito agendamento de consulta, e 7 famílias foram transferidas para as UBSs de referência, pois não moram mais no nosso território. Portanto, 100% das famílias já foram convocadas para acompanhamento.

Este dado está em construção, pois estamos no meio da vigência e ele ainda não foi digitado.

O território tem um total de 94 famílias beneficiadas. O registro do acompanhamento das famílias não foram digitados, de forma geral, são inseridos no sistema pelos profissionais da unidade, próximo ao final da vigência do período (30 de junho de 2016).

Devido período ser no meio da vigência do 1º semestre de 2016, ainda não há dados a serem apontados. Acompanhamento com visitas semestrais pelos ACS a famílias cadastradas no programa.

O primeiro período de acompanhamento de 2016 foi feito recentemente e encontra-se em fase de digitação; todas as famílias beneficiárias foram convocadas e foi feita a avaliação de todas que compareceram ao CS

Continuar o acompanhamento destas saúdes por equipe de referência, elaborando projetos terapêuticos quando necessário, não só verificar as condicionalidades.

SEM DADOS NO PERÍODO

Numerador: 1 / denominador: 353.

NÃO SE APLICA

20 /39 famílias acompanhadas. Muitas não são de nossa área de cobertura. Algumas recusas após várias convocações.

Nosso território é muito extenso com grande dificuldade de transporte para as visitas dos beneficiários, também dificuldade em encontrar os devido mudanças de endereço que não conseguimos adequar devido sistema de dados do bolsa família não permitir mudança.

Garantir o atendimento dos grupos vulneráveis facilitando o acesso ao serviço de saúde. Como acesso podemos citar mutirões, convocações e divulgações em território.

Numerador = 1 Denominador= 82. A primeira vigência terminará em junho. Procuramos fazer o acompanhamento das famílias, das crianças, gestantes, ACSs visitam, porém temos muitas famílias que mudam e que agendamos o retorno para acompanhamento, mas que, infelizmente, não aderem de forma ideal às ofertas do CS, tendo maior dificuldade de criar vínculo e de acompanharmos.

equipe esta fazendo acompanhamento das familias porém ainda não iniciou digitação

manter o acompanhamento das famílias e busca dos faltosos

Em processo de digitação dos dados

Conforme a padronização do 1o.RDQA, o valor é zero. Nosso cálculo na segunda vigência de 2015 = 44.1%

Numerador 0/denominador 406. As famílias estão sendo acompanhadas, porém ainda não foram digitadas as planilhas.

A unidade desempenha as atividades, sendo encaminhadas as planilhas com seus registros ao Distrito de Saúde Norte (DSN) para digitação. No entanto, verifica-se que no sistema não há famílias registradas.

Os ACS estão em processo de cadastramento da população de suas micro áreas. Estão fazendo visitas domiciliares aos usuários do programa bolsa família. Organizamos em nosso serviço um arquivo de usuários do bolsa família divididos por micro área para que cada agente comunitário seja capaz de acompanhar e monitorar estes usuários. Estamos em processo de pesagem e monitoramento dos pacientes cadastrados no programa. Nossos indicadores estarão atualizados no próximo quadrimestre.

Maior parte das famílias mudam de endereço e devido a extensão da área (73.460 habitantes), não conseguimos atualizar os cadastros em tempo hábil, se a família não nos procura para informar.

Não iniciou digitação deste quadrimestre

A pesagem do Bolsa família está sendo realizada este semestre, porém os dados ainda não foram digitados. Os pacientes foram todos convocados.

Numerador: 0 famílias totalmente acompanhadas; denominador: 203 famílias beneficiárias. (fonte: Sistema de Gestão do Acompanhamento das condicionalidades de Saúde do PBF consolidado em 29/04/2016). Nos 04 primeiros meses de 2016 estávamos interditados onde a equipe foi dividida entre 02 unidades do entorno, portanto não tínhamos espaço suficiente para fazer a pesagem do BF, ficando para o segundo quadrimestre a pesagem.

Considerações: Temos 839 famílias cadastradas em incondicionalidade de saúde deste programa. As ações de pesagem e acompanhamentos dessas famílias acontece duas vezes no ano, com datas e horários específicos de atendimento, previamente divulgado à população. Essas ações iniciaram em abril de 2016 e acontecerão também no mês de maio. Cadastradas: 839 Acompanhadas: 105  $105 \times 100 / 839 = 12,5\%$

Primeira vigência encerra em junho

As equipes estão realizando visita domiciliar as famílias cadastradas

A unidade tem 527 famílias beneficiárias, a grande maioria é acompanhada, entretanto, os dados de acompanhamento ainda não foram digitados pela IMA.

Iniciamos nossa pesagem no último dia 06/05, manteremos as pesagens por todas as sextas-feiras de maio. Até o momento pesamos 80 beneficiários e ainda não iniciamos a digitação.

Pesagens realizadas no mês de Maio, não registrados os dados ainda.

Estamos fazendo visitas domiciliares a todas as famílias beneficiárias, há dificuldades pela falta de algumas vacinas não podemos aproveitar a oportunidade.

A pesagem ainda esta sendo realizada no serviço entre os meses de Maio e Junho. É feito convocação de todas as famílias através de visitas domiciliares, parcerias e divulgações estratégicas. São encaminhadas as planilhas para a IMA que faz a digitação.

Os dados da primeira vigência serão enviados no segundo RDQA

No momento temos 201 famílias cadastradas no programa e estas estão sendo acompanhadas pela unidade.

No período de vigência deste relatório foi realizada a coleta de dados e envio para digitação.

As ações já foram desenvolvidas, mas não houve digitação das planilhas da bolsa família.

Resposta em arquivo anexo

Nada a declarar

Mantida dificuldade de encontrar algumas famílias para acompanhamento

dados ainda não disponíveis

Realizado verificação das carteiras de vacinas, nas consultas de pediatria e campanhas; boa oferta de consultas de pré-natal e puericultura; convocação das famílias beneficiárias.

TODAS AS FAMÍLIAS FORAM VISITADAS, CONVOCADAS PARA AVALIAÇÃO E OS DADOS ESTÃO SENDO DIGITADOS. NO ENTANTO, MUITAS CRIANÇAS DA LISTAGEM NÃO MORAM NA ÁREA, E PARTE DAS QUE MORAM NÃO COMPARECERAM NA AVALIAÇÃO. TODA VIGÊNCIA ENCAMINHAMOS AS QUE NÃO RESIDEM NO TERRITÓRIO, MAS A LISTA NÃO É CORRIGIDA/ATUALIZADA.

Famílias: 314 Acompanhadas: 175 Parcialmente: 23 Não localizadas: 29 Não visitadas: 12 Sem informação: 75 Famílias não vem até o Cs mesmo convocando. Dificuldade: endereço não localizado, elas mudam e não atualizam cadastro.

O último relatório extraído foi em 06/05/2016, temos 79 famílias digitadas em acompanhamento das 264 cadastradas. O período conclui-se até



junho. Temos muitos problemas em localizar essas famílias.

Atividade em andamento. Dados apresentados no segundo RQDA.

Temos 229 famílias beneficiadas, mas ainda estamos em processo de pesagem que não foi digitada.

Uma das dificuldades são os endereços incorretos, dificultando a localização das famílias. Seria interessante se a atualização fosse mais ágil. Outra seria o envolvimento da própria família.

Os dados ainda não foram digitados. Ofertamos : pesagem; PN; Puericultura e vacina. Beneficiários convocados e houve divulgação pelos ACS.

Até o dia 30 de abril de 2016, aproximadamente 70% das famílias beneficiadas haviam sido acompanhadas. Das 192 famílias beneficiadas, 134 já haviam passado por avaliação e tiveram seus dados digitados no sistema. Isto é reflexo da continuidade do processo de trabalho implantado em 2015.

Equipes realizando o acompanhamento das famílias na primeira vigência

dificuldade de acompanhamento devido à mobilidade das famílias.

Não a digitação no período.

A pesagem no 1º semestre ocorrerá nos meses de abril e maio com avaliação em junho.

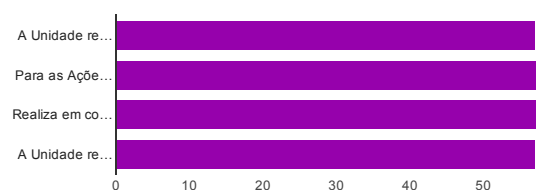
Tivemos atraso na digitação

## 5. Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada

### 5.1 Valor

0  
1  
0.81  
0.26  
0.12  
0.2  
8.3  
0.057  
0.01  
0.94  
210  
0.28  
0.9  
0.29  
0.07  
0.77  
0.24  
41  
0.75  
17  
0.69  
0.18  
0.73  
0.71  
0.78  
0.97  
0.165  
0.32  
0.90  
0.23  
0.51  
3  
0.09  
0  
0.1

### 5.2 Considerações e recomendações



Para as Ações Coletivas de Saúde Bucal em Instituições de ensino, a Unidade previamente realiza contato com a Instituição, apresenta o Projeto para Diretores, professores

A Unidade realiza fluxo de solicitaç

### 5.3 Considerações e recomendações

As atividades preventivas ficam prejudicadas pela falta do recurso de Técnico de Saúde Bucal. Estratégia para aumentar as coletivas no território seria capacitar um número maior de Agentes de Saúde para colaborar nos projetos educativos e preventivos e ampliar o número de visitas as escolas.

No campo 5.1 não é autorizado informar o número exato, assim o valor correto para o item 5.1 é 0,1012. Foram realizadas apenas 401 escovações no período, pela falta do insumo (escovas dentais).

Em reunião com equipe de saúde bucal decidiu-se realizar ações coletivas nas escolas uma vez ao ano.

Apesar da importância reconhecida das ações de prevenção, na prática, vemos estas ações acontecerem secundariamente, sempre que se apresentam problemas para a manutenção do atendimento na sala, seja quebra de equipamentos, férias ou licença de algum profissional. A unidade tem conseguido realizar um bom número de atividades de prevenção, pelo fato de termos na equipe uma ASB com limitação. Nestas ocasiões, frequentemente, a unidade fica privada de qualquer profissional de saúde bucal durante o período em que esta ação se realiza. A equipe é bastante pequena para a população que cobre. Conta com apenas uma ASB na ativa, grávida no momento, com 16 horas de uma ASB emprestada do Village e com 76 horas de dentista, sendo 20 horas de dentista com limitação. Outras dificuldades: - falta de transporte para tais ações. - Falta de computador disponível para tabulação dos dados. - falta de telefone disponível para estabelecer os contatos com as escolas. Neste quadrimestre, aproveitando o início ano e as férias da ASB, foram realizadas as seguintes ações para 841 estudantes: - Educação em saúde bucal abordando os temas POR QUE E COM QUAL FREQUENCIA E COMO DEVEMOS ESCOVAR OS DENTES. -Feita avaliação de risco e agendamento das crianças de maior risco para tratamento. -Programação e organização de palestra sobre MÁ OCLUSÃO para pais e alunos. Não foi realizada escovação supervisionada por falta de escovas suficientes.

Devido a férias escolares e férias da Odontóloga, realização de número irrisório de escovações supervisionadas. As que foram realizadas não foram anotadas, ou o foram como "orientação de escovação" - ação bastante frequente na unidade.

Temos trazido para pauta e discussão do quantitativo de escovações x FPO

Numerador: 1171 Denominador: 12060 Cálculo:  $1171/12 \times 100/12060 = 0,81$  Informações retiradas do registro interno da unidade, já que o ESUS não fornece relatório de escovação dental supervisionada. Desenvolvemos atividades educativas em escolas e no CS.

$10/12 \times 100/ 12.092$ . RESPOSTA NO EXCEL.

As ações de escovação nas escolas, são programadas semestralmente junto as escolas.

dados referentes a unidade e escolas da regioao.

Total escovações: 232 População total: 6840 Dentista usufruiu de 15 dias de férias em Janeiro e 30 dias de Licença Prêmio em Abril.

Foram realizadas poucas atividades nas escolas devido ao início do ano letivo, 87 pessoas participaram do procedimento o que dá 0,03%. Continuamos com dificuldade em relação ao transporte da equipe, o que inviabiliza muitas ações.

Neste período não foram realizadas ações coletivas de escovação dental. O dentista da unidade encontrava-se afastado, praticamente durante os 4 meses avaliados. Ao final do mês de abril recebemos um segundo profissional dentista, o qual realizou contato com as instituições de educação do território, com uma previsão de iniciar os trabalhos no segundo semestre de 2016.

Proposta é a realização de 2 ações por ano nas Emei's.

Numerador: 6083; Denominador: 20385; Foram realizadas ações de escovação supervisionada em 3 escolas até o momento. Todas as ações são planejadas anteriormente, assim como o pedido de materiais e o contato com as instituições. Participam das ações: dentistas, ASB, ACS

Este ano ainda não foram realizadas ações coletivas no território.

REALIZA P.CS. NAS ESCOLAS

Numerador = 514 , denominador = 18.010.

NÃO

$229 \text{ escovações} / 7246 / 12 \times 100 = 0,26$

Estamos em consonância com as unidades de ensino e realizamos atividades coletivas priorizadas no segundo semestre em acordo com as partes envolvidas.

Necessário implementação de livro de registro das escovações supervisionadas.

No momento, foram feitas 72 pacientes, para o mês de junho, intensificaremos as ações, procuramos fazê-las em alguns períodos do ano, para o segundo quadrimestre, já teremos avançado bastante.

grupo com orientações sobre escovação e higiene para todos pacientes que iniciam tratamento. Atividades educativa e triagem nas escolas. Realizadas 2361 escovações supervisionadas

Manter a estratégia de escovação

Atividade Programática anual da equipe de Saúde bucal

Nossas ações de escovação supervisionada se iniciam em maio de cada ano. Portanto, neste acumulado ainda não fizemos ações.

$0/12 \times 100/25722$ . A escovação supervisionada está programada para ser feita em junho/julho e no próximo semestre.

Pretendemos estruturar um projeto mais consolidado de intervenção em saúde bucal nas escolas.

Além de ações de escovação supervisionada nas escolas, promovemos ações de prevenção de agravos odontológicos através de palestras com a participação de 30 usuários mensalmente, onde além de compartilharmos informações importantes sobre prevenção e saúde mostramos as técnicas de escovação. Estas palestras são a porta de entrada para os usuários ao tratamento odontológico.

Foram realizadas 1565 escovações no período, número de escovações compatível com a carga horária dos profissionais que realizam essas ações.

Numerador : 250 escovações Denominador : 17985 Garantimos acolhimento à 100% da demanda espontânea em tempo integral de funcionamento da unidade; realizamos agendamento de consultas eletivas à população vulnerável ( HAS, DM, Gestantes, e usuários com critérios de riscos ).

As atividades preventivas iniciaram em março/2016

Numerador: 0; denominador 0. A Unidade não tem equipe de saúde bucal devido à falta de espaço físico. Nossos pacientes são atendidos no CS Parque Valença, Sugestão: construção da sede própria, iniciando-a com o dinheiro reservado para esta finalidade, através da verba parlamentar que já existe há 05 anos.

Atividade de escovação prevista para maio de 2016, com prioridade em crianças em período escolar, abrangendo todas as escolas da área de cobertura do CS Valença. Vale ressaltar que nas escolas há crianças de toda região do Campo grande, não abrangendo somente a nossa região.

No período de fevereiro a abril o Centro de Saúde ficou sem o profissional dentista devido licença saúde

Realizado planejamento das atividades de promoção e prevenção

Atualização do CNES atrasada, dados não foram inseridos corretamente no sistema dificultando análise.

Nosso profissional cirurgião dentista tirou férias em janeiro por 30 dias. Temos um cronograma de atividades coletivas, com prioridade para 2º e 3º quadrimestre, temos também parceria com a faculdade de odontologia da PUC (na Escola Rosina Frazatto).

Neste período não realizado as ações de Escovação Dental Supervisionada, início em Maio.

A Unidade não tem equipe de Saúde Bucal por falta de espaço físico, as urgências são encaminhadas ao CS Floresta que acolhe essa demanda.

Total de ações de escovação neste período foi de 1200. As atividades começaram em Fevereiro e se estenderão por todo o ano, deverão ser trabalhadas 4 creches e duas escolas do Floresta e uma creche e uma escola do Bairro Campina Grande.

As ações coletivas de escovação dental foram planejadas para serem desenvolvidas à partir do segundo semestre. O dado será lançado no segundo RDQA

Nesse quadrimestre as duas dentistas realizaram Ações de Escovação Supervisionada em duas escolas da área de abrangência da Unidade.

No período de vigência deste relatório e até o presente momento está sendo realizado o levantamento epidemiológico no território.

As ações de escovação foram realizadas na Creche Nave Mãe Jd. Marisa, Abrigo Cidade dos Meninos e Escola Estadual Francisco de Assis. Foram 630 crianças atendidas.

Resposta em arquivo anexo

Temos apenas 1 equipe de odonto sendo 1 CD e 1 ASB. Por LTS do dentista a odonto funcionou normal menos de 1 mes nesse 1 quadrimestre, sendo assim, nao foi priorizada ação coletiva nesse momento.

Unidade realiza as ações de saúde coletiva juntamente com a equipe de saúde na escola.

total de 790 escovações supervisionadas

Realizado PC II nas escolas da área de abrangência da UBS, duas vezes ao ano, alcançando todas as escolas e alunos de 7 a 16 anos.

**AS AÇÕES COLETIVAS ESTÃO PLANEJADAS PARA O SEGUNDO SEMESTRE**

Manter as atividades de prevenção e promoção.

Iniciamos as escovações no mês de março e abril. A equipe que participa é composta de auxiliar, técnico e odontologista.

As atividades nas instituições são planejadas para serem realizadas sempre no segundo semestre, por isso não temos dados para apresentar no momento.

A ação coletiva de escovação será realizada no mês de maio/2016

Existem algumas dificuldades, como espaço físico das escolas são inadequados, poucos profissionais, dificultando a ampliação das faixas etárias de ação.

Ações realizadas somente nas escolas (6º ano) e creches, com programação de escovação para o 2º semestre e proposta de ampliar a ação até o 9º ano.

No momento a unidade conta com uma única dentista que iniciou a seu trabalho em maio de 2015, conta com 12 h semanais de TSB e não conta com ASB, sendo necessário horas extras para esse tipo de profissionais. Ainda existe uma demanda reprimida por procedimentos grande. Estes fatores não permitem uma melhor abordagem às ações coletivas.

Temos 9 equipamentos no território e apenas 3 dentistas e 1 TSB que atua como ASB pela falta do mesmo. Programamos retorno das atividades na escola para o segundo semestre.

A unidade já atingiu a meta. Deve manter as ações

477 atendimentos, para o total de 46118.

A escovação coletiva (item 5.1) nas escolas acontecerá no 2º semestre.

As ações de escovação supervisionada nas escolas estão concentradas no segundo semestre.

## 6. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos

### 6.1 Valor

0

4

7

10.9

2

9

4.52

4.6

17.16

12.53

6.2

10.47

10.09

13.52

4.54

4.03

11.76  
 11.71  
 7.11  
 8.12  
 4.71  
 4.678692  
 7.75  
 796  
 2.98  
 7.9  
 4.9  
 14.8  
 8.16  
 26.09  
 4.02  
 1.72  
 22.20  
 3.5  
 16.7  
 6  
 5  
 14.9  
 10.77  
 23  
 19.2  
 14.4  
 24.16  
 7.22  
 18  
 24.1  
 12  
 1.53  
 6.3  
 2.65  
 5.87  
 6.91  
 5.41  
 8  
 16  
 7.66  
 8.01  
 6.69

## 6.2 Considerações e recomendações



1- A Unidade realiza classificação de risco para atendimento assistencial em Saúde Bucal	60	93.8%
2- Para a população considerada de alto risco em Saúde Bucal, a equipe intensifica ações individuais de educação e prevenção	56	87.5%
3- A Unidade classifica risco para priorizar o encaminhamento à endodontia	57	89.1%

## 6.3 Considerações e recomendações

Numerador: 58 /Denominador: 628 \*100=9,2. Diariamente são disponibilizadas vagas para atendimento as urgências e para atendimento de classificação de risco no início da manhã e da tarde porem todas as pessoas que procuram o serviço solicitando atendimento são acolhidas pela equipe de odonto e atendidas se for necessário as gestantes na primeira consulta de pré natal é encaminhada para equipe de odonto realizar agendamento, da primeira consulta que acontece com intervalo máximo de duas semanas. Os diabéticos e hipertensos são encaminhados pelo médico ou enfermeiro durante consulta de hiperdia.

No campo 6.1 não é autorizado informar o valor exato. Assim, o valor correto para o item 6.1 é 3,65%.

Uma dentista possui restrição médica, e não pode realizar exodontia, e também é a quantidade de consultas é diminuída, o que impacta diretamente na

assistência prestada à população.

A avaliação de risco não é feita para todos os grupos e mesmo que fosse, não garantiria que os de maior risco fossem atendidos primeiro, pois temos diversas portas de acesso: urgência, grupos, avaliação, agendamentos, escolares, etc. Desta forma, quem procura em mais portas tem maior chance de ser atendido antes. Este indicador não é fidedigno da qualidade da saúde bucal de uma unidade: Não há fidelidade de procedimentos executados e registrados pela falta de códigos para todos os procedimentos que são realizados. Por exemplo, quando se realiza uma cirurgia de cisto ou odontoma, por não haver código, para não se perder a produção, anota-se, por exemplo, uma extração, falseando os resultados. Outra questão é a falta de vagas para especialidades, obrigando o profissional a optar pela extração que seria evitada caso houvesse vagas suficientes. Há também que se considerar as extrações que tem indicação precisa, por exemplo, sisos. Em relação à ENDODONTIA, não priorizamos vagas, exceto no caso extremo, como por exemplo, de um incisivo central de uma criança. A demanda reprimida para este atendimento é muito grande, chegando a um ano. O único critério que seguimos é de que o paciente tem que estar com adequação de meio bucal e coroa passível de restauração.

Nossa capacidade de atuar em prevenção e promoção em saúde bucal encontra-se sobrepujada pela demanda de consultas assistenciais, o que é agravado pelo baixo número de profissionais (1 cirurgião dentista e 1 ASB) para 3 ESF, assim como por sua iminente aposentadoria sem previsão de reposição da vaga.

A produção total de abril ainda total. Possíveis erros na produção de exodontia e de restaurações

Numerador: 84 Denominador: 1500 Cálculo:  $94 \times 100 / 1500 = 6,2$  As informações foram retiradas do ESUS. São realizadas atividades educativas na unidade, visando a promoção e prevenção à saúde bucal. Garantimos acolhimento de 100% das urgências odontológicas durante todo o período de funcionamento da unidade. Possuímos fluxo estabelecido para atendimento e acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos, considerando sua vulnerabilidade e grau de risco.

$26 + 7 + 210 / 1171 + 730 + 418 \times 100 = 243 / 2319 \times 100 = 10,47\%$  RESPOSTA COMPLETA NO EXCEL.

Com o trabalho de escovação nas escolas, acreditamos que as ações de prevenção e promoção ajudaram a modificar este índice.

realizado multirão mensal de avaliação de endodontia devido a pouca oferta de vagas, para segmento desses procedimentos

Total de exodontia 33 Total de procedimentos 726 Feito acolhimento das urgências odontológicas durante todo o período de funcionamento da Unidade. Prioridade de agendamento para gestantes, crianças de alto risco e diabéticos. OBS: Férias da dentista 15 dias em Janeiro e Licença Prêmio 30 dias em Abril.

$38 \times 100 / 942 = 4,03\%$ . Garantimos o acesso à população de maior risco e vulnerabilidade; o acolhimento de 100% das urgências odontológicas durante todo o período que temos dentista; o acolhimento humanizado (a 100%) da demanda espontânea em tempo integral de funcionamento da Unidade; espaço reservado nas agendas para consultas eletivas à população vulnerável Hipertensão Arterial Sistêmica HAS/ Diabetes Mellitus DM e gestantes.

Pretendemos ampliar as ações de promoção e prevenção, bem como os atendimentos de urgência. Também serão ofertadas vagas específicas na agenda para pacientes crônicos, gestantes e crianças. Os atendimentos são individualizados e as ações de educação, prevenção e encaminhamentos são priorizados de acordo com o risco.

A exodontia é um procedimento que muito realizado na unidade devido ao grande de população idosa, com comprometimento da saúde bucal e a população flutuante de outros municípios e ou Estados com déficit na oferta de recurso em saúde bucal.

numerador: 4300 denominador: 604. Há palestras mensais para os pacientes que irão ingressar no tratamento; gestantes e crianças tem prioridade no agendamento; há prioridade também para outros casos, de acordo com a avaliação da equipe. Todos os dias são disponibilizadas vagas de acolhimento nos períodos manhã e tarde.

melhorar as ações de prevenção para diminuir o número de exodontias.

HÁ CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Numerador = 83, denominador = 1774.

A PRÓPRIA ODONTÓLOGA

$30 / 387 = 7,75$ . Dados até março digitados no eSUS. No momento estamos sem o serviço de Endodontia no DSL

A saúde bucal está totalmente inserida nas discussões de risco e vulnerabilidade da unidade de saúde como um todo. Temos acesso fácil e garantido para crianças menores de 2 anos, gestantes, hipertensos e diabéticos com agenda aberta para esses casos. participa das reuniões gerais e de equipe e da discussão dos PTSs.

Qualificar a classificação de risco.

A equipe já atingiu a meta, tem uma quantidade de exodontias baixa, em relação aos procedimentos, foram 24 exodontias e 804 procedimentos. O atendimento em saúde bucal no Centro de Saúde bucal tem sido bastante improvisado devido a reforma da unidade estamos num local cedido pela igreja São Pedro Apóstolo, que fica fora do território. O atendimento realizado hoje tem sido o possível dentro da realidade atual da unidade.

total procedimento 857 exodontia 68. Acolhimento durante todo período de funcionamento da unidade. Avaliação acamados. Avaliação HAS, DM

Manter as ações de prevenção e agenda aberta para atendimento

Devido a demanda reprimida são realizados grupos para triagem e classificação de risco. Pacientes são reavaliados anualmente após conclusão e tratamento.

$122 / 1494$  Garantimos acolhimento de 100% das urgências e garantimos acolhimento humanizado

$166 / 1514 \times 100$

Foram 18 exodontias para o total de 69 procedimentos. Os números de procedimentos estão subestimados, haja visto que parte importante dos registros se perdeu por erros na sua inserção no sistema pelos profissionais assistentes. Tais profissionais foram orientados e estão realizando o registro da forma correta.

Nosso serviço possui um cirurgião dentista com 36 horas semanais para atendimentos preventivos e assistenciais à todos nossos usuários. Nossa população estimada está em torno de 23.000 habitantes. Apesar de uma menor vulnerabilidade de nossos usuários, cada vez mais estamos sendo procurados por pacientes que passaram a utilizar o Sistema Único de Saúde. O que gera uma demanda muito grande de atendimentos para o setor odontológico. Ofertamos quatro vagas de urgência/ emergência diariamente e uma média de seis vagas de consultas agendadas. Priorizamos o atendimento às gestantes e pacientes de risco. Mas percebemos a necessidade de mais horas de odontologia pela grande procura pelas vagas de atendimento agendado quanto de urgência. Lembrando também que nosso território abriga uma grande população de idosos os quais muitos são portadores de doenças crônicas necessitando maiores cuidados.

Manter as ações, com garantia de atendimento de urgência e ações programáticas de acordo com os riscos e vulnerabilidades de toda população.

Numerador : 545 Denominador : 121 Garantimos acolhimento à 100% da demanda espontânea em tempo integral de funcionamento da unidade; realizamos agendamento de consultas eletivas à população vulnerável ( HAS, DM, Gestantes, e usuários com critérios de riscos ).

3 Para maior oferta a população, necessário aumento de horas de dentista e ASB

Numerador: 0; denominador 0. A Unidade não tem equipe de saúde bucal devido à falta de espaço físico. Nossos pacientes são atendidos no CS Parque Valença. Sugestão: construção da sede própria iniciando-a com o dinheiro reservado para esta finalidade, através da verba parlamentar que já existe há 05 anos.

Informação: fonte Esus 263 :  $1571 \times 100 = 16,7$

No período de fevereiro a abril o Centro de Saúde ficou sem o profissional dentista devido licença saúde

Realizamos classificação de risco, intensificamos ações individuais.

A equipe atende uma população de altíssima vulnerabilidade social. Atividades em escola e construção de PTS.

Nesse período, tivemos a quebra de equipamentos no consultório de odonto(cadeira e equipo), por 15 dias, e férias do cirurgião dentista e sua ACD.

Necessário aplicar RH Dentista, ASB E TSB

A Unidade não tem equipe de Saúde Bucal por falta de espaço físico, as urgências são encaminhadas ao CS Floresta que acolhe essa demanda.

A equipe esta composta por dois dentistas, um ACD e um THD que atendem o CS. Floresta e o CS. Campina Grande, os riscos são priorizados, porém a demanda é grande. O horário das 07:00 e das 13:00 é destinado para as urgências, os casos que chegam no decorrer do período são avaliados entre os paciente agendados.

Numerador:63 Denominador: 437 Estaremos fortalecendo as ações de atividades coletivas no território, visando sanar a necessidade da população.

Número de extrações dentárias em determinado local e período =  $101 \times 100 / \text{número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período} = 418 = 24.16\%$ .

Numerador: 124, Denominador: 1718. É garantido o acolhimento de 100% das urgências odontológicas e organizados grupos de atendimento e avaliação como estratégia de reduzir a demanda reprimida. Nenhum usuário com queixa é dispensado sem avaliação e são priorizados os atendimentos às crianças, portadores de DCNT e gestantes.

90/495 Enfrentamos ainda dificuldade para esterilização de materiais, que ainda é realizada em outro serviço, dificultando os agendamentos de pacientes, que ficam condicionados a logística de esterilização de materiais.

Resposta em arquivo anexo

Conseguimos manter sem fila da endodontia com vigilância constante dos encaminhamentos e otimização das vagas.

Acolhimento humanizado e atendimento das urgências em período integral de funcionamento da unidade.

produção total 1287. Exodontia 81

Manutenção das ações educativas; Acesso facilitado à população de maior risco ( crianças, gestantes, adolescentes, diabéticos, alcoolistas ); acolhimento de 100% das urgências, durante quase todo o período de funcionamento da UBS.

$5/263 \times 100 = 1,90$ . HOUVE DIMINUIÇÃO EXPRESSIVA DA PRODUTIVIDADE DEVIDO LTS DE UMA DENTISTA E A PERMANÊNCIA DE APENAS 1 ASB, LEVANDO À NECESSIDADE DE AUMENTO DO TEMPO DE ATENDIMENTO. PACTUAMOS NO PLANEJAMENTO ANUAL A PRIORIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO PARA GESTANTES, CRIANÇAS, HIPERTENSOS E DIABÉTICOS. OS DENTISTAS TÊM UMA PLANILHA ONDE ESTÃO RELACIONADOS OS PACIENTES ENCAMINHADOS PARA A ENDODONTIA, FACILITANDO A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E O CONTROLE.

Manter a divulgação dos cuidadores de saúde bucal nos grupo HAS/DM para melhorar acesso ao tratamento odontológico da população idosa. Manter acolhimento urgências odontológicas manter ações de prevenção com crianças/adolescentes.

Foram 63 exodontias num total de 1720 proced. Temos acolhimento durante todo o horário de abertura do serviço com vagas de urgência distribuídas ao longo de manhã tarde e noite. Grupos prioritários tem acesso livre como gestantes, crianças de risco e diabéticos

Numerador: 212 Denominador:1944 Realizamos ações de promoção e prevenção à Saúde Bucal com acesso à população de maior risco e vulnerabilidade. Acolhimento durante todo o período de funcionamento da unidade Temos agendamento de consultas à população vulnerável (Hipertensão Arterial Sistêmica HAS/ Diabetes Mellitus DM)

Numerador:18 ;Denominador:273; Total:6,6 Em nossa Unidade é garantida atendimento e acolhimento por 56 horas semanais de dentistas com avaliação de risco e atendimento de urgência.

No momento estamos com a oferta mais reduzida, devido ao problema do espaço físico, como também o número insuficiente de profissionais para a demanda.

61/1126. Porta aberta para o atendimento das urgências e para a população vulnerável. Houve diminuição da oferta de Endodontia e Periodontia.

Mesmo havendo somente uma dentista que iniciou seu trabalho há um ano, estamos dentro da meta. Pretendemos manter este quadro reforçando as ações preventivas.

Garantimos atendimento de urgência que hoje consomem mais de 60% das agendas para as 5 equipes.

manter

84 procedimentos, para um total de 1097.

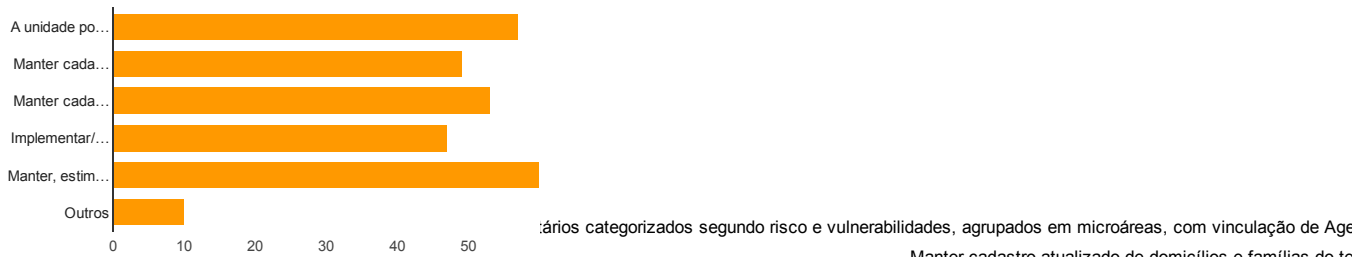
Uma das dentistas não realiza exodontia temporariamente devido a restrição do serviço médico. Nossa auto-clave quebrada também limita procedimentos.

Estamos trabalhando para ampliar a cobertura do atendimento odontológico a nossa população.

## **Objetivo 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada**

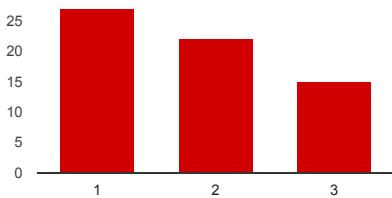
### **Meta Municipal 1.a – Proporção de unidades básicas com ações de territorialização, promoção da saúde e intersetorialidade.**

#### **Meta Municipal 1.a.1 – Valor**



Prontuários categorizados segundo risco e vulnerabilidades, agrupados em microáreas, com vinculação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Saúde Coletiva (ASC).  
 Manter cadastro atualizado de domicílios e famílias do território: equipamentos governamentais, não governamentais, ONGs, Pastorais, Escolas e outras instituições, por meio de visitas domiciliares.  
 Implementar/ manter Núcleo de Saúde Coletiva nas Unidades de Saúde, com planejamento e execução de ações de promoção, prevenção e controle de doenças.  
 Manter, estimular e qualificar as ações de combate ao sedentarismo e práticas integrativas de medicina tradicional na Atenção Básica.

**Meta Municipal 1.a.2 Considerações e recomendações**



sim, funcionando sistematicamente e de forma articulada com as ações de vigilância e planejamento: 1 **27** 42.2%  
 2 **22** 34.4%  
 não existe : 3 **15** 23.4%

**Meta Municipal 1.a.2 Considerações e recomendações**

Estaremos aprimorando as ações do Núcleo de Saúde Coletiva da unidade, implementando ações de combate ao sedentarismo e práticas integrativas. Objetivo 1.2 Meta 1a 55% da população adscrita possui cadastro na Unidade, sendo os prontuários familiares. No entanto, nos últimos anos, os sistemas de informação foram alterados por três vezes, sendo substituídos de SIGA para SIAB e de SIAB para E-SUS, o que dificulta um cadastro atualizado da população, já que um sistema não é capaz de transferir as informações para outro. As reuniões do Núcleo de Saúde Coletiva são quinzenais. As reuniões de NSC ocorrem quinzenalmente com representantes de todas as categorias profissionais e são planejadas ações conforme os dados epidemiológicos.

NSC está desarticulado desde que começaram as ações de dengue. Precisamos retomar as reuniões regulares.

Nosso cadastro territorial e familiar encontra-se em processo, com estimativa de cerca de 50% de famílias/domicílios cadastrados. Isso tem sido dificultado pela constante mudança nas plataformas de cadastro, o que ocasionou a necessidade de recadastro de parte da população algumas vezes. Com relação ao NSC, o atual grupo está em processo de organização de definição de prioridades, visando a atuação mais contundente nos meses que se seguirão.

Temos garantido um espaço para discussões de temas de saúde coletiva que são horizontais às equipes com reuniões a cada 15 dias

Possuímos mapeamento da área de abrangência do CS, em processo de organização conforme vulnerabilidade. Todos os equipamentos sociais do território são de conhecimento dos ACSs. Nosso núcleo de saúde coletiva está ativo, com periodicidade quinzenal. Desenvolvemos ações de vigilância em saúde com o projeto Gestão da Clínica e ICSAP.

RESPOSTA NO EXCEL.

Núcleo de Saúde Coletiva em implantação, membros definidos e reunião agendada.

esta sendo feita uma revisão dos participantes no núcleo de saúde coletiva em decorrência da saída e entrada de outros profissionais na unidade.

A Unidade possui Núcleo de Saúde Coletivo ativo com encontros quinzenais para discussão/avaliação e planejamento de ações dos casos dos pacientes egressos hospitalares, óbitos por DCNT e questões relativas à Vigilância (Casos de TB, arboviroses, surtos de doenças de notificação compulsória, etc)

Concluímos recentemente territorialização, atualização do mapa do território, com os setores censitários categorizados segundo risco e vulnerabilidades, agrupados em microáreas, com vinculação de Agentes comunitários de Saúde/ ESF. Assim como cadastro atualizado de domicílios e famílias do território, com identificação de riscos e vulnerabilidades, já tínhamos os cadastros domiciliares, porém estamos refazendo o mesmo pelo eSUS. Temos Núcleo de Saúde Coletiva na unidade funcionando sistematicamente e de forma articulada com as ações de vigilância e planejamento. A unidade tem representatividade no fórum de Intersetorialidade da região, atuando ativamente na pactuação de ações quando necessário.

Temos enfrentado dificuldades em manter um cadastro atualizado dos domicílios e famílias com identificação de risco e vulnerabilidade. O núcleo de saúde coletiva encontra-se desarticulado, com dificuldades em reunir-se.

A unidade possui atualmente 7518 prontuários familiar em 5 equipes. Considerando que cada família tem aproximadamente 3 membros, temos um total de 22554 pessoas cadastradas no Sistema Siga. A unidade está realizando atualização destes cadastros domiciliares e individuais no eSUS.

Em 2015 reavaliamos e atualizamos o mapeamento de todo o território. Os novos ACSs que chegaram foram inseridos nas microáreas. Atualmente, estamos fazendo a atualização dos cadastros domiciliares, porém essa atividade foi diminuída nesse quadrimestre pela necessidade de intensa atuação dos ACSs no combate das arboviroses. Temos 8.706 imóveis no território e foram cadastrados 259. O NSC também foi reestruturado em 2016 e agora conta com reuniões semanais, com participantes de todas as equipes (4 equipes no total)

Aumentar o cadastro dos pacientes no território de cada equipe. Manter as reuniões de NSC quinzenais.

COM NSC

Possuímos mapa do território atualizado com os setores censitários categorizados segundo risco e vulnerabilidades, agrupados em microáreas, com vinculação de Agentes comunitários de Saúde/ESF.

#### NUCLEO EM REATICAÇÃO

Reuniões do NSC 1 x mes. Participação no Forum do NSC do DSL

Área territorial de cerca de 35 Km<sup>2</sup>, sem circulação de ônibus no interior da região, baixa oferta de horário. Recente recomposição da equipe de ACS melhorando a capacidade de trabalho, sistematizando atividades, com foco no cadastramento. Vinculo forte com a comunidade, equipe tem um bom conhecimento do território, relação próxima com os equipamentos sociais. CLS muito parceiro e atuante. Mantemos os mesmos e sérios problemas com relação ao espaço físico, inadequado e insuficiente para incrementarmos uma série de ações que desejamos, como por exemplo: atividades de grupo, rodas de conversa com a população, etc.. Carecemos de formação e capacitação continua para atividades voltadas à Alimentação Saudável, atividades físicas etc. Nosso serviço/equipe sente muito a falta de um NASF e de espaços sociais como praças, lugar de caminhada (por incrível que pareça) e ou equipamentos sociais que disponham de espaço agenda para essas atividades. O recurso que mais precisamos é de um CARRO fixo para o serviço. Certamente seria um recurso que permitiria um salto na autonomia e qualidade do nosso serviço. (lembro que o CS Carlos Gomes dispõe de um carro, para um mesmo fim).

É necessário implementar e qualificar as ações de vigilância na unidade de saúde. Garantir bloqueios nas agendas dos profissionais para reuniões periódicas.

A unidade está com o Núcleo de Saúde Coletiva atuando e se reunindo quinzenalmente, atualmente trabalhando a classificação de risco dos crônicos. A equipe tem procurado ampliar sua compreensão do território, com cada equipe entendendo o perfil de sua população e investindo em ações que tragam promoção de saúde para esses diversos perfis populacionais (grupo de pais, de puericultura, caminhada, Lian Gong, Pense Magro, etc...)

dificuldade cadastro ESUS, mapas em construção

Implementar o Núcleo de Sd Coletiva, com reuniões regulares e análise de dados da unidade.

Esta inativo desde 2013, com discussão de reativação para segundo semestre de 2016.

Possuímos cadastro de cerca de 90% dos domicílios e famílias do território. Mantemos mapa do território com setor censitário, agrupados em microáreas, porém sem determinação de risco

Fortalecer o NSC garantindo agenda e estimulando a participação dos profissionais.

A unidade realiza planejamento e avaliação das ações da Vigilância em Saúde por meio de outros dispositivos que não o NSC.

As Reuniões de Núcleo de Saúde Coletiva acontecem semanalmente na unidade. A partir desses encontros são desencadeadas ações tais como Dia da Qualidade de Vida, Cuidando do Cuidador, Dia de Combate ao Tabagismo, Ações de Combate às arboviroses, Dia do Homem, Cadastro e acompanhamento de saúde aos recicladores e acumuladores do território.

Início das discussões com a equipe para implantação do Núcleo de Saúde Coletiva com a proposta de trabalhar com os indicadores, a partir do cadastramento da população de hipertensos e diabéticos.

Mantemos mapeamento da área de abrangência, temos mapas dos setores censitários, mantemos cadastros atualizados de domicílios e famílias do território, mantemos cadastros de equipamentos, governamentais e não governamentais, no entanto os equipamentos não são suficientes. Realizamos reuniões quinzenais do Núcleo de saúde coletiva. Temos nova proposta de mudança do processo de trabalho com capacitação dos ACS para Cadastro. Apesar de já estar toda a área cadastrada, os ACSs estão iniciando recadastramento da área para atualização.

Temos cadastrado por volta de 274 famílias, num percentual de 15,81% das famílias residentes da nossa área de cobertura, total de moradias 1733.

Não possuímos mapeamento institucional da área de cobertura, porém mantemos o mapeamento de forma artesanal. Os cadastro não estão digitados na integra. Fizemos um estudo mais detalhado do território, e planejamos ampliação de mais 2 equipes com divisão de territórios, ficando com uma população em torno de 5 mil pessoas por equipe, totalizando 6 equipes. Também estamos priorizando o cadastro para fins de atualizar nossa população. Também atendemos um bairro Colinas das Nascentes que pertence a área de cobertura do CS Lisa e do Clube Santa Clara que pertence ao Município de Monte Mor. Desenvolvemos ações de grupos terapêuticos e educativos, grupos de caminhadas, liang gong, artesanato e atendimento individual com consultas médicas e de enfermagem., ações de promoção e prevenção. O núcleo de saúde coletiva não está sistematizado, porém os casos são discutidos nas equipes de referência.

a equipe se utiliza de dados para desenvolver planejamento e priorização das ações, mas não possui Núcleo de Saúde Coletiva

Há reuniões mensais de NSC

O núcleo de Saúde Coletiva está em reorganização com a equipe matricial, pactuado no momento da Avaliação de Desempenho.

A unidade tem território definido, setores censitários, áreas de maior vulnerabilidade e risco, microáreas definidas em 6, cada uma com ACS vinculados. Realizamos cadastro de famílias e domicílios, ainda não na velocidade que gostaríamos, porém, no último ano de 2015, ao realizarmos a aplicação de um inquérito avaliando a exposição de moradores residentes no território do Satélite Íris I, devido o histórico do bairro ter sido um "grande lixão", conseguimos trabalhar toda a área de abrangência. Esse material trabalhado no inquérito, complementa os cadastros, hoje esbarramos na digitação, devido algumas dificuldades com máquinas e demanda do serviço. Algumas vezes precisamos remanejar as ACS para atividades de recepção e especialidade, assim também como para realização de grupos. As metas para cadastramento são priorizar os mais vulneráveis, crônicos, gestantes, idosos, cças, ligados a programas sociais, e moradores de áreas de risco em nosso território, e para cada ACS combinamos 40 cadastros mensais/mês. Nosso serviço, realiza as discussões de vigilância em reunião de equipe de referência.

Devido ao deficit de RH significativo não conseguimos implantar as ações citadas acima.

Falta máquina para digitação de cadastro no E-SUS, há priorização para os casos de risco e vulnerabilidades. Há reuniões de equipe com pautas específicas do Núcleo de Saúde Coletiva.

Existe um núcleo de vigilância formado pelos enfermeiros, três auxiliares e os ACS, ainda de forma incipiente, sem encontros regulares e com pendências. Os ACS iniciaram este ano o recadastramento das famílias para o sistema eSUS após capacitação do CADWEB, estabelecemos metas semanais para realização destes cadastros.

Os Agentes de Saúde estão iniciando o recadastramento dos usuários do território. Por meio do mapa do território que foi confeccionado é possível o levantamento dos equipamentos sociais disponíveis. No momento são realizadas as atividades de Lian Gong e Grupo de Caminhada e as orientações sobre Alimentação Saudável são fornecidas no Grupo Hiperdia. Estamos retomando o Núcleo de Saúde Coletiva.

Há na unidade mapa do território atualizado com os setores censitários agrupados em micro área porém não estão categorizados segundo risco e vulnerabilidades.

a) A unidade possui mapeamento manual do território atualizado categorizado por riscos e vulnerabilidades por microáreas com vinculação de agente comunitário de saúde. Os cadastros dos domicílios e das famílias estão atualizados, porém estão sendo inseridos no sistema. Os agentes comunitários de saúde possuem uma agenda com programação para a realização dos cadastros.



A unidade possui mapa do território atualizado, com os ACS vinculados às suas microáreas. Quanto ao cadastramento dos domicílios, iniciou-se recentemente o recadastramento dos domicílios e suas famílias, portanto temos uma porcentagem baixa.

Resposta em arquivo anexo

Estamos recadastrando o nosso território. Até o momento foram feitos 0,8% de cadastros domiciliares. Entretanto, temos cadastro com prontuário aberto de mais de 1000 famílias.

Núcleo de Saúde Coletiva com reunião mensal.

NSC incipiente, sendo reorganizado.

Existe mapa do território atualizado; está em processo de cadastramento de domicílios e família, utilizando Escala de Coelho para classificação de risco.

HÁ VÁRIOS ANOS TEMOS TENTADO IMPLEMENTAR O NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA. JÁ INICIAMOS POR TRÊS VEZES, PORÉM SEM SUCESSO. NESTE ANO OPTAMOS POR INICIAR O NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE, SENDO QUE ESTE FOI UM PEDIDO DA EQUIPE NO PLANEJAMENTO ANUAL. ESTE TEM FEITO ALGUMAS DISCUSSÕES QUE CONTEMPLAM O QUE SERIA FUNÇÃO DO NSC. AINDA EXISTE A PROPOSTA DE CONSTRUÇÃO DO NSC, PORÉM, APENAS NO SEGUNDO SEMESTRE.

Nossa área esta sendo modificada. Estamos acolhendo as novas famílias e realizando territorialização. O mapeamento está sendo reformulado.

Núcleo de saúde coletiva acontecendo na unidade semanalmente.

Existe mapeamento do território, de acordo com os riscos. Dificuldade na realização do cadastro domiciliar devido às intercorrências/ priorização (ex. epidemia dengue, número inadequado de computadores para a digitação do cadastro) Atividades do Núcleo de Saúde Coletiva estão acontecendo de acordo com as necessidades emergenciais (Ex. Dengue, H1N1, etc)

Os agentes realizam os cadastros domiciliares e familiares e os mantém atualizados. Temos meta de 5 cadastros a serem realizados por semana e por agentes. Os mesmos bem como a coordenação da Unidade realizaram capacitação no mês de abril sobre o cadastro nos sistemas CADWEB, E-SUS e SIGA.

Não existe Núcleo de Saúde Coletiva, mas as demandas de vigilância são discutidas com as equipes, e planejada as ações

ACS estão cadastrando e com pactuação de 24 cadastros por mês/ACS. Construção de mapa atualizado e georeferenciado. Retomada do NSC.

O núcleo de saúde coletiva esta funcionando com reuniões periódicas e realizando e implementando ações de vigilância.

Mapa atualizado com pequenas adequações de setores censitários sendo realizadas. ACS vinculados as microáreas, mas com dificuldades de territorialização e vínculo devido ao dimensionamento das equipes, bem como pela falta de computadores na unidade. NSC semanal.

o núcleo está ativo e subsidiando as ações das equipes

Funciona conforme descrito.

As ações de núcleo de saúde coletiva são realizadas, porém o núcleo não está sistematizado. Mantemos os núcleos de saúde da mulher e da criança.

Estamos trabalhando para implantar o Núcleo de Saúde Coletiva com ações atreladas inicialmente ao acompanhamento das ICSAP

## DIRETRIZ 2

### Objetivo 2.1- Implementação da Rede de Atenção a Urgência e emergência

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

### 12.1 Valor

0  
1  
2  
3  
4  
01  
02  
14  
9  
04  
03  
18  
5  
12

### 12.2 Considerações e recomendações

A unidade atendeu dois casos de violência e ambos foram notificados. A psicóloga da unidade possui capacitação para atendimento de casos de violência. Realizaremos a multiplicação dessa capacitação para que um maior número de profissionais possa realizar atendimento e a notificação de casos de violência.

Na Unidade três enfermeiros e um pediatra possuem capacitação e senha para acesso ao sistema SISNOV.

Foi atendido e notificado um caso. Para qualificar e agilizar as notificações, seria de grande valia a informatização em todos os consultórios, e ampliação de treinamento para a equipe.

Não temos registro dos casos de violência atendidos no serviço. A notificação no SISNOV não é garantida todas as vezes que são atendidos casos de violência, principalmente quando se trata de adultos. Os usuários vítimas de violência são acolhidos e cuidados segundo suas necessidades.

Total de atendimentos de vítimas de violência foi 4, com 3 notificações. O caso não notificado ainda está em avaliação – dificuldade de obtenção de dados necessários para a notificação. Há percepção, por parte da equipe, de que não tem havido um seguimento próximo ideal dos casos (fluxos de cuidado e atendimento), especialmente dos casos notificados e atendidos em outros serviços (e residentes em nosso território). Está previsto que se discuta este ponto com a equipe para que se evite deixar os pacientes à deriva.

A UBS começa a fazer as suas primeiras notificações

Realizamos atendimento a uma paciente e uma família, entretanto não realizamos notificação pois as funcionárias capacitadas não estão em atividade no CS. Prestamos atendimento durante todo o período de funcionamento da UBS, além de realizarmos ações intersetoriais com conselho tutelar, saúde mental e escolas.

NOTIFICAMOS TODOS OS CASOS DE VIOLÊNCIA QUE TOMAMOS CONHECIMENTO. RESPOSTA COMPLETA NO EXCEL.

Não houve notificação no período.

Em relação ao fluxo foi, acionada a guarda municipal para abertura de B.O, orientação a família, e realizada avaliação com pediatra

Equipe orientada a realizar acolhimento, identificação e notificação dos casos.

Foram capacitadas três pessoas da equipe para a realização das notificações. Tivemos 02 registros no quadrimestre. Para o próximo quadrimestre, promover capacitação da equipe para o atendimento de vítimas de violência e fluxos municipais de acolhimento às vítimas de violência.

Capacitar as equipes para acolher e assistir os casos de violência. Capacitar outros profissionais estratégicos para realizar as notificações (digitação) SISNOV, atualmente apenas 01 profissional está capacitado.

Não houve notificação neste período. Sensibilizar a equipe para realização de notificação em qualquer espaço.

Não temos profissional com acesso ao SISNOV. Os casos suspeitos de violência (negligência, abuso), são acompanhados pela equipe em parceria com o Serviço Social e, em alguns casos, Conselho Tutelar.

Continuar notificando e elaborando projetos terapêuticos para esses pacientes e suas famílias.

O CASOS FOI NOTIFICADO E ATENDIDO POR PROFISSIONAL QUALIFICADO

Na unidade a profissional capacitada é a assistente social

SEM NOTIFICAÇÕES

Não tivemos casos

Nossa população caracteriza se por ser rural com dificuldade de discutir essas questões da violência cotidiana. Não procuram o serviço para expor ou contar que foram vítimas. Nos casos em que isso ocorre realizamos notificação e acolhimento da pessoa.

Não notificamos os casos em nosso serviço, porém garantimos os atendimentos equânimes, integrais e sigilosos dos casos manejados.

Devido a unidade estar dividida em em reforma, sem computadores nos locais onde estão as equipes de saúde da família, os casos de violência estão sendo trabalhados, porém não notificados no SISNOV, temos a previsão de em julho retornar à unidade reformada, com acesso de todas as equipes a computadores e ao SISNOV, pretendemos capacitar novamente a equipe e sensibilizar quanto a importância das notificações e então, pretendemos notificar todos nossos casos de violência.

aprimorando monitoramento casos de violencia, conselho tutelar. Multiplicação da capacitação para equipe

Manter a notificação e acompanhamento dos casos

Realizadas discussões acerca da implantação da notificação com os profissionais que participaram de capacitação. Os casos notificados em outros serviços são acompanhados.

Não foram realizadas notificações no período abordado. Poucas pessoas na Unidade com capacitação para notificação. Pessoas capacitadas reclamam da dificuldade no preenchimento da notificação.

Sensibilizar, capacitar e cobrar os profissionais para notificação e vigilância dos casos

Informar o número de atendimentos a vítimas de violência: 1. Informar o número de notificações no período: 1.

Notificamos e acompanhamos todos casos notificados de violência na unidade. Fazemos discussões destes casos em reuniões de equipe.

A equipe realiza todas as ações para o cuidado e encaminhamentos necessários para cada caso, realizando o devido registro em prontuários e demais documentos da unidade, mas não insere no SISNOV. Meta: buscar capacitação para equipe alimentar o SISNOV.

Temos 3 casos de vítimas de violência, sendo que os 100% foram notificados. Acolhemos, assistimos e notificamos 100% dos casos, de violência atendidos no SISNOV. Temos profissionais médico e Enfermeiro capacitado, sendo que os mesmos são multiplicadores dentro das ESF.

A equipe já foi capacitada para realizar as notificações, porém os casos que chegam a unidade são raros, porém são notificados. Necessidade de sensibilizar a equipe

Acolhemos e damos toda a assistência necessária às pessoas em risco ou submetidas a algum tipo de violência mais não fizemos a notificação no SISNOV. Não tivemos pessoas que procuraram a Unidade com queixa de violência doméstica declarada.

Os casos de violência são acolhidos, discutidos nas equipes de referência, acompanhados, dando encaminhamentos necessários, porém ainda não registramos as notificações no Sisnov. No mês de fevereiro tivemos 2 funcionários em capacitação para realização de notificações. Geralmente os casos são notificados no PA Campo grande, onde é dado o primeiro atendimento aos pacientes da nossa área.

A unidade acolhe, assiste e encaminha quando necessário os casos de violência. Porém não faz notificação no SISNOV

Foi acolhido, assistido e notificado um caso de vítima de violência.

Tivemos dois casos de violência contra idoso que foram discutidos nas equipes de referência para construção do PTS, realizado notificação dos mesmos.

Nesse período não realizamos nenhuma notificação. Continuaremos acolhendo nossos usuários e sensibilizando trabalhadores para essa notificação, pois, ainda existe o receio por parte dos mesmos em notificar.

Necessário maior sensibilização da equipe em relação ao tema.

3 casos novos à vítimas infantis, 3 notificações no SISNOV, foi solicitado ao apoio capacitação de outros profissionais.

Todos os usuários notificados são acompanhados pela unidade, ainda temos falhas no sistema de notificação, estamos trabalhando o fluxo interno e sensibilizando a equipe quanto à importância deste indicador.

a)3 b)1 c)Buscar capacitação para profissionais e multiplicação na unidade, visando melhorias no preenchimento do formulário e compreensão da importância de realizar as notificações dos casos atendidos.

Nesse período não houveram notificações. Será liberado em breve outro profissional da unidade para realizar a capacitação do SISNOV.

a) 2, b) 2, c) Neste período foram acolhidos e notificados dois casos suspeitos de violência. Temos três profissionais capacitados no SISNOV e já solicitamos vaga para ampliação.

Não houveram atendimentos a vítimas de violência no período, recebemos notificações de outros serviços para acompanhamento dos casos, que foram realizados.

Resposta em arquivo anexo

Não tivemos casos nesse quadrimestre mas, sempre atendemos e notificamos quando vem esses casos no centro de saúde.

Acolhimento de todos os casos de violência

sem notificação no sistema

A UBS atendeu 03 casos de violência, acolhendo, ofertando consulta médica e acompanhamento psicológico e dando os encaminhamentos devidos, conforme os protocolos existentes.

A) 18 B) 18 C) A SENSIBILIZAÇÃO DA EQUIPE TEM SIDO FEITA COM FREQUÊNCIA E OBSERVAMOS UM AUMENTO SIGNIFICATIVO DAS NOTIFICAÇÕES, AINDA QUE CENTRALIZADAS EM UM PROFISSIONAL, MAS ESTAS TÊM SIDO FEITAS, ALGO QUE CONSIDERO UM GRANDE AVANÇO.

A maior dificuldade é sensibilizar a equipe para notificar os casos de violência. O vínculo com a população que é vítima é fundamental para fortalecer nossas ações.

Prática de notificação ainda não estabelecida no serviço, identificado necessidade de destaque deste assunto para debate com profissionais.

A equipe é orientada para acolher, assistir e notificar os casos de pessoas em risco ou submetidas a violência. Alguns profissionais foram para capacitação. Necessidade de sensibilizar constantemente a equipe.

Não houve casos, mas quando recebemos acolhemos e notificamos.

Foi observado que após o comprometimento da estrutura e a mudança do local de atendimento, houve uma significativa diminuição na procura do serviço.

Não tivemos casos de violência notificados. Temos dois profissionais capacitados para acolher, notificar, tratar e encaminhar as vítimas de violência.

No período não foi feita nenhuma notificação no SISNOV.

Nenhum profissional cadastrado no sistema. Solicitarei esse treinamento para 1 profissional de cada equipe e o NSC realizará ações para sensibilizar a equipe para essa notificação. No período 2 notificações feitas, mas não digitadas.

precisamos sensibilizar a equipe sobre o tema. melhorar protocolo interno de notificação

Apenas um profissional capacitado no cs.

No mês de março liberamos mais 1 enfermeiro para a capacitação do SISNOV. Atualmente são 4 profissionais capacitados.

Ainda não temos profissional cadastrado na equipe para a notificação e estamos providenciando capacitação.

### DIRETRIZ 3

#### Objetivo 3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de Mama e do Colo de Útero.

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

##### 18.1 Valor

3

0

12

19

1

31

3.2

21.16

5.2

9.9

14.78

7.58

12.24

15.5

13.83

6.55

6.36

9.06

31.84

21.62

13.37

8

7.68  
 4.26  
 14.2  
 13.53  
 14.7  
 16.0  
 25.98  
 3.67  
 4.92  
 12.69  
 6.03  
 0.12  
 20.7  
 24  
 10  
 17.74  
 36.7  
 17.1  
 10.94  
 6.7  
 14.97  
 18.05  
 15  
 9.4  
 12.04  
 14.5  
 8.93  
 17.3  
 6  
 13.5  
 13.39  
 12.85  
 16  
 13  
 3.75  
 20.44  
 50.15

## 18.2 Considerações e recomendações

Numerador: 108, Denominador:3399.  $(108/3399) \times 100 = 3,17$ . A coleta do exame são agendadas de acordo com equipe de referencia, quem faz a coleta são as enfermeiras e a ginecologista da unidade. Devido ao espaço físico limitado, com número de salas insuficientes para o número de profissionais da unidade existe limitação na oferta de coletas de exame. O CS está passando por uma ampliação de espaço físico, assim teremos um numero adequado de salas podendo ampliar a nossa oferta de coleta de exame.

No campo 18.1 não é autorizado informar o valor exato. Assim, o valor correto para o item 18.1 é 0,81.

A unidade planeja mutirão de CO uma vez no ano, prevista para o segundo semestre.

CO = 131 População mulheres de 25 a 64 anos = 12272 : 3 = 4091 3.20% Estmos com a oferta para coleta de CO muito reduzida. Apenas 2 enfermeiras oferecem cerca de 10 coletas por semana. Isso tem acontecido devido ao número reduzido de enfermeiras no serviço.

Dados somente consideram resultados de COs colhidos até fevereiro, que foram aqueles que recebemos. Além disso, parte dos COs realizados em mulheres fora da faixa etária, totalizando 165 exames (143 na faixa etária).

Temos tido dificuldade na agenda das enfermeiras. Também é reduzida a coleta pelos médicos. Com a determinação do COREN da não coleta pelas TE e AE. Houve mudança nesta oferta. Problemas ainda com a disponibilidade de salas. Neste semestre com o estágio da Faculdade de Enfermagem da PUC Campinas os estragiários abriram as agenda á noite.

Numerador: 114 Denominador: 3452/3 = 1150 Cálculo:  $9,9\%$  Nossa oferta de citopatológico do colo do útero apresenta-se deficitária em decorrência do deficit de 44hs de profissional ginecologista e de 72hs de profissional enfermeiro.

$145/2943 \times 100 = 145/981 \times 100 = 14,78\%$  RESPOSTA NO EXCEL.

O acesso se dá através da consulta médica e consulta de enfermagem

01 paciente encaminhada para patologia do trato genital. e existe capacidade estalada limitada em relação a capacidade de oferta devido ao numero de salas reduzida.

Fonte: Livro de registro de coleta de CO. Total de mulheres 25-64 anos: 1993 Total de CO no quadrimestre: 103 Realizado oferta de coleta de CO à todas as mulheres com idade entre 25 e 64 anos por meio de consulta agendada. Até o fim do mês de Março a unidade contava com apenas 1 Ginecologista 20 horas/semana. Em Abril recebemos mais 1 Ginecologista 5h/semana. A partir de Junho/16 serão feitos mutirões para coleta de CO bimestralmente para aumentar a oferta. Aponta-se a necessidade de capacitar enfermeiras para coleta de CO.

$305/2201 \times 100 = 13,83$ . Ampliamos a oferta com a coleta de CO a quatro mãos, onde o ginecologista e enfermeiros tem apoio do auxiliar de enfermagem, agilizando o atendimento. Além da programação de mutirões durante o ano.

A coleta de CO é realizada por duas ginecologistas e 02 enfermeiras durante as consultas agendadas. O espaço físico da unidade prejudica o atendimento, pois mesmo tendo mais de um profissional por período (manhã ou tarde) temos apenas um consultório de GO disponível, impactando diretamente no número de consultas/coletas de CO. Pretendemos nos organizar de forma a obter uma maior e melhor divulgação do Outubro Rosa a fim de aumentarmos a cobertura na unidade e estamos elaborando grupos de resultado de CO e ofertar agenda para coleta de CO, com as enfermeiras. Manter agenda das Enfermeiras para coleta de CO. Incentivar aos Go's realizar coleta em todas as consultas. Gerenciar insumos para não haver prejuízo na coleta.

numerador: 186 denominador:2053 São ofertadas vagas agendadas de coleta nas agendas dos enfermeiros e dos ginecologistas. Estamos aguardando a chegada de 1 nova ginecologista, pois atualmente só temos 30 hs semanais. As agendas dos enfermeiros também ficam com limite de vagas, pois eles têm todas as outras demandas assistenciais e de supervisão. Também temos 2 enfermeiros homens e algumas pacientes não aceitam que a coleta seja feita por eles. Estamos discutindo a proposta de mutirões periódicos.

A coleta de CO basicamente é realizada nas consultas com ginecologista e em menor número por uma enfermeira. Realizamos campanha com mutirão de coleta no Outubro Rosa, este quadrimestre não fizemos nenhum mutirão, porém a procura por consulta e coleta espontânea é grande.

LIVRE DEMANDA( GO, ENFERMAGEM)

Numerador = 209 / Denominador = 1563.

NÃO SE APLICA NO MOMENTO

90/2245x100=12. Meta de aumento de 10 % ao ano. Agendas médicas disponíveis. Sensibilização da equipe para indicação para coleta de CO

Nossa unidade ficou sem o profissional ginecologista por 4 meses, o que fez diminuir o número de vagas para coleta de citopatologia, embora tenhamos aberto agenda para enfermeiro, não conseguimos atender a demanda neste período. Também possuímos um grande problema de falta de espaço físico para ampliar a oferta e falta de enfermeiro na unidade ( apenas 1 no momento) que estamos priorizando no atendimento de gestante.

Ampliar agendas para coletas com profissionais enfermeiros e ginecologistas. Realizar mutirões periódicos.

Numerador= 196 (coletas de CO) Denominador = 4596 (população feminina de 25 a 64 anos = 13788/3) Estamos no momento sem nenhum ginecologista, aguardando chegar uma de 20h e contamos com o apoio de cerca de 8h de GOs de outras unidades. Estamos para receber uma profissional, mas somente com 20h. As enfermeiras dedicam cerca de 8h de sua carga horária semanal para atendimento de saúde da mulher. Esse quadro de RH, além do imprevisto da unidade trabalhando com as equipes em salões de igrejas católicas devido a reforma da unidade, faz com que nossa cobertura de CO esteja baixa.

temos apenas 1 medico GO, priorizando pre natal. Coleta CO realizada pela enfermagem em dia com livre demanda. 351 CO coletados

Manter a oferta de coleta de C.O. na agenda médica e de enfermeiros

Numerador:218 Denominador:1611 Houve ampliação de ofertas com abertura de agendas aos sábados e realização de mutirões de coleta com utilização de horas extras pelos enfermeiros.

277/1883 Demanda agendada e espontânea, realizada por ginecologistas e enfermeiras. Apenas 2 salas disponíveis. Pouco RH para dar conta da demanda

Realização de mais mutirões de coleta ao longo do ano. Trabalhar com educação em saúde para diminuir o absenteísmo.

Total de CO colhidos 25-64 anos: 203 Pop feminina 25-64 anos /3: 781 As pacientes são agendadas para a coleta de CO para os profissionais enfermeiro e médico. Dentre as ações necessárias para o alcance da meta, é necessário o cadastro completo da população.

Foram feitas 77 exames cito-patológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos. Num total de 6.302 mulheres na faixa etária relacionada resultando no índice de 3.64. Fazemos os registros no caderno de CO. Ofertamos vagas de coleta de citologia oncológica diariamente na unidade. Temos na unidade dois profissionais ginecologistas somando um total de 46 horas semanais, temos também agenda de coleta de papanicolau para as enfermeiras e estamos recebendo residentes de ginecologia que também têm agenda de coleta de papanicolau.

Foram colhidos 331 exames de Papanicolau no período. Manter agendas de ginecologistas e enfermeiras para a coleta.

Numerador : 169 Denominador : 3994 Realizamos coleta de CO através de consultas agendadas, atividades de mutirões.

2 Neste primeiro quadrimestre estávamos apenas com uma ginecologista e duas enfermeiras que tem que se desdobrar com diversas atividades. Nos próximos meses esperamos aumentar esta cobertura com a chegada de mais profissionais (GO e enfermeira)

Numerador: Colhemos 70 exames neste período (fonte: livro de C.O.); Denominador: Nossa população nesta faixa etária é de = 1722 mulheres, e temos que colher 574 COs correspondente a 1/3 de mulheres desta faixa etária (fonte – TabNet senso do IBGE/CII de 2010 atualizado para 2015). A cobertura da unidade esta baixa (0,12%)

5.928 : 3 = 1.976 409 : 1976 x 100 = 20,7% Total de CO colhido de janeiro a abril de 2016 = 487, sendo 409 na faixa etária de 25 a 64 anos. 84% dos COs colhidos estão dentro desta faixa etária

Dados obtidos em livro de controle próprio da unidade. Realiza-se vigilância constante dos exames alterados.

A coleta é realizada com agendamento, previsto realização de mutirão

Foram coletados 222 CO sendo que foram 165 na faixa etária indicada. Existe coleta realizada por profissional enfermeiro.

Conseguimos coletar 199 co's, sendo que na faixa etária exigida, foram 148 (população feminina de 24-64/3 é igual 403). Atualmente temos uma médica GO de 20hs. Às segundas-feiras, distribuímos 10 senhas para demanda espontânea de coleta de CO. Anteriormente, agendávamos as coletas, porém, metade das usuárias não compareciam. Agora não temos faltas e otimizamos o tempo das enfermeiras para outras atividades.

Realizamos apenas 0,77 de coletas de CO neste período devido ao deficit de RH médico e de enfermeiros.

Num:74 Den:1297/3x100 Não temos Ginecologista, poucas horas de sala disponível por semana, colhemos por demanda espontânea por faltas excessivas quando agendados.

122/1115x100= 10.94 A falta do profissional enfermeiro foi o principal motivo da redução na coleta do exame, neste período a coleta estava sendo realizada apenas em consulta do ginecologista, com a chegada destes novos profissionais estamos reabrindo a agenda do enfermeiro e aumentando a oferta.

1) Numerador: 63 Denominador: 1633 2) A diminuição da oferta se dá pela falta de ginecologista na unidade, pois no momento estamos sem o profissional na unidade. Contamos com o auxílio das médicas de família e coleta pelos enfermeiros. Estamos reformulando as agendas dos enfermeiros para aumentar a ofertas e programando mutirões trimestrais de coleta de CO.

Número de exames de CO em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos = 140/(população feminina na faixa etária de 25-64 anos = 2806/3)x100= 14.97%.

Numerador: 308, Denominador: 5118 A oferta de coleta de CO se dá através de agendamento na recepção. Possui oferta de agenda os enfermeiros das três equipes, os médicos ginecologista das três equipes e também de uma enfermeira matricial.

175/(3553/3) A oferta se dá na consulta com 1 ginecologista da unidade e na agenda de 2 enfermeiros. Há mutirão agendado para o mês de junho que

oferta aproximadamente 100 vagas.

Resposta em arquivo anexo

A oferta de CO se na na agenda das enfermeiras com 2 períodos por semana para essa atividade. Estamos com recurso GO prejudicado sendo que, no momento, nossa GO esta de licença gestante. Estamos com 15 horas de médicos de fora pra atender GO no CS. As duas enfermeiras são capacitadas para coleta de CO.

total de coleta: 172 população: 4248/3 = 1428 Agenda na recepção por enfermeiros e médicos. Ficamos com apenas duas enfermeiras no período, por isso a agenda das mesmas foi cancelada. No período apenas a enfermeira residente e as enfermeiras estagiárias fizeram a coleta de CO.

total de 286 COs

A UBS oferece agendamento com 03 profissionais médicos e enfermeiro, mutirões mensais, possibilidade de agendamento via 160.

276/(4463/3)\*100=18,56. TEMOS COMO OFERTA A COLETA EM CONSULTA GINECOLÓGICA, AGENDA ESPECÍFICA DE CO COM ENFERMEIROS E ALUNOS DA GRADUAÇÃO E REALIZAÇÃO DE MUTIRÕES. NO ENTANTO, ENCONTRAMOS DIFICULDADE NO CUMPRIMENTO DA META DEVIDO ÀS FALTAS AO EXAME, O QUE É FREQUENTE, E O NÚMERO DE PROFISSIONAIS , QUE É INSUFICIENTE.

Oferta de CO aumentou. 3 enfermeiras, 1 Ginecologista, 1 residente enfermagem e alunos FAC em estágio supervisionado realizando coleta. Estamos sem quadro GO completo.

Foram 151 exames colhidos de janeiro até abril. Nossa meta deveria ser de cerca de 900 exames. Temos agendado o exame conforme a demanda de procura e seguindo o protocolo municipal de indicação do mesmo. Não temos fila de espera . Proposta de conversar com os profissionais para incentivar a coleta. Tivemos também problema com a reforma da sala de G.O neste período cerca de um mês a sala ficou inativada.

Numerador: 302 Denominador: 2224 Realização dos exames nas consultas médicas e mutirões semanais com oferta desse atendimento. Planejamento feito pela equipe para aumento de cobertura com busca ativa para o grupo mais vulnerável para o câncer de útero.

Numerador: 26 ; Denominador: 742 ; total: 3,5%. A coleta de CO é realizada pela ginecologista e pelas enfermeiras da Unidade, no entanto, a única ginecologista da Unidade entrou em em LTS prolongado desfalcando a equipe e prejudicando a coleta de citologia oncológica pois as Enfermeiras tiveram que direcionar e priorizar o trabalho nas gestantes do território.

A orientação e oferta ocorre nos atendimentos (acolhimento e rotina), mas hoje estamos com diminuição da coleta devido a aposentadoria de uma enfermeira e espaço físico reduzido.

126/1089. Com 27 coletas de CO em mulheres fora da faixa etária. Exame realizado por enfermeiras e médicos. Existe alta taxa de absenteísmo.

Foram realizados 90 coletas do CO em uma população de aproximadamente 1729 mulheres na faixa etária indicada. Esclareço que não contamos com profissional ginecologista na unidade, e que a coleta deste exame é realizada pela equipe de enfermagem e residentes da saúde da mulher, com agenda aberta constantemente.

263/9364=2,8% Ginecologistas e enfermeiros coletam CO. Realizamos 2 mutirões ao ano organizados pelo NSC.

aumentar oferta da coleta

185 exames, para total de 4928 usuárias.

Perdemos 1 enfermeira o que impactou na diminuição da oferta de CO. Como estratégia aumentamos estas vagas com o ginecologista.

Tivemos um incremento dessa ação com a maior disponibilidade de espécies descartáveis.

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

### Meta Municipal 3.a.1 Valor

100  
0  
100  
01  
2  
100.0

### Meta Municipal 3.a.2 Considerações e recomendações

Não houve alterações nos CO's colhidos de Janeiro a Abril. Todas as alterações são encaminhadas para serviço especializado para acompanhamento da evolução do caso e tratamento específico.

Apenas 01 exame alterado "NIC III" no período, sendo encaminhado para o Ambulatório de Patologia Cervical. Desconhecemos a existência de outros exames alterados no quadrimestre, dado que ainda estamos recebendo os resultados dos exames realizados na 1ª quinzena do mês de Fevereiro/2016.

Os resultados de CO demoram em média 2 meses para chegar ao CS, então os pedidos de CO de março e abril ainda não chegaram os resultados.

SISCAN ainda com falhas na implantação no município. No momento nem todos os serviços da rede dispõe os dados no sistema proposto para acompanhamento das pacientes com alteração no CO.

Fazemos busca ativa das pacientes com exames alterados para tratamento.

Um caso foi encaminhado para tratamento sem o resultado de CO (aguarda ele) por critério clínico. Um dos casos relatados de alteração foi colhido no CS Anchieta e estava em prontuário de paciente quando passou a ser atendida em nosso serviço; quando visto resultado e seu quadro clínico, foi encaminhada para tratamento. Por fim, há o caso de um CO coletado em novembro/2015 que teve seu seguimento somente em Fevereiro deste ano (não foi considerado pela data de coleta).

único caso que tivemos alterado foi de paciente do CS Satélite Íris (ASCUS)

Numerador: 2 Denominador: 2 Cálculo: 100 As duas lesões são ASCUS.

1/1 \*100 = 100%. TODAS AS LESÕES SÃO AVALIADAS, TRATADAS E REFERENCIADAS QUANDO NECESSÁRIO. TIVEMOS 1 ASCUS QUE ESTÁ EM ACOMPANHAMENTO.

não tivemos casos neste quadrimestre

2 pacientes em tratamento na unidade básica e 01 paciente tratado fora na Poli I.

Recebemos apenas 1 resultado de CO colhido no período. Realizamos vigilância de todos os resultados e garantimos retorno para tratamento em tempo oportuno. SISCAN implantado, porém não está sendo utilizado por problemas técnicos.

Tivemos nesse quadrimestre um caso de ASCUS, que está sendo acompanhado.

As profissionais médicas ginecologistas e enfermeiras, das respectivas equipes, são responsáveis por monitorar os encaminhamentos e resultados de exames registrando em prontuário/ livros específicos e convocando os casos necessários para consulta. A unidade ainda não utiliza o SISCAN.

Não houve nenhuma alteração em coletas neste período. Cabe lembrar que há um lapso de 60 dias entre coleta e recebimento dos resultados. Exemplo: Em até Abril os resultados que chegaram foram até Fevereiro.

Tivemos 3 casos alterados e os 3 estão sendo acompanhados na unidade. Há 1 ginecologista capacitado para colposcopia. Há vigilância de faltosas para todas as pacientes com alteração e acompanhamento em conjunto do ginecologista e enfermeiro. Casos de maior gravidade são encaminhados para o Serviço Especializado de Referência. Não há SISCAN implantado. Estamos aguardando também a chegada de computadores para os consultórios de GO.

Realiza-se vigilância dos resultados de exames, sendo os com alterações separados e as pacientes convocadas para tratamento ou encaminhadas.

#### ENCAMINHAMENTO À ESPECIALIDADE

Numerador = 0 / Denominador = 0.

NÃO SE APLICA NO MOMENTO

$1/1 \times 100 = 100$ . Profissional capacitada para colposcopia com agenda na unidade. Casos mais complexos são encaminhados para a especialidade.

Não houve casos neste período.

Garantir vigilância dos casos, realizar eventos sentinelas, qualificar os profissionais para acompanhamento

Tivemos apenas um caso de alteração no CO que está sendo acompanhando, porém devido nossa falta de ginecologista, temos uma demanda reprimida importante. Não tivemos nenhum caso de óbito por câncer de útero nesse quadrimestre.

2 ASCUS acompanhados no CS

Manter o acompanhamento dos casos com exames alterados

Numerador: 1 Denominador: 1 Existe o monitoramento dos resultados e convocação imediata das pacientes para encaminhamentos.

4/4 Consulta de retorno agendada assim que chega o resultado alterado. Acompanhamento feito na UBS e referenciada à especialidade, dependendo do grau da lesão

Manter o monitoramento dos casos. Efetivar a implantação do Siscan.

Todas as pacientes com COs alteradas foram avaliadas com maior profundidade (2/2). Ações desenvolvidas pela Unidade para garantir acesso ao tratamento no prazo de 60 dias após o diagnóstico: convocação, visita domiciliar, discussão do caso em reunião de equipe. Relatar como é realizado o monitoramento e seguimento dos casos: a equipe monitora como está sendo o cuidado do paciente, porém não recebemos contra-referência. Para melhoria do cuidado aos usuários é necessário fortalecer a relação dos serviços de especialidade com a AB.

Não tivemos nenhum caso de lesão em colo de útero neste quadrimestre

Não tivemos registro de mulheres com lesões nesse período.

Numerador : 2 Denominador : 2 Realizamos coleta de CO através de consultas agendadas, atividades de mutirões. Temos garantia de retorno nas agendas a todas as pacientes; Temos 02 Ginecologistas que realizam colposcopia e encaminham se necessário a serviços especializados os casos não solucionados na Unidade no sistema de referência-contrá-referência.

Talvez devido à baixa cobertura de CO ou a características da população não houve casos. Já discutido com a equipe necessidade de aumentar a cobertura.

Numerador: 01 mulher em tratamento de NIC I; denominador: 01 exame alterado (100%).

Dos exames realizados, 8 estavam alterados. As pacientes foram convocadas e atendida pela ginecologista para tratamento

Dados coletados em livro de anotação próprio,

Nossa meta é garantir 100% monitoradas e tratadas

Houve coleta de 165 CO na faixa etária indicada sem nenhuma alteração. Com a informatização espera-se redução da subnotificação.

Nesse período, realizamos um total 199 coletas de papanicolau, até o último dia de abril, não identificamos, nos resultados que nos chegaram alterações como NIC I, II, III; ASCUS, nem AGUS. Portanto, não encaminhamos usuárias até esse momento. Conforme preconiza o protocolo, sempre que identificamos exames com alterações citadas acima, encaminhamos para os serviços de referência.

Diagnósticado apenas 1 caso sendo o mesmo acompanhado.

Num: 3 Denom: 3 A Unidade está sem Ginecologia desde junho /2013, encaminhamos para especialidade as alterações, mas fazemos a vigilância do acompanhamento

$1/1 \times 100 = 100\%$  Os exames que chegam são avaliados, em caso de resultado alterado, a usuária é convocada para consulta com Ginecologista, se houver falta é feito convocação. O SISCAN foi implantado, porém estamos com dificuldades no acesso.

Os resultados de CO são lançados em livros para seguimento dos casos pelas equipes

Total de mulheres que foram tratadas e ou acompanhadas por lesão em colo de útero (NIC I, II e III, ASCUS, AGUS) = 0 / Total de exames alterados = 0.

Numerador: 4, Denominador: 4. Mediante resultado de exame alterado, a paciente é convocada para consulta com ginecologista na mesma semana. A paciente é acompanhada na unidade e se for o caso, encaminhada à especialidade com referência.

Os exames alterados são atendidos de acordo com fluxo de atendimento listado no protocolo da Secretaria de Saúde de Campinas. Todos os exames alterados são registrados em livro, e assim o controle destes casos é possível, através de convocações e agendamento de retornos.

Resposta em arquivo anexo

Não foram analisados os resultados de fevereiro a abril pois só recebemos os de janeiro. Os CO alterados seguem fluxo do protocolo e é feita vigilância dos mesmos.

numerador = denominador = 4

total de 16 exames alterados. 06 foram encaminhadas para outro serviço e acompanhadas na unidade. 10 foram tratadas ou acompanhadas na unidade

Exames alterados e o encaminhamento das pacientes, são registrados em um livro, possibilitando, assim, o acompanhamento e convocação das mesmas.

TIVEMOS APENAS 2 PACIENTES COM EXAMES ALTERADOS (2 ASCUS), AMBAS EM ACOMPANHAMENTO.

Manter as ações que já são realizadas: tratar e encaminhar as pacientes para referência quando necessário. Manter monitoramento através livro de coleta.

Os exames alterados são registrados e monitorados pelo enfermeiro de cada equipe e ginecologista. Os encaminhamentos necessários são realizados e monitorados pelo serviço . SISCAN implantado sem problemas.

Nenhuma alteração no período selecionado. Equipe orientada para o seguimento do protocolo, encaminhamento e monitoramento do segmento da usuária. Maior oferta de capacitação para o SISCAN.

Não houve casos.Todos os exames são avaliados pelo Enfermeiro que convoca e é garantido a consulta com médico que realiza as orientações e o encaminhamento

Todos os casos são encaminhados para tratamento em serviços especializados.

Tivemos um resultado de ASCUS que foi convocado e orientado conduta pela enfermeira e médico ginecologista.

No período somente um exame apresentou alteração, sendo devidamente tratado.

2/2\*100=100% Lâminas enviadas semanalmente para agilizar análise e resultados conferidos por téc. enfermagem do setor, se alterado, encaminha ao enfermeiro da equipe. Realizamos colposcopia no CS. Não usamos o SISCAN.

manter vigilância e conduta.

Não houve.

Todas as pacientes com CO alterado (3) foram convocadas e encaminhadas ao serviço de referência quando necessário.

Não tivemos exames alterados no período

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

### 19.1 Valor

3

10

34

5

51

25

5.21

31

7.4

1.25

14.62

4.51

2.29

7.32

13

22

11.24

38

28.33

14

0

14.5

4.99

1.127

6.9

7

7.37

32.4

20.0

21

1.06

8.33

4.94

0.53

4.5

6

10.4

24.7

1

4.1



11.1  
5.6  
19.24  
9.23  
15  
10.06  
11.7  
11  
6.23  
26  
9.17  
4  
9.8  
9.47  
9.42  
2  
12  
4.20  
20.48  
18.5

## 19.2 Considerações e recomendações

Numerador: 570. Denominador: 1101.  $(570/1101) \times 100 = 51,7$  Atualmente não existem pacientes aguardando a realização de mamografia diagnóstica na fila de espera. O exame pode ser solicitado tanto pela enfermeira da unidade quanto pela médica, o exame clínico é realizado na consulta onde é colhido o CO, sendo realizada também orientações quanto a importância do autoexame e orientações quanto a sua realização.

No campo 19.1 não é autorizado informar o valor exato. Assim, o valor correto para o item 19.1 é 3,42. Nº de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos = 123 População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos = 3591 Considerando-se a SUSDEPENDÊNCIA de 50%, teremos 1795 mulheres na faixa etária de 50-69anos.

Equipe encontra dificuldade em agendar exames devido a oferta de número de vagas insuficiente. SISCAN iniciado inserção de dados em agosto de 2015 com inúmeras dificuldades de acesso, com necessidade de aprimoramento e capacitação de mais dos profissionais. Apresenta limitação de cadastramento de usuárias que tem cartão SUS gerado no município de Campinas.

101 mamografias População mulheres de 50 a 69 anos =  $3817 : 3 = 1936$  5.21% Solicitamos mamografia segundo o protocolo adotado pela SMS e fazemos busca ativa das pacientes que apresentem alterações no exame.

O total de mamografias realizadas no período é de 76, porém sendo aproximadamente 30% fora da faixa etária preconizada e avaliada no RDQA – o que diminui a razão de exames de mamografia. Além disso, dificuldade com acesso a vagas de mamografia.

Tínhamos uma demanda reprimida que foi absorvida neste quadrimestre. Temos oferta de 15 vagas por semana

Numerador: 7 Denominador: 1117/2 = 558,5 Cálculo:  $7 \times 100 / 558,5 = 1,25\%$  Solicitadas: 64 Realizadas: 7 A unidade está agendando em maio pacientes de fevereiro, comprometendo o retorno dos exames para avaliar se paciente realizou o exame. De qualquer forma, nossa oferta de mamografia apresentou-se deficitária em decorrência do déficit de 44hs de profissional ginecologista e de 72hs de profissional enfermeiro.

$43 / 588 \times 100 = 43 / 294 * 100 = 14,62\%$  RESPOSTA COMPLETA NO EXCEL.

Implantação de grupo de mulheres, pra ampliar a divulgação sobre os exames.

temos uma demanda reprimida de 180 pessoas, pois temos 04 vagas mes, sendo uma vaga por semana, sera revisto processo de trabalho pra o proximo quadrimestre.

Fonte: Livro de registro de mamografias. Total de mulheres 50-69 anos: 683 Total de mamografias realizadas e com retorno de resultado: 25 Foram solicitadas 45 mamografias no período, porém somente recebemos o resultado de 25 mamografias. Realizamos vigilância de todos os resultados.

$124/967 \times 100 = 13\%$  no quadrimestre. Fonte: livro de registro da unidade. Mantemos um registro das solicitações de mamografias e anotação dos resultados a fim de facilitar o monitoramento das pacientes com resultados alterados.

As mamografias são solicitadas pelas 2 ginecologistas da unidade durante as consultas de rotina, assim como exame clínico das mamas. Organizamos as mamografias em uma fila de espera, porém nem sempre é priorizado as de maior intervalo de tempo sem realização. As equipes não realizam busca ativa dos casos de mamografia que não estão em dia.

Seguir Protocolo da SMS de Campinas. Demanda reprimida de 58 mulheres, sendo que 14 destas são solicitação de remarcação.

numerador: 135 DENOMINADOR: 2402 A oferta de MG se faz durante a consulta ginecológica e de enfermagem, onde também é feito o exame clínico. Após a chegada do resultado, os casos alterados são convocados.

As pacientes são encaminhadas para mamografia de rastreamento após 50 anos, a cada dois anos, mas seriam necessárias mais vagas, pois existem também as mamografias diagnósticas.

SÃO OFERTADOS EM CONSULTA (ENFERMAGEM E MÉDICA)

Numerador = 86, Denominador = 610.

NÃO SE APLICA

$62/856 \times 100 = 14.48$ . Solicitadas 111 mamografias, 62 realizadas com resultados anotados em livro de controle. Busca ativa de faltosas. DR=10. Um caso de cancer de mama encaminhado para a especialidade

Em anos anteriores estivemos com uma demanda reprimida muito importante, mas houve melhora do acesso e também estamos sensíveis ao diagnóstico precoce e todos os profissionais solicitam o exame. A adequação da idade para solicitação também adequou o fluxo de solicitações.

Articular estratégias junto aos serviços de saúde para ampliar ofertado do serviço.

Numerador= 34. Denominador = 3015 (6030 mulheres/2, uma mamografia de rastreamento a cada dois anos). No momento estamos sem ginecologista,

instalados de forma adaptada, provisória, devido a obra no Centro de Saúde, por isso tivemos uma diminuição nos pedidos. Não tivemos nenhum óbito no período relacionado a câncer de mama.

foram solicitadas 149 mamografias no período. Porém foram gendadas 346 ( dificuldade registro? mamografias acumuladas periodo anterior?)

manter e aumentar a oferta de exames de mamografia

Numerador:41 Denominador: 556 São realizados mutirões para solicitação de exames e orientação do autoexame. Os profissionais médicos e enfermeiros realizam busca ativa da população alvo.

308/952 Exame solicitado por médicos e enfermeiras

Estimular as pacientes para realizar o exame de rastreamento. Efetivar a implantação do Siscan.

A mamografia de rastreamento, por meio de determinação da PMC, é solicitada a partir dos 50 anos, exceto em casos especiais. O exame de mamas é realizado nas consultas e ensinado às pacientes. Apenas os médicos podem pedir mamografia. A unidade não faz busca ativa de mulheres na faixa etária que não estão realizando mamografia por ora. As equipes analisam o número de casos (doenças e óbitos) na área de abrangência do CS. Número de mamografias em fila de espera= 57

Foram solicitadas 59 mamografias, dentro dos critérios estabelecidos, neste quadrimestre. Temos o livro de mamografia para registro dos resultados dos exames e das mamografias que foram executadas. Neste quadrimestre este registro não foi realizado adequadamente. Precisamos melhorar este indicador.

Foram solicitadas 84 mamografias nesse período, dessas apenas 51 resultados retornaram para unidade, e estamos considerando que só estas realizaram de fato o exame (utilizado o número 51 para o cálculo). População de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos = 9.583 mulheres. Percebemos uma recusa muito grande das mulheres da nossa área em realizar o exame de mamografia devido a distância dos locais em que são realizados os exames em relação a nossa área de abrangência. Realizamos o trabalho de conscientização quanto a importância do auto exame das mamas nas consultas de ginecologistas e enfermagem ou em qualquer outro atendimento que se faça oportuno.

Numerador : 35 Denominador: 840 Realizamos exame clínico das mamas nas mulheres acima de 40 anos. Existe uma oferta de 7 mamografias semanais; são solicitadas pelas GOs e Médicos da ESF. Nas consultas os profissionais orientam quanto a realização do auto exame das mamas; Temos uma demanda reprimida de 185.

Neste primeiro quadrimestre estávamos apenas com uma ginecologista e duas enfermeiras que tem que se desdobrar com diversas atividades. Nos próximos meses esperamos aumentar esta cobertura com a chegada de mais profissionais (GO e enfermeira). Também temos número restrito de mamografias em vagas via SOL, o que gera demanda reprimida

Numerador: 10 exames realizados; denominador: Nossa população nesta faixa etária é de 372 mulheres e temos que fazer 186 mamografias que corresponde à metade das mulheres nesta faixa etária (fonte – TabNet senso do IBGE/CII de 2010 atualizado para 2015). A cobertura de Mamografias (MMG) realizadas na unidade está baixa (0,53%)

De janeiro a abril conseguimos realizar todas que aguardavam os exames.  $160 : 1772 = 0,09 : 2 = 0,04 \times 100 = 4,5\%$

Dados coletados em livro de anotação próprio,

previsto para o próximo semestre Campanhas de prevenção e orientação.

fila de espera de 132 pacientes aguardando para agendamento de mamografia, são fornecidas 05 vagas semanais, tempo de espera em média 05 meses.

Nesse período realizamos um total de 75 exames de mamografia, sendo que desse total 31 exames correspondem a faixa etária exigida. Desses exames solicitados 10 sugerem complementação.

Necessário aumentar RH médico e de enfermagem.

Num: 26 Denom: 315/2 Verificamos aumento de faltas em agendamento, não temos G.O., os pedidos são feitos pela enfermeira, planejamos mutirão para 2º semestre.

$43/770/2 \times 100 = 11,1\%$  O exame é solicitado por Enfermeiro, GO e Clínico, é feito exame clínico das mamas em mulheres acima de 40 anos, são convocadas as mulheres com resultados alterados, tivemos quatro usuárias encaminhadas para especialidade e estão em acompanhamento.

1) Numerador 86 Denominador: 1522 2) A solicitação da mamografia se dá por meio da consulta com o ginecologista, clínico geral e enfermeiro. Houve uma diminuição da oferta pois no momento não temos ginecologista na unidade. Verifica-se a necessidade de montar estratégias para alcance das metas, sensibilizar todos os profissionais para avaliação da necessidade de saúde da paciente no momento da consulta.

Número de mamografias realizadas em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos =  $91 / (\text{população feminina na faixa etária de 50-69anos} = 946/2) \times 100 = 19,24\%$ .

Numerador: 87, Denominador: 1886/2. Os agendamentos de mamografia se dão através do sistema Sol, Programa Mulheres de Peito e mutirões. Os exames são solicitados pela enfermeira e pela médica ginecologista.

64/(849/2) Mulheres acima de 50 anos, o profissional enfermeiro solicita o exame. Abaixo desta faixa etária, ou mamografias de diagnóstico, apenas profissional ginecologista. O auto exame é realizado durante coleta de citologia oncológica.

Resposta em arquivo anexo

A mamografia é ofertada em consultas ginecológicas tanto médica ou de enfermagem onde também é feito exame clínico das mamas e orientado auto exame das mamas. Não realizamos campanhas nem mutirões nesse 1º quadrimestre e nem busca ativa de mulheres na faixa etária que não estão realizando mamografias. Temos 9 mamografias aguardando agendamento na lista de espera.

mamografia: 61 população:  $1043/2 = 521,5$

total de 99 mamografias

As mamografias são solicitadas por medico ginecologista, pediatra, enfermeiro e, eventualmente, por medico clínico.

$186 / (1454/2) \times 100$ . O EXAME É OFERTADO NAS CONSULTAS GINECOLÓGICAS, CONSULTAS DE ENFERMAGEM E NO ACOLHIMENTO.

Melhoramos o registro na faixa etária no caderno de registro de mamografias. Oportunizamos o exames durante acolhimento e consultas.

Os exames são ofertados principalmente pelos ginecologistas em consulta. Orienta-se o auto exame . Não tivemos mutirões, não realizamos busca ativa de mulheres para realizar exame de mamografia, com excessão dos exames alterados. Temos 31 mulheres aguardando marcação de exames.

Numerador:121 Denominador: 1225 Os profissionais são orientados quanto à importância do exame. Seguimos o protocolo. Nenhuma usuária na fila de espera.

Numerador:12 ; Denominador: 420 ; Total:2,8% As mamografias são solicitadas na consulta de rotina por enfermeiros e médicos onde são orientados quanto ao autoexame de mama. Solicitação de mamografias prejudicada pela ausência da ginecologista na Unidade por LTS e licença prêmio.

A oferta ocorre para todas as mulheres da população alvo ou com queixas, nos atendimentos de rotina e acolhimento.

61/647,5. Mamografias solicitadas em consultas de rotinas e com orientações sobre o autoexame das mamas. Estamos sem demanda reprimida no

momento.

Até o momento recebemos apenas 10 resultados de mamografias realizadas no período, em uma população de 429 mulheres. Apontamos o atraso no envio dos resultados e as faltas das pacientes aos exames agendados.

$382/2206/2*100=34$  GO, clínicos e enfermeiros solicitam mamografia nas consultas e mutirões. Não temos demanda reprimida de mamografia.

há falta de equipamentos no município

112 exames, total de 2667 mulheres.

Todas as mamografias são avaliadas antes de serem arquivadas. Quando alteradas as pacientes são convocadas.

Temos uma baixa disponibilidade para agendamento desse exame, ainda assim estamos trabalhando para ampliar as ações de atendimento mais específicos para esse grupo etário.

### **Objetivo 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.**

#### **21. Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal**

##### **21.1 Valor**

80

100

83

75.92

70

71.43

76

86

74.28

79.7

86.96

62

77.36

86.36

19.44

81.82

75

81.73

81.69

71.03

80.88

0

82

29.19

72

61

68.8

89.62

79.13

75.47

74.5

71.87

89

67

71

76.19

68.3

65.7

72.22

83.58

88.8

85

78.57

76.1

45.9  
66  
74.1  
92  
70.54  
84.37  
58  
79  
67.59  
71.8  
87.5

## 21.2 Considerações e recomendações

Numerador:32. Denominador: 37.  $(32/37) \times 100 = 86,49$ . A unidade oferta teste rápido de gravidez durante todo o período de funcionamento. Com resultado do teste positivo agenda-se a primeira consulta PN nesta consulta realizada pela enfermeira é solicitado exames conforme protocolo do ministério. O cadastro no SISPRENATAL é feito nesta primeira consulta, onde também realiza a classificação de risco com encaminhamento para serviços especializados caso seja necessário, para a odontologia para avaliação bucal e para sala de vacina para avaliação imunológica.

No campo 21.1 não é autorizado informar o valor exato. Assim, o valor correto para o item 21.1 é 83,51%. Nº de nascidos vivos no período = 91 Nº de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas no PN = 46

A equipe tem dificuldade de acompanhamento de gestantes que não residem mais em nossa área de abrangência, assim como as que acompanham em pré-natal especializado.

No de nascidos vivos: 86 No de gestantes com 7 ou + consultas de PN: 68 79,7% Realizamos teste rápido para diagnóstico de gravidez Agendamos a primeira consulta de pré-natal por ocasião do diagnóstico de gravidez. A unidade conta com duas ginecologistas 20 hs. Uma está em Licença Gestante e temos contado com horas extras de ginecologistas de outras unidades. O Pré-natal tem sido feito pela ginecologista da unidade, por generalistas, e no primeiro trimestre as duas ginecologistas estavam fora, e precisamos dos ginecologistas das outras unidades para podermos oferecer consultas médicas de Pré-natal para todas as gestantes.

Atualização até 08/04/2016. Numerador: 20 gestantes com 7 ou mais consultas de pre-natal; denominador: total de 23 gestantes.

Importante neste indicador sabermos os RNs cujo pré-natal foi feito na UBS, pois o indicador é de base populacional. É no setor privado ou em nossas UBSs que temos a maior concentração de consultas de pré-natal?

Numerador: 41 Denominador: 53 Cálculo:  $77,36\%$  Fazemos vigilância das gestantes faltosas no PN, os motivos por não termos realizado 7 ou mais consultas de todas as gestantes foram: alteração de endereço, início tardio de PN, opção por acompanhamento em convênio, encaminhamento para PN de alto risco, abortos, etc. Priorizamos, na unidade, atendimento de pré-natal na agenda de ginecologia, não faltando vaga para consulta.

Aproximadamente 40% das nossas gestantes são acompanhadas pela saúde suplementar. Número de gestante que tiveram: Zero consulta: 3 1 – 3 consultas: 3 4 – 6 consultas: 5 Ignorado: 1

$41/54 * 100 = 75,92\%$  RESPOSTA COMPLETA NO EXCEL.

Atenção especial ao pre-natal .( acoes de informação)

parto cesarea 20, parto normal 11, menos que 07, consultas 03.

Total de Nascidos Vivos no 1º quadrimestre/2016: 44 (Fonte Tabnet) Total de gestantes com 7 consultas ou mais: 36 (Fonte Tabnet) OBS: Total de gestantes SUS no período: 24 (Fonte Tabnet) Total de gestantes SUS com 7 consultas ou mais no período: 20 (Fonte Tabnet)  $20/24 * 100 = 83,33\%$

Realizamos teste rápido para gravidez no momento da procura, se teste com resultado positivo solicitamos imediatamente exames conforme protocolo e agendamos consulta com a Enfermeira para abertura do SISPRENATAL. As gestantes passam por consulta com o Ginecologista conforme protocolo - possuem prioridade de agendamento.

$48/64 = 75$  Fonte tabnet. Realizamos controle do acompanhamento das gestantes durante Pré-Natal, com busca ativa e convocações das gestantes faltosas. O teste rápido de gravidez é disponibilizado durante acolhimento. Não estamos conseguindo manter as consultas de Pré-Natal das gestantes de baixo risco com as enfermeiras, somente a primeira consulta é realizada pelas enfermeiras, pois apresentamos um déficit de 2 enfermeiras na unidade, aguardando reposição destes profissionais.

Realização de teste rápido para as gestantes não está funcionando na unidade, apesar de termos recebido os testes , temos apenas um profissional capacitado para realizá-lo. O SIS PRENATAL é aberto pela enfermeira no momento em que o teste de gravidez dá positivo. As equipes trabalham com consultas intercaladas, médico e enfermeiro durante o pré natal e para as gestantes faltosas realizamos busca ativa. Trabalhamos com arquivo separado para gestantes, a fim de manter um melhor controle destas.

Manter agenda organizada para Pré Natal. Seguir protocolo da saúde da mulher Pré Natal. Realizar vigilância das faltosas - ACS.

numerador: 125 denominador: 153. Algumas pacientes já vêm com gestação avançada de outras localidades. Devido à obrigatoriedade do teste rápido ser feito pelo enfermeiro, o atendimento para realização do teste e abertura de SIS é agendado. Todas as equipes possuem agenda semanal. O CS utiliza o SIS Pré Natal e faz classificação de risco, além de controle do comparecimento nas consultas e convocação imediata das faltosas. há vagas nas agendas médicas e de enfermagem específicas para PN. Estamos tendo dificuldade com o agendamento externo de Planejamento Familiar e com a nossa carga horária de GO (só 30 horas).

as gestantes muitas vezes iniciam o pré natal tardiamente, por mudarem-se para o nosso território vindo de áreas onde havia difícil acesso ao sistema de saúde , por dependência química , gravidez não desejada , e outras razões sócio culturais,

OFERTAR MAIS CONSULTAS E RASTREAR AS FALTOSAS

Numerador = 55, Denominador = 68.

NÃO SE APLICA

$18/22 \text{ gestantes} \times 100 = 81,8$ . Dados do Tabnet. Não tivemos partos de gestantes que acompanham na unidade neste quadrimestre.

Embora tenhamos ficado sem ginecologista nos últimos 4 meses, priorizamos o atendimento a gestante. Há política de facilitação de acesso e priorização de atendimento a essa população com agenda aberta e garantia de retorno seja por médicos ou enfermeiros. É importante ressaltar que a inserção da universidade na equipe possibilitou a assistência adequada desta população em conjunto com a enfermeira da equipe.

Garantir acesso facilitado ao serviço de saúde e qualificar profissionais para atendimento.

Numerador - nascidos vivos com 7 consultas ou mais de PN = 40 Denominador - nascidos vivos = 137. Porém número de nascidos vivos no SUS = 27, com sete consultas de pré natal ou mais = 20, dando um percentual de 74% de nascidos vivos com 7 consultas ou mais das gestantes que acompanham no CS Taquaral. No momento o pré natal é intercalado com as enfermeiras, revezando com os generalistas das equipes e após 36 semanas de gestação temos algumas vagas com uma GO do CS São Quirino, o que além da reforma da unidade tem dificultado a manutenção do atendimento ideal.

nascidos vivos período 79, com mais de 7 consultas 57. Apenas 1 GO c 20h sem no CS acompanhando no momento 240 gestantes. Realizamos busca ativa dos faltosos. Enfermeiros apoiando abertura sis prenatal. Teste rápido disponível

Manter oferta de teste rápido de gravidez no momento da procura, alimentar o SISPRENATAL e manter a busca de gestantes faltosas

Numerador:108 Denominador: 82 Teste rápido é realizado em período integral de funcionamento da unidade e solicitado exames de protocolo, bem como marcação de primeira consulta no momento do diagnóstico. A limitação da oferta de consultas médicas se deve ao fato de contar com 52 horas de medico GO semanal.

32/52 Fazemos teste rápido de gravidez quando há queixa de AM, realizamos cadastro SISPN, fazemos classificação de risco, busca ativa de faltosas realizada pelos ACS. Contamos com apenas 2 ginecologistas para 4 equipes de referencia com cobertura de cerca de 20 mil habitantes.

A unidade teve durante este quadrimestre apenas 1 médica ginecologista e ela teve sua agenda priorizada para o pré natal.

25 NV tiveram suas mães no território com 7 ou mais consultas no PN, sendo um total de 35 NV no mesmo local e período. A unidade realiza teste rápido de gravidez no momento da procura, utiliza o cadastro do SISPRENATAL e faz classificação de risco. A unidade faz busca ativa das gestantes faltosas cadastradas na Unidade. Há vagas específicas para pré-natal nas agendas de enfermeiro e médicos. A unidade oferece grupos de planejamento familiar mensais.

Foram 52 gestantes neste período,43 foram acompanhadas com 7 ou mais consultas de pré-natal e tivemos em nosso território 52 nascidos vivos. Nossa população não é totalmente SUS dependente, temos gestantes que são acompanhadas em serviços particulares. Em nosso serviço acompanhamos 35 gestantes. Monitoramos nossas gestantes semanalmente e estamos sempre em busca das faltantes. Ofertamos acolhimento e realizamos teste rápido de gravidez durante todo o período de abertura da unidade. A agenda de ginecologia contempla vagas separadas para consultas de pré natal. Temos a quantidade de vagas necessárias para o atendimento das gestantes de nosso território.

Tivemos 91nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas no PN, de um total de 115 nascidos vivos.

Numerador: 80 Denominador : 106 Realizamos teste rápido de gravidez na unidade no momento da procura; cadastramos no SIS Pré natal na primeira consulta; garantimos consulta puerperal até 40 dias pós parto; ofertamos grupo e planejamento familiar;

Apesar da cobertura ter sido de 74,5%, na unidade temos agenda específica para o pré natal com o número de vagas contabilizado pelos indicadores, há até sobra de vagas para gestantes na agenda. É realizada busca ativa das gestantes faltosas, e as gestantes do território são orientadas a procurar a unidade de saúde, porém muitas não o fazem por possuírem convênio. Há oferta de planejamento familiar mensal. O teste rápido de gravidez é realizado diariamente. Estamos com apenas uma GO 20 hs e duas enfermeiras para uma população de 12.215 pessoas.

Numerador: 23 nascidos vivos de mães com 07 ou mais consultas de pré-natal; Denominador: 32 nascidos vivos no período (fonte: TabNet atualizado em 18/12/2015 ), ou seja, 71,87% dos partos tiveram o número de consultas ideais, e 28,13% não conseguiram fazer o que é preconizado pelo MS para garantir uma assistência de qualidade ao pré-natal.

: Hoje na unidade temos grupos de planejamento familiar, consultas de PN de baixo risco intercalados ginecologista e enfermeiro. Desse total de 93 NV, 81 fizeram PN neste serviço (87%) . Hoje estamos com 161 PN em acompanhamento. Recebemos teste rápido de sífilis e HIV, e a partir do próximo quadrimestre já estaremos realizando esse exame. Fazemos cadastro de Sis PN para todas as gestantes. Temos déficit de médicos GO e enfermeiros mas fazemos o possível para realização de todos os PN.  $71 : 93 = 0,76 \times 100 = 76\%$

considerar busca de gestantes para inicio de pre natal em tempo oportuno

Realizamos busca ativa das gestantes cadastradas na unidade de saúde.

Utilizada como fonte SINASC/TABNET, tendo 79 nascidos vivos destes 53 tiveram sete ou mais consultas pré-natal.

Realizamos em nosso serviço teste rápido de gravidez,cadastramos todas as gestantes no sis prenatal.Fazemos busca das gestantes que não realizam os exames obrigatórios no PN,e também faltam em consultas agendadas e convocações.Em nosso serviço realizamos grupo de planejamento familiar,sempre que temos remanda(realizado pela enfermeira).No momento temos apenas 20hs de GO,sendo que nossa necessidade é de 36hs.Até esse momento temos inscritas em nosso serviço 37 gestantes.(numerador 25 e denominador 25).

Aumentar RH médico e de enfermeiro para garantir pré-natal adequado.

Num:16 Denom: 21 realizamos teste rápido no ato da procura, fazemos cadastro no SIS PN classificando risco, busca ativa de faltosas, não temos ginecologista.

$54/79 \times 100 = 68,3\%$  Temos apenas um profissional treinado para teste rápido, temos um considerável número de mulheres que procuram a unidade tardiamente, começamos a busca de gestantes faltosas, a consulta é garantida mensalmente com GO e enfermeiro e temos a necessidade de mais um profissional ginecologista, pois a demanda é grande.

1)Numerador: 44 Denominador: 67 2)Realizamos teste rápido na unidade no momento da procura. Atualmente estamos sem ginecologista na unidade, as gestantes acima de 32 semanas são encaminhadas para realizar o pré-natal em outro Centro de Saúde, existe a recusa pela gestante e a dificuldade em se deslocarem até outro território. Porém temos a oferta de consulta de pré natal baixo risco com enfermeiros e médicos de saúde da família da unidade, garantindo vagas na agenda para pré-natal. Realizamos a busca ativa das faltosas durante as visitas domiciliares e ofertamos Grupo de Planejamento Familiar.

Número de nascidos vivos de mães residentes no território com 7 ou mais consultas no PN = 26/ número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período =  $36 \times 100 = 72,22\%$ .

Numerador: 56, Denominador: 67. O teste rápido de gravidez é ofertado em livre demanda. Todas as mulheres com teste positivo são agendadas para abertura do SISPRENATAL, caso não seja possível a realização do cadastro e primeira consulta no ato.

44/63 É realizado teste rápido na unidade e o sis prenatal é realizado pelo profissional enfermeiro.As gestantes faltosas são convocadas. Devido apenas um profissional ginecologista, as gestantes de baixo risco passam em consulta com enfermeiro , alternando em consultas com Go, conforme protocolo SMS. Tivemos a perda de 2 generalistas e temos um GO, que atende prioritariamente as gestantes.

Resposta em arquivo anexo

Realizamos teste rápido de gravidez na unidade no momento da procura. Realizamos vigilância das gestantes mensalmente. Estamos com recurso escasso de medico para atendimento de pré natal. Em março tivemos 6 horas/ semana e em abril 15 horas por semana. As enfermeiras tem atendido pré natal de baixo risco intercalado com consulta medica, mas mesmo assim, a carga horaria medica na unidade fora insuficiente em alguns momentos especialmente para retornos de 7 e 15 dias.

nascidos vivos: 42 PN com 7 ou + consultas: 33 Realizado teste de gravidez no momento da procura, faz cadastro do SISPN e encaminha alto risco.

Muitas gestantes do território fazem acompanhamento do PN em convênio. No período tivemos apenas um profissional ginecologista para atendimento do PN, e nenhum profissional enfermeiro, pois estávamos com apenas dois no serviço. Mesmo assim, mantemos a primeira consulta de PN, onde se faz o cadastro do SISPN, com o profissional enfermeiro.

total de nascidos vivos 46, com 7 ou mais consultas 35

Ofertado teste rápido de gravidez; Vagas selecionadas para gestantes (diariamente, nas agendas dos ginecologistas); a maioria das gestantes da área de cobertura da UBS realizam pré-natal em convênio médico.

27/41\*100=65,85. A UNIDADE REALIZA TESTES RÁPIDOS NO MOMENTO DA PROCURA; FAZ O CONTROLE RIGOROSO DAS GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO; OS ACS VISITAM MENSALMENTE TODAS AS GESTANTES QUE ACOMPANHAM NO SERVIÇO E AS GESTANTES CONHECIDAS E QUE USAM SERVIÇOS PRIVADOS; O PN É FEITO PELO GO E PELO ENFERMEIRO DA EQUIPE, CONFORME PROTOCOLO; AS GESTANTES FALTOSAS SÃO CONVOCADAS, VISITADAS E DEVIDAMENTE ORIENTADAS COM RELAÇÃO À IMPORTÂNCIA DO PN. NO ENTANTO, POR ATUARMOS EM UMA REGIÃO DE INTENSO TRÁFICO DE DROGAS E ELEVADA VULNERABILIDADE, ALGUMAS GESTANTES TÊM CHEGADO À UNIDADE COM IG AVANÇADA E OUTRAS NÃO COMPLETAM AS 40 SEMANAS, DIMINUINDO O NÚMERO DE CONSULTAS DE PN.

Ofertamos todos os exames do pré natal. Realizamos cadastro SIS na 1ª consulta. As equipes monitoram as gestantes mensalmente em impressos/planilha e realizam busca ativa nas faltosas. Temos teste rápido na unidade, mas utilizamos apenas quando é necessário. Temos somente 1 GO.

Se realiza teste rápido de gravidez com demanda espontânea em todo período de abertura do serviço. As gestantes são cadastradas no SIS Pré Natal, a classificação de risco é feita na consulta médica ou de enfermagem. A busca ativa ocorre no final de cada mês por contato telefônico ou visita domiciliar. As consultas de pré natal tem identificação na grade da agenda. Temos encaixes diários, cerca de 5 gestantes estão em pré natal de alto risco. Não temos demanda reprimida de planejamento familiar que é acompanhado por um enfermeiro da unidade que realiza grupo e faz encaminhamentos para a especialidade. Temos problemas com quadro de ginecologia por ter um profissional com limitação. Necessitamos completar quadro de ACSs, ampliar quadro de técnicos e enfermeiros e recepcionistas. Reposição por aposentadoria de uma técnica de saúde bucal e guarda patrimonial.

Numerador: 46 Denominador: 62 Realizamos teste rápido, abertura e SIS e agendamos médico para a mesma semana, em vagas específicas para esse fim. Temos ações educativas para o planejamento familiar (realizada pela enfermeira)

Numerador: 24 ; Denominador:26 ; Total: 92,3 Unidade realiza teste rápido no momento da procura, onde é feito o cadastro pelo enfermeiro e o mesmo intercala as consultas de Pré Natal com o GO. Há grupo de planejamento familiar e é realizado a busca ativa das gestantes faltosas.

algumas dificuldades, redução no número de enfermeiros, gestantes chegam para o pré-natal tardiamente, dificuldade de adesão devido serem usuárias de drogas.

27/32. A Unidade realiza o teste rápido de gravidez; cadastro no Sis prenatal; consultas de PN; Puerperal e Planejamento Familiar.

Dos 26 nascidos vivos no período, 15 mães passaram por 7 ou mais consultas de pré-natal, e 8 passaram por 4 a 6 consultas. Ressalto que em todo período não contamos com ginecologista/obstetra, contando com o apoio de outro centro de saúde.

113/142\*100=80% Teste rápido feito no acolhimento. Todas gestantes no CS com SIS (96 no período). Vigilância de todas as faltosas e agenda paralela. Temos grupo mensal de planejamento familiar. Aguardamos chegada de GO, pois temos apenas 2 para 5 equipes.

realizar cadastro e busca ativa mensalmente no território. Há dificuldade devido à mobilidade de nossa população adscrita - migrações frequentes.

73 com 7 ou mais, 21 SUS e 108 PN, 41 pelo SUS.

Dos 71 nascidos vivos em nosso território de janeiro a abril, 23 fizeram acompanhamento no convênio.

Tivemos um nascimento de gemelar.

## 22. Número de testes de sífilis por gestante

### 22.1 Valor

2  
100  
1  
0  
80  
48  
1.8  
1.65  
1.75  
1.44  
59  
136  
1.83  
1.72  
200  
92  
2.2  
43  
96  
81.63  
0.61  
1.6

0.71  
71  
85  
1.37  
81.7  
0.92  
74.6  
0.57  
1.81  
0.7  
152  
87.8  
70  
21  
0.41

## 22.2 Considerações e recomendações

Numerador:50. Denominador:25.  $50/25=2$ . Na primeira consulta de PN é realizado a solicitação de exames conforme protocolo do Ministério da Saúde (incluindo sorologia para sífilis), o exame é agendado com intervalo máximo de uma semana. O segundo exame é agendado na consulta de PN que antecede a 28ª semana de gestação. Como há agenda de coleta de exames, e nesta agenda existe uma reserva específica para gestantes caso a mesma não compareça é feita busca ativa para realizar a coleta. As gestantes com resultado positivo para sífilis, são convocadas junto com seus parceiros para iniciar tratamento, caso não compareçam é realizada busca ativa.

No campo 22.1 não é autorizado informar o valor exato. Assim, o valor correto para o item 22.1 é 0,91. Consideramos que 83 mulheres que realizam entre 04-06 consultas de PN foram submetidas a duas sorologias para sífilis. Total de nascidos vivos no período = 91

Melhorar a anotação das sorologias realizadas nos pré-natais.

Total de testes: 62 Total de gestantes: 43 1.44 testes por gestante. A unidade solicita VDRL em todas as primeiras consultas. Não temos controle sobre os exames realizados em gestantes encaminhadas para o PNAR. Muitas gestantes iniciam o pré-natal tardiamente e realizam apenas um VDRL.

Parte de nossas gestantes realizou o pré-natal (completa ou parcialmente) em outros serviços (privado ou PNAR, num total de 4), onde provavelmente se realizaram testes de sífilis aos quais não possuímos acesso. Como o indicador não desconsidera as pacientes de outros serviços, há viés. Além disso, em alguns poucos casos não foi possível obter o prontuário para avaliação quanto a coleta ou não de exames. O cálculo apresentado acima considera a % de gestantes com 2 exames de sífilis no pré-natal, como foi orientado que fosse feito pelo Distrito. O valor referente ao cálculo apresentado na matriz acima foi de 1.47.

O registro continua muito ruim. Não são todos os exames que são registrados. Corrigir já.

Numerador: 53 Denominador: 39 Cálculo:  $53/39 \times 100 = 136\%$  Realizamos vigilância dos exames de sorologia para sífilis das gestantes que fazem acompanhamento de PN conosco. Tivemos 39 gestantes realizaram PN no nosso serviço de Abril/15 a Julho/15. Alguns motivos para a não realização de 2 sorologias são: alteração de endereço, encaminhamento ao PN alto risco (não temos registro do exame), opção por acompanhamento em convênio (não temos registro do exame), início tardio de PN, etc. Na unidade não temos nenhum profissional capacitado para a realização do teste rápido de sífilis.

99 VDRL/ 54 GESTANTES QUE TIVERAM PARTO JAN A ABR 2016 = 1,83 VDRL POR GESTANTE. RESPOSTA COMPLETA NO EXCEL.

Estratégia para melhorar a adesão ao tratamento instituído.

dois testes por paciente durante a gestação.

Fonte: registro interno da Unidade (Ficha obstétrica) Número gestantes com parto no quadrimestre: 23 Gestantes com 2 exames de sífilis no quadrimestre: 23 Realizado assistência qualificada no PN, todos os exames e vacinas são realizados conforme protocolo. Há agenda com Enfermeira para início imediato do PN. Gestantes têm prioridade para agendamento de coleta de exames. Feito vigilância dos resultados de exame com busca ativa dos resultados alterados.

$59/64 \times 100 = 92\%$ . Realizamos o pedido sistemático desta sorologia na primeira consulta do Pré-Natal e na 28ª semana da gestação para todas as gestantes em acompanhamento na unidade.

Teste de sífilis oferecido duas vezes durante o pré-natal, exames laboratoriais e de imagem solicitados de acordo com protocolo municipal, oferta de grupos de gestante por período gestacional. Trabalhamos com vagas específicas, na agenda dos profissionais, para gestantes e diariamente dispomos de vagas de acolhimento para as intercorrências.

São 48 gestantes cadastradas no SIS Pré Natal em 2016, todas com orientação de realizar o teste de sífilis - Protocolo Pré Natal

São ofertados ao menos 2 exames para cada gestante durante todo o período de PN. Há convocação dos casos alterados e tratamento dos parceiros.

Iniciar pré natal precocemente, e fazer vigilância aos exames e faltosas às consultas de pré -natal.

OFERTA-SE O EXAMES NO INÍCIO DO PN E POR VOLTA DA 28ª SEMANA GESTACIONAL

Numerador = 74, denominador = 74.

NÃO FAZEMOS PRÉ NATAL

Não tivemos partos de gestantes que acompanham na unidade neste quadrimestre. São solicitados 2 exames por gestante conforme protocolo.

As gestantes possuem prioridade no agendamento das coletas de sangue, realizamos busca ativa nas faltosas dos exames e temos material e RH capacitado para realização de teste rápido nesta população.

Qualificar profissionais e promover ações de vigilância junto ao serviço

Número total de gestantes - 26 Quantidade de exames de sífilis em gestantes - 16. Devido a falta de ginecologistas (estamos sem nenhum) e precariedade da infraestrutura que se encontra provisória devido a reforma, embora em todos os pré natais acompanhados na unidade estejam sendo solicitados os dois exames de sífilis, não foram anotados em prontuário adequadamente, dificultando e empobrecendo a coleta de dados. Após a volta para o prédio reformado, estimado para julho e chegada de uma GO de 20h, esperamos conversar com a equipe e melhorar o controle oficial desses dados, a anotação em prontuário.

65 gestante realizaram 2 testes de sífilis, 8 gestantes realizaram 1 teste no cs. Destas 2 foram transferidas p outro serviço SUS, 1 p serviço privado, 1

PN alto risco 4 iniciaram pré natal tardiamente; serviço monitora coleta ex através de planilha, garante atendimento as gestantes, realiza busca ativa de exames alterados e faltosos

Manter a oferta do exame no 1º e 3º trimestres da gestação

Denominador:108 numerador; 216 são solicitados conforme protocolo e realizado busca ativa de faltosas à coleta

61/39 oferecemos o teste no início do PN e com 28 sem. Numero considerável de gestantes iniciam o PN proximas de 28 semanas, o que inviabiliza 2 testes

Conscientizar a população para o tratamento do parceiro concomitantemente

Número total de testes de sífilis realizados em gestantes que tiveram parto no período: 58. Número total de gestantes que tiveram parto no mesmo período: 35. São ofertados exames no início do pré-natal e por volta 28ª semana de gestação. A unidade realiza visita domiciliar, convocação e oferta de teste rápido para identificação e tratamento precoces.

Todas nossas gestantes que fizeram o pré natal desde o início da gestação realizam pelo menos 2 exames de sífilis. Foram diagnosticadas gestantes com sífilis as quais receberam tratamento em tempo oportuno, juntamente com seus parceiros. Foram diagnosticados dois casos de sífilis nas gestantes acompanhadas em nosso serviço. Estes casos foram adequadamente tratados.

Do total de 45 gestantes com parto no período, apenas 32 realizaram a coleta segundo o protocolo, grande parte das gestantes que não realizaram a coleta iniciaram o PN na nossa unidade e após transferiram o seu acompanhamento PN para outra unidade ou município e não temos o registro da segunda coleta. Todas as gestantes na unidade possuem garantia de agendamento segundo a necessidade de periodicidade de acompanhamento e prioridade na coleta de exames laboratoriais. As buscas ativas são realizadas através de contato telefônico e visitas domiciliares no caso de faltosas, resultado de exames alterados, e outros.

Numerador : 66 Denominador : 78 ofertamos exames na primeira consulta de pré natal e na por volta 28ª semana de gestação; realizamos tratamento e acompanhamento das gestantes com sífilis; realizamos investigação e acompanhamento e tratamento dos parceiros com sífilis.

Foi dada prioridade na agenda para as gestantes, talvez em detrimento da área ginecológica, devido aos poucos recursos de RH que temos. Neste quadrimestre o número de gestantes que tiveram parto acompanhadas na unidade foi 13.

Numerador: 44 exames realizados Denominador: 32 partos no período dando um percentual de 1,37 exames realizados por gestante. Criamos uma planilha para registrar estes dados e quantificá-los melhor (fonte: TabNet atualizado em 29/04/2016 e pesquisa realizada em prontuários).

Para todas as gestantes é solicitado exames na inscrição de gestante na primeira consulta e na 28ª semana de gestação. Porém temos resultado de 81 que fizeram PN na unidade que somam 76 gestantes .  $76:93 \times 100 = 81,7$

manter busca ativa das faltosas

NAO REALIZAMOS TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS EM GESTANTE Oferecemos exames no início do pré-natal e por volta 28ª semana de gestação. Garantimos o tratamento e acompanhamento das gestantes e dos parceiros com sífilis.

Solicitação em 100%. Livro de controle interno da unidade, anotações realizadas na ficha da gestante e cartão de pré-natal na revisão puerperal.

Nesse período 25 gestantes deram a luz, sendo que ,cada uma delas realizaram 2 exames de VDRL, conforme determina protocolo do município. Manter atividade conforme realizamos.

A unidade não apresenta registro correto desta informação.

Num: 28 Denom: 16 Iniciamos teste rápido no Pré-Natal, agenda de enfermeira reservada para PN e prioridade na coleta laboratorial, vigilância no tratamento de caso positivo.

$73/79=0.92\%$  O exame é solicitado na abertura do SIS, agendado em vagas reservadas para gestantes na coleta, em caso de resultado alterado é feito busca ativa, as gestantes em acompanhamento por sífilis são monitoradas pelas auxiliares do grupo de vigilância. Ainda temos muita dificuldade no tratamento do parceiro, com as gestantes em uso de substância psicoativas e aquelas com múltiplos parceiros.

1) Numerador:50 Denominador: 67 2) Atualmente estamos sem ginecologista na unidade, as gestantes acima de 32 semanas são encaminhadas para realizar o pré-natal com o ginecologista em outro Centro de Saúde. Há a dificuldade em monitorar os exames realizados no 1º e 3º trimestre. Verifica-se a necessidade em desenvolver plano de ação para acompanhamento sistemático dos exames.

Número total de testes de sífilis realizados em gestantes que tiveram parto no período (somando 1 e 2 exames) = 17 / Número total de gestantes que tiveram parto no mesmo período = 17 = 1.

Numerador: 21, Denominador: 37. Todos os exames do protocolo são solicitados na primeira consulta de pré-natal ou no ato da realização de teste rápido de gravidez com resultado positivo. Uma gestante foi transferida e uma foi para PNAR.

126/63 O primeiro exame é pedido na consulta de sisprenatal e o segundo protocolo na 28ª semana As gestantes com exame alterado, tem seu prontuário separado em local reservado na unidade para vigilância constante do tratamento, inclusive do parceiro.

Resposta em arquivo anexo

Ofertamos o 1 e 2 perfil oportunamente. Fazemos busca ativa dos alterados e vigilância conforme protocolo. Para levantamento desse indicador, tivemos dificuldade de localizar o cadastro ou ficha obstétrica de algumas (mudaram?) e aquelas que foram para convênio ou PNAR, não constavam o registro do 2 VDRL.

numerador: 29 denominador: 42

70 exames, no total de 46 gestantes

A UBS conta com 3 médicos ginecologistas, portanto oferece quantidade adequada de vagas à população; a coleta de exames laboratoriais é feita diariamente e sem necessidade de agendamento prévio; as gestantes faltosas são convocadas.

O DADO É APROXIMADO, POIS AINDA NÃO CONSEGUIMOS DESENVOLVER UM MÉTODO EFETIVO DE CONTROLE DESTES INDICADOR. O PRIMEIRO EXAME É SOLICITADO PELO ENFERMEIRO NA ABERTURA DO PN E O DE 28 SEMANAS, NA CONSULTA ANTERIOR MAIS PRÓXIMA DESTA IG. A COLETA DE EXAMES NO NOSSO SERVIÇO NÃO É AGENDADA (LIVRE DEMANDA), FACILITANDO A COLETA EM TEMPO. AS GESTANTES COM RESULTADO ALTERADO SÃO CONVOCADAS, BEM COMO SEUS PARCEIROS, PARA TRATAMENTO OPORTUNO E EFETIVO. NO ENTANTO, PELOS MESMOS MOTIVOS RELATADOS NO ITEM ANTERIOR, AINDA NÃO TEMOS RESULTADOS SATISFATÓRIOS.

Solicitamos o exame para todas as gestante em 2 oportunidades durante pré natal.

Asseguramos no mínimo 2 exames de sífilis por cada gestação. Considero e asseguro tal conduta para gestantes acompanhadas pelo serviço neste período que foram 32 em conclusão de pré-natal.

Todas as nossas gestantes realizam os exames para sífilis de acordo com o protocolo.

numerador:52 ; denominador: 26; Total:2. Os testes são realizados na primeira consulta de SIS-Pré Natal com a Enfermeira e com 28 a 32 semanas de gestação com Enfermeira ou Ginecologista. Se há caso de sífilis na gestação tratamos e acompanhamos os parceiros.



Algumas gestantes fazem o teste rápido outras nos exames de rotina, dificuldade necessidade de capacitar mais profissionais.

34/17. Ofertamos exames e os resultados alterados são convocados para tratamento do casal. Proposta de realização do teste rápido para gestantes.

\* Em todo período foram realizados 98 testes de sífilis em 49 gestantes, o que representa 2 testes para cada gestante.

121/73=1,65 Exame solicitado na abertura do SIS (1º perfil) e na consulta mais próxima a 28ª semana (2º perfil) pelo enfermeiro ou GO. Gestantes não precisam aguardar coleta. Busca ativa para todo os positivos.

dado não confiável. protocolo é seguido porém o registro é inadequado. manter oferta e melhorar o registro.

Todas as mulheres realizaram 2 exames, 108.

Neste CS só não realizam 2 testes as gestantes que iniciam tardiamente o PN.

Não realizaram o segundo exame apenas as gestante que não finalizaram o pré-natal em nossa unidade. Apesar de termos bons indicadores nessa área, considerando nossas especificidades temos necessidade de ampliar horas de Ginecologia/Obstetrícia

## 23. Número de óbitos maternos

### 23.1 Valor

0

1

01

### 23.2 Considerações e recomendações

Na primeira consulta de pré-natal (PN) é solicitado exames segundo protocolo do Ministério da Saúde, encaminhamento da gestante a sala de vacinação para avaliação da situação vacinal e para equipe de odontologia para agendamento de avaliação bucal, nesta consulta também é realizado avaliação de risco e caso a gestação seja avaliada como de alto risco as gestante são encaminhadas aos serviços especializados. Existe um monitoramento da presença das gestantes nas consultas e quando ha faltas nas consultas (tanto no CS quanto no serviço de alto risco) as ACS são informadas para que possam entrar em contato com a paciente para saber o motivo de sua falta e reagendar nova consulta. A enfermeira e a médica ginecologista da unidade participam mensalmente das reuniões da Comissão de Investigação de Óbito Materno Infantil.

Não houve óbito materno no período avaliado.

Não houve casos de mortalidade materna. Logo após o diagnóstico de gravidez é solicitado os exames de rotina preconizado pelo Ministério da Saúde e o agendamento da primeira consulta é garantido em aproximadamente 8 dias. E a vigilância da gestante é realizada durante todo o pré natal.

Realizamos pré-natal, solicitamos os exames indicados, oferecemos as vacinas. Mesmo com a licença maternidade de uma de nossas ginecologistas, com a ajuda de ginecologistas de outras unidades, coma participação dedicada de nossas generalistas, foi possível oferecer pré-natal para todas as nossas gestantes. As gestantes de alto risco são encaminhadas para o Ambulatório de alto-risco e são monitoradas pela unidade.

Atualização até 08/04/2016.

hemorragia pós parto - mulher de 20-24 anos

Na unidade esforça-se para realização de todos os exames e vacinas do calendário da gestante. Sempre que necessário há o encaminhamento ao pré-natal de alto risco, e sempre que há óbito materno, o mesmo é discutido na reunião do comitê de mortalidade do distrito.

NENHUM ÓBITO MATERNO NESSE PERÍODO. SEGUIMOS O PROTOCOLO PARA CONSULTAS DE PRÉ NATAL. RESPOSTA COMPLETA NO EXCEL.

Temos reunião mensal do Comitê de Mortalidade.

oferta de 09 a 12 consultas medicas.

Garantia de acesso à assistência qualificada no PN. Oferta de PN de alto risco quando necessário. Atendimento adequado às intercorrências na gravidez e pós-parto. Participação ativa no comitê de mortalidade.

não houve óbitos no quadrimestre, a unidade mantem prioridade no atendimento e acompanhamento do PN, conforme protocolo municipal.

Garantimos a participação de dois profissionais da unidade, mensalmente no comitê de óbito materno/ infantil, reuniões de equipe semanal.

Manter vigilância Pré Natal. Seguir o Protocolo de Pré Natal. Manter a participação do comitê de mortalidade materno infantil.

Não houve casos. Há encaminhamento para o PN alto risco de for o caso e há participação de 1 profissional no comitê de mortalidade. Também disponibilizamos acolhimento de GO durante todo o horário de funcionamento da unidade.

não houve óbitos maternos .

GARANTIR ACESSO AO PN( EXAMES, VACINAS)

Seguimos o protocolo do MS.

NÃO SE APLICA

Não tivemos casos.Pediatra participa do Comite de Mortalidade Distrital

Garantimos acesso adequado e facilitado a gestante e puerpera, discutimos os casos pertinentes nos comites de investigação.

Garantir acesso qualificado ao serviço de saúde e manter programa de educação permanente junto as equipes de saúde

Não tivemos nenhum caso.

1 medico GO no serviço priorizando pre natal, seguindo protocolos. Planilha com monitoramento exames realizados. Busca ativa faltosos. Vamos retomar participação comite obito

Manter participação no Comitê de Mortalidade do DSIeste

A Unidade participa do Comitê e realiza busca ativa de faltosas ao Pre natal. Realiza acompanhamento conforme protocolo do MS.

participação efetiva no CMMI. Dificuldades no acesso ao PNAR pelo reduzido número de vagas

Melhorar a cobertura de Pré Natal, realizando busca ativa, para captar as gestante no início da gestação e as faltosas

É realizado o PN conforme o protocolo do MS. Há participação no Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil.

Proporcionamos assistência qualificada no pré-natal. Nossos profissionais utilizam o protocolo de assistência de pré natal da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Quando necessário encaminhamos gestantes para o pré natal de alto risco. Uma profissional ginecologista participa mensalmente

das reuniões do Comitê de Mortalidade Materno Infantil onde são discutidos casos que ajudam qualificar a assistência. Temos vagas nas agendas médicas e de enfermeiros para atendimento oportuno às gestantes e pós parto.

Manter profissional da unidade inserida no Comitê de Mortalidade Materna e Infantil do Distrito de Saúde Leste para investigação de óbitos que vierem a ocorrer na nossa área de abrangência .

Proporcionamos assistência qualificada e humanizada no pré natal; Encaminhamos quando necessário ao serviço de referencia do pré natal de alto risco.

2 Temos representante no Comitê de Mortalidade e todos os óbitos são investigados. É realizada vigilância das gestantes para que o pré natal ocorra de acordo com o protocolo e as gestantes faltosas são convocadas. Há grupo de gestantes, porém com pouca adesão da população. Na agenda de GO há vaga do dia para atendimento de intercorrências durante a gravidez.

Recomendações: Contratação de profissionais enfermeiros conforme dimensionamento realizado pela PMC e construção do CS.

Està em investigação

não houve óbito materno no período

Proporcionamos assistência qualificada no pré-natal (com vigilância de todos os exames e vacinas conforme protocolo), priorizamos a realização de visita domiciliar por profissional de saúde na primeira semana de vida em 100% dos recém-nascidos

Não houve óbito materno neste quadrimestre na unidade.

Realizamos PN intercalando consultas com médico e enfermeiras, seguimos o que determina protocolo do município. Temos uma médica pediatra participante do comitê de investigação de óbito materno-infantil. As intercorrências de PN são atendidas quando possível em nosso serviço, quando necessário encaminhamos para a rede hospitalar de referência.

Não apresentamos nenhum caso neste período.

A pediatra participa do Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil, casos de alto risco encaminhados também mantemos acompanhamento no CS

Tivemos a morte de uma gestante por ferimento de arma de fogo e não por questões relacionadas ao pré-natal.

Manter e aprimorar as ações desenvolvidas para acompanhamento sistemático das gestantes, dos exames, vacinas durante o pré-natal e quando necessário monitorar de forma efetiva as vagas para o Pré Natal de Alto Risco. Planejar a organização de um Grupo de Gestantes e aprimorar a busca ativa das gestantes faltosas. Manter a participação efetiva do membro no Comitê de Mortalidade.

As consultas, exames de rotina, vacinas e encaminhamento caso haja necessidade ao alto risco são garantidas, entretanto o acompanhamento de gestantes encaminhadas ao alto risco está em processo de reorganização.

Há agenda reservada para atendimento ao pré-natal. Quando possível no ato da constatação de teste positivo solicita-se os exames, realiza-se abertura do sisprenatal e vacinação. Temos uma representante em todas as reuniões do Comitê de Óbitos.

O encaminhamento ao PN Alto risco é feito pelo médico da unidade. Há participação de um profissional no comitê de óbito materno e os casos são discutidos em reunião de núcleo de saúde coletiva da unidade.

Resposta em arquivo anexo

A equipe conhece os protocolos de pre natal e esta implementado. No momento, estamos sem grupo de gestantes. Casos de PN alto risco são encaminhados mediante critérios do protocolo alto risco. Neste ano ainda não participamos de nenhuma reunião do comitê devido a escassez de RH enfermeiro e GO.

Gestante cadastrada no PN da unidade é garantido consultas programadas e mais S/N, atualização das vacinas e grupos. Todo PN de alto risco é encaminhado e monitorado pela equipe. Uma enfermeira do serviço participa do Comitê de Investigação de óbito Materno e Infantil.

consultas intercaladas entre médico e enfermeiro. convocação de faltosos e acompanhamentos dos PN de alto risco

Uma ginecologista e uma pediatra da UBS, participam do Comitê de Mortalidade Materno Infantil. Há oferta e estímulo à vacinação; coleta diária de exames laboratoriais; garantia de vagas para retorno.

**SEM ÓBITOS MATERNOS NO PERÍODO.**

Manter assistência pré natal com os exames de protocolo Municipal. Manter encaminhamento para alto risco ou serviços de maior complexidade de acordo com a necessidade avaliada pela Go e protocolo. Manter participação no Comitê Distrital.

Ofertamos exames de protocolo e vacinas do calendário. Realizamos grupos educativos em parceria com o centro de convivência e presença do ginecologista. O pré-natal de alto risco é encaminhado pelo CAISM , via e-mail direto com devolutiva do próprio CAISM. Essas gestantes mantêm contato com nosso serviço através de consulta médica e acesso ao enfermeiro. Temos uma enfermeira que faz parte do comitê de investigação de óbitos materno infantil. As gestantes tem livre acesso ao serviço nas intercorrências, o enfermeiro avalia e encaminha para consulta médica se necessário. Comitê faz classificação dos óbitos.

Nenhum óbito materno no período selecionado. Participamos do Comitê de mortalidade Distrital. Garantimos vagas de Pré - Natal com agilidade e encaminhamos e monitoramos a gestante que precisa ser acompanhada no alto risco.

É priorizado a consulta de pre natal de forma adequada em relação à demanda e solicitado exames conforme protocolo. Todo o Pré natal de alto risco é encaminhado. Temos uma GO no comitê materno infantil

Número de profissionais insuficiente para a demanda, acesso difícil com a mudança da Unidade, devido a sua interdição

Não houve óbito materno. Ofertas de consultas de PN adequadas. Ofertas de exames, conforme o protocolo, e encaminhamento ao PNE quando preciso.

Não ocorreram nenhum óbito materno no período.

Óbito considerado evitável por falha da rede hospitalar. Agenda paralela específica para o PN. Ofertado grupo de gestantes. Vigilância de vacinação e exames. Encaminhadas ao PNAR conforme protocolo. Participação mensal no Comitê de Mortalidade.

manter processo de trabalho, vigilância e cuidado

Não houve.

Temos 2 profissionais (ginecologista/enfermeiro) que se revezam na participação nas reuniões do Comitê de Mortalidade.

Não tivemos óbitos materno nesse período e mantemos sempre ações de vigilância sobre nossas ações de pré-natal.

## 24. Taxa de Mortalidade Infantil

### 24.1 Valor

0  
2  
1  
01  
3  
03  
02

## 24.2 Considerações e recomendações

Numerador: 0 Denominador:0. 0/0=0. A investigação do óbito ocorre no Comitê de Mortalidade Materno Infantil, a unidade conta com um Núcleo de Saúde Coletiva, responsável pela vigilância dos óbitos infantis e fetais.

Não houve óbito infantil no quadrimestre.

Existe uma dificuldade de registro para controle de todas as consultas de puericultura de forma sistemática, porém a vigilâncias do casos ocorrem através de convocações solicitados pela pediatra e enfermeira.

A unidade tem uma enfermeira que participa do Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil e que é responsável pela investigação. A investigação é feita por visita, contato telefônico. Estes 2 óbitos, 1 por possível má formação e outro por alguma doença infecciosa ainda não foram investigados.

1 óbito para 23 nascidos vivos, totalizando Taxa de mortalidade infantil = 43 óbitos / 1000 nascidos vivos. Atualização até 08/04/2016.

Importante sabermos se o pré-natal foi feito na UBS - CID= P21 ASFIXIA AO NASCER

Nossas visitas domiciliares aos recém-nascidos são realizadas após chegada de declaração de nascidos-vivos, a qual demora cerca de 30 dias para recebermos. Ainda não temos estabelecido fluxo de visitas na primeira semana de nascimento. Entretanto, os recém-nascidos são capturados na sala de vacina, é orientado amamentação e a mãe é encaminhada para agendamento de consulta, com posterior vigilância de retornos até completarem 2 anos de idade.

RESPOSTA NO EXCEL.

Não tivemos casos.

em processo de avaliação para conclusao dos casos, se evitaveis ou nao evitaveis.

Participação ativa no Comitê de Mortalidade Materno/Infantil. Casos de óbito materno/infantil são considerados eventos sentinela e discutidos no Núcleo de Saúde Coletiva e em reunião de Equipe, porém não houve nenhum caso no quadrimestre. Realizado Visita Domiciliar por profissional de saúde na 1ª semana de vida para 100% dos Recém-nascidos de alto risco. Realizado incentivo à amamentação exclusiva até os 6 meses e manter amamentação complementar até os 2 anos. Realizado acompanhamento no 1º ano de vida, com no mínimo 7 consultas.

foram 03 óbitos em menor de um ano, todos estão em investigação pelo NSC da unidade e pelo comitê de mortalidade materno infantil.

Mantemos reuniões de equipe semanal para discussão de casos. A unidade conta com apenas um profissional pediatra e as enfermeiras estão com dificuldade em retomar o programa de puericultura devido a problemas de RH e falta de salas para atendimento.

Manter oferta de agenda para Puericultura. Manter vigilância Pré Natal. Manter a participação do comitê de mortalidade materno infantil.

2 óbitos fetais. Os casos foram discutidos no Comitê de Mortalidade, 1 evitável (paciente de convênio, não acompanhava no CS) e 1 inevitável.

Continuar fazendo vigilância dos exames de pré-natal

DISCUTIDO AÇÕES NO NSC , EQUIPE E EVENTOS SENTINELAS

Denominador = 0/ Numerador = 0. Não tivemos casos no período.

NÃO SE APLICA

Não tivemos casos

Discutimos os casos de morte infantil e materna nos comites de investigação e no núcleo de saúde coletiva a fim de implementarmos ações de prevenção quando morte evitável. Vacinação com acesso facilitado e diário com profissionais capacitados, convocação e busca ativa dos faltosos.

Implantar programa de desenvolvimento da criança e qualificar profissionais no manejo das condicionalidades.

Os dois casos estão em investigação no comitê de mortalidade um foi concluído como inevitável e o outro está em investigação.

garantia primeira consulta RN. Prioridade da agenda pediatria para puericultura. VD ao RN

Manter a participação no Comitê de Mortalidade do DSLeste

Os casos são investigados e servem como evento sentinela,com discussão na area da criança e nas reuniões de equipe.

participação efetiva no CMMI, NSC discute os óbitos

Melhorar a qualidade das consultas de puericultura, necessidade de treinamento profissional, retorno do grupo de puericultura.

Houve um óbito de menor de criança menor de um ano de vida, que foi investigado e teve mal formações congênitas como causa, sendo considerado inevitável.

Não tivemos nenhum caso de óbito infantil neste período

Manter profissional da unidade inserida no Comitê de Mortalidade Materna e Infantil do Distrito de Saúde Leste para investigação de óbitos que vierem a ocorrer na nossa área de abrangência .

Numerador: 02 denominador: 02 Realizamos evento sentinela em todos os casos.

Só houve um óbito. Foi investigado no Comitê e a conclusão é que o óbito poderia ser evitável por vulnerabilidade social, pois a mãe não aderiu corretamente ao pré natal, o bebê nasceu prematuro e foi a óbito por complicações respiratórias.

Recomendações: Fazer BA nas gestantes de terceiro trimestre sistematicamente.

Não tivemos óbito infantil neste período

não houve óbito no periodo

Foram investigados os 02 óbitos (gemelar) e classificados como óbitos inevitáveis. (Prematuridade extrema, mãe lúpica)

Casos já foram investigado pelo Comitê de Mortalidade sendo que era um óbito inevitável e o outro era evitável sendo a gestante tabagista e usuária de drogas.

Temos uma profissional pediatra, que participa mensalmente das reuniões de comitê de mortalidade materno-infantil, investigamos os óbitos e em nossa reunião de equipe, compartilhamos os casos discutidos de nosso território.

Todos os caos de óbito maternos, infantis e fetais são investigados.

Num: 1 Denom: 2 Um caso com investigação concluída como inevitável e outro em investigação. Os casos são eventos sentinela pra discussão em equipe.

Um profissional da unidade participa das reuniões do comitê e traz as discussões para dentro da equipe. Dos casos ocorridos um foi considerado inevitável e dois encontram-se em investigação.

Manter e aprimorar as ações desenvolvidas para acompanhamento sistemático das gestantes, dos exames, vacinas durante o pré-natal e quando necessário monitorar de forma efetiva as vagas para o Pré Natal de Alto Risco. Aprimorar as visitas domiciliares ao RN, garantindo sua primeira consulta na unidade e vacinação. Garantir a participação efetiva do membro no Comitê de Mortalidade.

No momento o Núcleo de Saúde Coletiva está em fase de implantação e a participação no Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil será retomado em junho.

Numerador: 1, Denominador: 1. O núcleo de saúde coletiva da unidade está bastante enfraquecido, com reuniões esporádicas e pouco resolutivas. Há necessidade de reativação deste colegiado. O caso ocorrido ainda está em investigação.

Há núcleo de saúde coletiva na unidade .

Resposta em arquivo anexo

Retomaremos a participação no comitê.Temos NSC.

Nas reuniões de NSC utilizamos todos os óbitos como evento sentinela.

Óbitos investigados pelo NSC e comitê de mortalidade

A UBS tem representação no Comitê de Investigação de óbito materno e infantil. O caso ocorrido foi investigado e considerado inevitável, pelo comitê. AMBOS OS ÓBITOS FORAM INVESTIGADOS, PORÉM AINDA NÃO FORAM LEVADOS À REUNIÃO DO COMITÊ DE MORTALIDADE. OS ÓBITOS SÃO INVESTIGADOS PELA COORDENAÇÃO, LOGO APÓS A OCORRÊNCIA DOS MESMOS, QUANDO SE É POSSÍVEL COLETAR MAIS INFORMAÇÕES.

Agendamos todos os RN com pediatra nos primeiros 10 dias de vida. Manter a puericultura intercalando consultas com pediatra e enfermeiro mensalmente.

Possuímos núcleo de saúde coletiva na unidade e participamos do comitê de investigação de óbito materno infantil. Os casos que ocorreram foram discutidos na equipe.

02 casos de mortalidade infantil. Os dois em investigação. Participamos do Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil

Numerador: 1 ; Denominador: 1; total: 1. É realizado a visita domiciliar ao recém-nascido pelo agente de saúde e pela enfermagem.Os casos são discutidos em reuniões de equipe. O óbito foi inevitável.

Detectar e acompanhar os recém nascidos de risco, garantindo atendimento. Dificuldade número insuficiente de pediatras e enfermeiros para atender a demanda.

Tivemos um caso de óbito e investigado pelo Comitê, que concluiu como evitável. Há garantia de consultas de Puericultura. Temos NSC ainda incipiente. Não ocorreram nenhum óbito infantil no período.

100% dos óbitos fetais e menores de 1 ano investigados. Cada equipe investiga e discute os óbitos de sua área. Iremos ampliar essa discussão no NSC. manter

Total de 2, ambos investigados.

Quando existe óbito infantil realizamos a Visita Domiciliar de Investigação e discutimos o caso em reunião de equipe, além do Comitê de Mortalidade.

Não tivemos casos de óbito infantil no período.

## 25. Proporção de óbitos infantis e fetais investigados

### 25.1 Valor

0  
100  
02  
1  
2  
50  
33.3  
100.0

### 25.2 Considerações e recomendações

Numerador:0 Denominador:0. 0/0=0. A investigação do óbito ocorre no Comitê de Mortalidade Materno Infantil, a unidade conta com um Núcleo de Saúde Coletiva, responsável pela vigilância dos óbitos infantis e fetais.

Até o momento não recebemos Comitê de Mortalidade Materno Infantil nenhum óbito infantil ou fetal para investigação.

Manter as reuniões de mortalidade materno-infantil no distrito de saúde mensalmente para a discussão dos casos.

Este óbitos já são de conhecimento da unidade, mas ainda não foram investigados.

Investigação antenatal (verificação de cardiopatia em ultrassonografia do pre-natal).

3 ÓBITOS FETAIS= afecções originadas no período perinatal e 1 ÓBITO FETAL com CID de asfixia ao nascer. Na planilha do comitê de mortalidade, constam os casos todos, inclusive avalia-se que são moradores de outras áreas. Estamos realizando visitas e confirmando tal área de moradia

Numerador: 0 Denominador: 0 Não tivemos nenhum caso de óbito infantil e fetal, se houvesse, este seria discutido em reunião de núcleo de saúde coletiva, e seria tratado como evento sentinela.

NÃO TIVEMOS NENHUM ÓBITO INFANTIL E FETAL DE JAN A ABRIL 2016. RESPOSTA NO EXCEL.

não tivemos casos.

em processo de avaliação para conclusão dos casos, se evitáveis ou não evitáveis.

Participação ativa no Comitê de Mortalidade Materno/Infantil. Casos de óbito materno/infantil são considerados eventos sentinela e discutidos no Núcleo de Saúde Coletiva e em reunião de Equipe.

os óbitos estão em investigação, ainda não temos um parecer sobre serem evitáveis ou não.

Mantemos reuniões de equipe semanal para discussão de casos.

Manter oferta de agenda para Puericultura. Manter vigilância Pré Natal. Manter a participação do comitê de mortalidade materno infantil.

NUMERADOR: 2 DENOMINADOR: 2 Os casos foram discutidos no Comitê de Mortalidade, 1 evitável (paciente de convênio, não acompanhava no CS) e 1 inevitável.

\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\nãohouve óbitos infantis.

NÃO HOVERAM ÓBITOS

Denominador = 0/ Numerador = 0.

NÃO SE APLICA

1 óbito fetal investigado pela pediatra.

Discutimos os casos de morte infantil e materna nos comitês de investigação e no núcleo de saúde coletiva a fim de implementarmos ações de prevenção quando morte evitável. Vacinação com acesso facilitado e diário com profissionais capacitados, convocação e busca ativa dos faltosos.

Disparar evento sentinela as equipes de saúde e qualificar o núcleo de saúde coletiva.

Número total de óbitos infantis e fetais no período = 3 Investigados = 3 (o fetal (inevitável) e o infantil (inevitável), o outro infantil está em investigação).

Temos núcleo de saúde coletiva e todos os nossos casos são discutidos no comitê de investigação de mortalidade materno infantil do distrito leste onde temos um representante.

2 óbitos fetais, 1 óbito não fetal. Um investigado pelo CS porém ainda não pelo comitê. Outros recentes que vão ser investigados e discutidos pela equipe

Manter a participação no Comitê de Mortalidade do DSEste

Numerador; 0 Denominador; 1 Todos os casos são investigados a partir do registro de óbitos e servem como evento sentinela.

participação efetiva no CMMI, NSC discute os óbitos

Não tivemos óbitos.

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

Não tivemos nenhum caso de óbito infantil ou fetal neste período

Manter profissional da unidade inserida no Comitê de Mortalidade Materna e Infantil do Distrito de Saúde Leste para investigação de óbitos que vierem a ocorrer na nossa área de abrangência .

Numerador : 2 Denominador : 2 Realizamos evento sentinela em todos os casos. Temos NSC na unidade com reuniões quinzenais. Todos os casos são discutidos na reunião do NSC e levado para a reunião da ESF responsável pelo caso.

Só houve um óbito. Foi investigado no Comitê e a conclusão é que o óbito poderia ser evitável por vulnerabilidade social, pois a mãe não aderiu corretamente ao pré natal, o bebê nasceu prematuro e foi a óbito por complicações respiratórias.

Numerador: 0 óbitos infantis e fetais investigados no período; denominador: 0 óbitos infantis e fetais no período; Fonte: Comitê de Mortalidade Materno Infantil do DSNO e TabNet.

Pela planilha enviada do comitê, tivemos 1 óbito fetal evitável, 0 óbito infantil Óbito fetal 16 semanas investigado - drogadição

não houve óbito no período

caso discutido na equipe local de referência, NSC e no Comitê de Mortalidade Materna e Infantil.

Todos os óbitos foram investigados no comitê de mortalidade distrital.

Realizamos as investigações de óbitos nas visitas domiciliares ou em nosso próprio serviço. Fazemos as discussões em reunião de equipe, e também, temos representante nas reuniões de investigação de comitê de mortalidade materno-infantil, informações são compartilhadas nas reuniões de equipe de referência.

Todos os casos de óbito maternos, infantis e fetais são investigados.

Num: 1 Denom: 2 Um caso com investigação concluída como inevitável e outro em investigação. A Unidade possui Núcleo de Saúde Coletiva.

$1/3 \times 100 = 33,3\%$  A investigação é realizada por um enfermeiro ou pelo profissional que faz parte do comitê, algumas famílias se recusam a falar sobre o ocorrido. Fizemos uma reestruturação no fluxo para que estes casos possam ser discutidos mais amplamente dentro das equipes. (Comitê)

Estamos retomando o Núcleo de Saúde Coletiva e qualificando o acompanhamento dos casos em investigação. Manter a participação efetiva do membro no Comitê de Mortalidade.

No momento o Núcleo de Saúde Coletiva está em fase de implantação e a participação no Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil será retomado em junho.

1) Numerador: 1, Denominador: 1. 2) O núcleo de saúde coletiva da unidade está bastante enfraquecido, com reuniões esporádicas e pouco resolutivas. Há necessidade de reativação deste colegiado. O caso ocorrido ainda está em investigação.

1/1 inevitável

Nenhum óbito infantil e fetal. Fonte: planilhas do Comitê. Participação de um enfermeiro no Comitê Distrital de Óbito Materno Infantil até fevereiro. A partir de maio, foi substituído por uma pediatra.

Tivemos 1 caso óbito fetal que está em investigação. Temos NSC no CS e os casos são discutidos na equipe depois da discussão do comitê.

Dificuldade específica na realização desta investigação.

2 óbitos infantis e fetais investigados

Os casos são compartilhados com a equipe, investigados dentro do Comitê de investigação de óbito materno infantil.

$2/2 \times 100 = 100$ . AMBOS OS ÓBITOS FORAM INVESTIGADOS, PORÉM AINDA NÃO FORAM LEVADOS À REUNIÃO DO COMITÊ DE MORTALIDADE. OS ÓBITOS SÃO INVESTIGADOS PELA COORDENAÇÃO, LOGO APÓS A OCORRÊNCIA DOS MESMOS, QUANDO SE É POSSÍVEL COLETAR MAIS INFORMAÇÕES.

Tivemos 1 óbito infantil em janeiro deste ano. A mãe fez pré natal no convênio. Não aceitou conversar com a nossa equipe. Estamos aguardando um tempo para nova tentativa de investigação.

Realizamos investigação desses óbitos a partir do comitê de investigação de óbitos materno infantil.

Os dois casos de óbito estão em processo de investigação. Realizamos visita domiciliar, convidamos para o atendimento na unidade e seguimos um roteiro de investigação da vigilância.

numerador: 1; denominador: 1; total: 100% Todos os óbitos são investigados, temos uma ginecologista que participa do comitê de mortalidade materno infantil.

Os casos são discutidos e a partir desta análise são desencadeada ações.

1/1 . A Unidade conta com dois profissionais no Comitê de mortalidade, que discute os casos na VISA e depois compartilha nas equipes de referências. Ocorreram dois óbitos fetais que foram devidamente investigados. Um inevitável e outro inconclusivo.

Tivemos 1 óbito neonatal e 2 fetais. 100% dos óbitos fetais e menores de 1 ano investigados. Cada equipe investiga e discute os óbitos de sua área. Iremos ampliar essa discussão no NSC.

manter

Total de 2, ambos investigados.

Quando existe óbito infantil realizamos a Visita Domiciliar de Investigação e discutimos o caso em reunião de equipe, além do Comitê de Mortalidade.

Não tivemos óbitos no período.

## 26. Proporção de óbitos maternos investigados

### 26.1 Valor

0

100

1

### 26.2 Considerações e recomendações

Numerador: 0. Denominador: 0. 0/0=0. Não houve investigação de óbitos maternos na unidade pela ausência dos mesmos.

Até o momento não recebemos do Comitê Mortalidade Materno Infantil nenhum óbito materno para investigação.

não houve óbitos maternos no período.

Realizamos pré-natal, solicitamos os exames indicados, oferecemos as vacinas. Mesmo com a licença maternidade de uma de nossas ginecologistas, com a ajuda de ginecologistas de outras unidades, coma participação dedicada de nossas generalistas, foi possível oferecer pré-natal para todas as nossas gestantes. As gestantes de alto risco são encaminhadas para o Ambulatório de alto-risco e são monitoradas pela unidade.

Não houve óbitos maternos.

Com CID hemorragia pós parto ( o dado do TABNET é o mesmo do comitê de investigação)

Numerador: 0 Denominador: 0

NÃO TIVEMOS ÓBITO MATERNO NO PERÍODO.

não tivemos casos.

nao houve obitos maternos.

Participação ativa no Comitê de Mortalidade Materno/Infantil. Casos de óbito materno/infantil são considerados eventos sentinela e discutidos no Núcleo de Saúde Coletiva e em reunião de Equipe.

não houve óbitos maternos no quadrimestre.

Mantemos reuniões de equipe semanal para discussão de casos e participação no comitê de mortalidade materno infantil.

Manter vigilância Pré Natal. Manter a participação do comitê de mortalidade materno infantil.

Não houve casos. Há NSC atuante e participação no Comitê de Mortalidade.

não houve óbitos no período.

NÃO HOVERAM ÓBITOS

Numerador= 0/ Denominador = 0.

NÃO SE APLICA

Não tivemos casos

Não houve mortes maternas nesse período.

manter vigilância e monitoramento das condicionalidades da região de abrangência ao serviço de saúde.

Não tivemos óbitos maternos neste quadrimestre, mas toda vez que temos, eles são investigados.

nao ocorreram obitos maternos

Manter a participação no Comitê de Mortalidade do DSlEste

Não houve óbito

participação efetiva no CMMI, NSC discute os óbitos

Não tivemos óbitos.

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

Não tivemos nenhum caso de óbito materno neste período

Manter profissional da unidade inserida no Comitê de Mortalidade Materna e Infantil do Distrito de Saúde Leste para investigação de óbitos que vierem a ocorrer na nossa área de abrangência .

Numerador : 0 Denominador : 0 Realizamos investigação dos óbitos solicitados pelo Comitê de Óbito Materno infantil.

Não houve óbitos no período

Numerador: 0 óbitos; denominador: 0 óbitos no período. Fonte: Comitê de Mortalidade Materno Infantil do DSNO.

Óbito ocorrido em abril de 2016 e está em investigação

não houve óbito materno no período

Nenhum óbito materno no período

não houve óbito materno no período.

Realizamos as investigações de óbitos em visitas domiciliares ou em nosso próprio serviço, temos uma representante no comitê de investigação de óbito materno-infantil, e discutimos os casos de vigilância em nossas reuniões de equipe, onde compartilhamos os casos.

Não apresentamos nenhum caso neste período.

A Unidade está sem ginecologista desde 2013, tem Núcleo de Saúde Coletiva e participa do Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil

1/1x100=100% (comitê) Tivemos uma morte materna causada por ferimento de arma de fogo.

Estamos retomando o Núcleo de Saúde Coletiva e qualificando o acompanhamento dos casos em investigação. Manter a participação efetiva do membro no Comitê de Mortalidade.

No momento o Núcleo de Saúde Coletiva está em fase de implantação e a participação no Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil será retomado em junho.

O núcleo de saúde coletiva da unidade está bastante enfraquecido, com reuniões esporádicas e pouco resolutivas. Há necessidade de reativação deste colegiado. Não houve ocorrência no período.

Há núcleo de saúde coletiva na unidade.

Nenhum óbito materno ocorreu no quadrimestre; participação do um enfermeiro no Comitê Distrital de Óbito Materno Infantil. A partir de maio, foi substituído por uma pediatra.

Casos são levantados pela unidade e discutidos no comitê de mortalidade materno infantil.

Não tivemos nenhum no período

Óbitos investigados pelo NSC e comitê de mortalidade

Não houve óbito materno, no quadrimestre.

**NÃO HOUVE ÓBITO MATERNO NO PERÍODO**

Não tivemos óbito materno.

Existem investigações desses óbitos apontados pelo comitê de óbito materno infantil.

Não tivemos caso de óbito materno no período selecionado. Realizamos visita domiciliar e seguimos um roteiro de investigação da vigilância.

Não houve óbito materno. Todos casos são investigados e avaliados e realizado evento sentinela servindo de alerta aos profissionais da saúde a respeito da possível ocorrência de agravos preveníveis, que podem estar associados à má qualidade de intervenções de caráter preventivo ou terapêutico e que devem ser aprimorados.

Para evitar óbito materno, importante detecção rápida de fatores de risco, garantir acompanhamento em pré-natal especializado.

Não houve nenhum óbito materno neste período. Temos dois profissionais no Comitê de Mortalidade que discute os casos nas equipes de referências.

Não ocorreram nenhum óbito materno no período.

1 óbito materno classificado como evitável pela rede hospitalar. Discutido na equipe de referência e na área de saúde da mulher.

manter

Não houve.

Não tivemos óbito materno neste período.

Não tivemos óbitos no período

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

### 27.1 Valor

0

100

1

01

3

2

50

100.0

66.6

### 27.2 Considerações e recomendações

Numerador: 2. Denominador: 2.  $(0/2) \times 100 = 100$ . Não realizamos investigação de óbitos maternos em mulheres em idade fértil, visto que as pacientes que evoluíram com óbito já tinham causa mortis bem definidas e não relacionadas a quadro gestacional (glioblastoma mesencefálico e Choque cardiogênico/ TVP).

Todos óbitos de mulheres em idade fetal são investigados, no entanto, até o momento não recebemos nenhum óbito de mulheres em idade fértil para investigação.

não houve óbitos de mulheres em idade fértil no período.

Nenhuma das mulheres estava gestante.

Não houve óbitos nesta faixa etária.

2 óbitos de mulheres em idade fértil - 20-24 anos hemorragia pós parto e 35-39 anos doença do aparelho respiratório

Numerador: 5 Denominador: 0 Cálculo:  $5/0 \times 100 = 0$  Nenhum dos 5 casos foi óbito materno, não sendo discutidos no Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil.

RESPOSTA NO EXCEL.

não tivemos casos.

nao houve obitos

Participação ativa no Comitê de Mortalidade Materno/Infantil. Casos de óbito materno/infantil são considerados eventos sentinela e discutidos no Núcleo de Saúde Coletiva e em reunião de Equipe.

não houve óbitos de mulheres em idade fértil no período

Realizamos visita domiciliar, investigação do prontuário e busca ativa pelas ACS.

Manter a participação do comitê de mortalidade materno infantil. Investigar as causas mortes no Núcleo de Saúde Coletiva

numerador 2 denominador 2 Os casos são discutidos no Comitê de Mortalidade

não houve óbitos maternos

FAZ-SE INVESTIGAÇÃO DAS CAUSAS. E RASTREAMENTO EM PRONTUÁRIOS

Numerador=1, denominador=1.

NÃO SE APLICA

Não tivemos casos

Não houve.

Proporcionar ambientes para discussões de caso e eventos sentinelas.

Tivemos dois casos de óbito de mulheres em idade fértil, uma de infarto na sua residência que acompanhava no convênio em outra cidade e outra de leucemia mielóide aguda. Os casos são investigados no comitê de mortalidade materno infantil do distrito leste, onde temos um representante.

4 óbitos de mulheres em idade fértil. Todos descartados gravidez

Manter a participação no Comitê de Mortalidade do DSlEste

Numerador; 0 denominador:3 Todos os casos são investigados através de visita domiciliar e análise de registro em prontuario. Neste período houve um atraso neste procedimento.

2/2 participação efetiva no CMMI, NSC discute os óbitos

2 óbitos todos investigados.

Houve um óbito de mulher em idade fértil, sendo descartada gestação.

Não tivemos óbito de mulheres em idade fértil neste período.

Manter profissional da unidade inserida no Comitê de Mortalidade Materna e Infantil do Distrito de Saúde Leste para investigação de óbitos que vierem a ocorrer na nossa área de abrangência .

Numerador : 2 Denominador : 2 Realizamos investigação dos óbitos solicitados pelo Comitê de Óbito Materno infantil. Discutimos todos os casos na reunião de NSC e levamos para reunião de ESF responsável pelo caso.

Não houve óbitos no período

Numerador: 01 óbitos de MIF investigados; denominador: 0 óbitos de MIF. Fonte: TabNet, atualizado em 29/04/2016 e Comitê Materno Infantil do DSNO. Faremos VD para investigar o caso registrado no Comitê.

Não tivemos óbito neste período

não houve óbito no periodo

Realizada visita domiciliar pelos ACS, um caso de óbito em mulher em idade fértil, por glioma anaplasico em não gestante.

Conforme Comitê de Mortalidade não houve óbito em mulher em idade fértil que necessitasse de investigação.

Realizamos visita domiciliar á família,para entendermos o caso.Essa usuária quase não frequentava o nosso serviço,pois,tinha plano de saúde,comparecia algumas vezes para receber algumas vacinas.

Apresentamos apenas 1 caso sendo este investigado.

no período não houve óbito de mulheres em idade fértil

Tivemos um óbito de mulher em idade fértil, investigado e constatado estar gestante. Motivo: ferimento por arma de fogo. ( comitê)

A equipe realiza a investigação fazendo contato com a familia e/ou visita domiciliar, ou contato com outros serviços.

Total de óbitos em mulher em idade fértil (10-49 anos) investigados = 0/ Total de óbitos em mulheres em idade fértil = 02 x 100 = 0. A equipe está investigando esses dois óbitos no momento.

Numerador: 2, Denominador: 2. A investigação é feita através do levantamento e análise dos dados do prontuário, contato com familiares através de visitas domiciliares e discussão em reunião de equipe.

Há dois registros no tabnet, mas não chegaram a nossa unidade esses casos.

Nenhum óbito de MIF no período. Fonte: planilhas do Comitê. Participação de um enfermeiro no Comitê Distrital de Óbito Materno Infantil até fevereiro. A partir de maio, foi substituído por uma pediatra.

A equipe tem uma enfermeira de referencia que faz a investigação dos casos e leva pra discussão no comitê e depois com a equipe local.

Apenas 1 óbito foi investigado até o momento, de um total de 2.

2 óbitos investigados pela equipe e comitê de mortalidade

Duas mulheres em idade fértil foram a óbito, ambos os casos foram investigados, através de contato com a família, leitura de prontuário de saúde ( quando existente na UBS), verificação da Declaração de Óbito.

FORAM 3 ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL, TODOS INVESTIGADOS, SENDO QUE NENHUMA ESTAVA GESTANTE OU NO PUERPÉRIO.

Tivemos 1 óbito de mulher em idade fértil no final do mês de março. Será apresentado no comitê agora em maio.

Este caso foi obtido pela fonte do TABNET porém ainda não foi investigado pelo comitê.

Numerador: 2 Denominador: 2 Representante da unidade no Comitê de Mortalidade Materna e Infantil.

Não houve casos. Temos uma GO que participa ativamente do comitê materno infantil e todos os casos são investigados.

Todos os casos são investigados através de visitas domiciliares, estudo do prontuário, e discussão do caso.

Houve três óbitos de mulheres em idade fértil, somente dois foram investigados, pois a informação chegou muito atrasada e uma ainda está sendo investigado.



Não ocorreram nenhum óbito em mulheres em idade fértil no período.

7 óbitos de MIF. 3 impressos não chegaram na unidade por problemas de fluxo que já foram revistos. No entanto, localizamos os casos e procedemos com as investigações. Cada equipe investiga e discute os óbitos de sua área.

manter

Total de 4, todos investigados.

Temos registro de 01 óbito de mulher em idade fértil, porém na Visita de Investigação identificado que é de outro território (DIC 1).

Estamos mantendo ações de vigilância que aprimoram o cuidado dessa população.

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

### 28.1 Valor

0

1

2

01

02

3

### 28.2 Considerações e recomendações

As gestantes com resultado positivo para sífilis, são convocadas junto com seus parceiros para iniciar tratamento, caso não compareçam é realizada busca ativa para início do tratamento.

Não houve casos de sífilis em menores de 1 ano de idade no período.

A mãe desta criança negou a possibilidade de gravidez e iniciou o PN com 25 semanas, e logo no primeiro exame foi diagnosticada com sífilis, e faz tratamento adequado com benzetacil e as titulações de VDRL não baixaram. Refeito tratamento com mais 3 doses de benzetacil, e não houve queda da titulação. Então foi encaminhada para o PNE – Caism, onde seguiu em acompanhamento. Logo que teve o parto, foi prescrita penicilina cristalina para o seu filho.

A unidade segue o protocolo e solicita VDRL na primeira consulta e na 28ª semana. Faz busca ativa de gestantes com resultado positivo assim como de seus parceiros para tratamento.

Atualização formal até 10/03. Após esse período, manteve-se zerado segundo avaliação informal junto à Enfermagem de nosso CS.

Tratamento em tempo oportuno - Temos desencadeado ações de farmacovigilância na sala de aplicação de injetáveis, o que tem garantido maior controle nos tratamentos

Não tivemos gestante com sífilis no período.

RESPOSTA NO EXCEL.

Tivemos 01 caso, equipe vermelha.

foi realizado tratamento da mae durante a gestacao, mas ao nascimento o rn com titulaçao 1/8 fez tratamento logo apos o nascimento, realizado o tratamento da mae tambem.

Realizamos testes de sífilis conforme protocolo com busca ativa dos resultados alterados e convocação para tratamento das gestantes e parceiros. não houve casos de sífilis congênita no período.

As equipes realizam dois testes de sífilis durante a gestação, os casos positivos são tratados junto com seus parceiros e aos faltosos realizamos busca ativa e convocação.

1 caso de sífilis congênita em gestante que realizou Pré Natal em convênio.

Há 1 enfermeira capacitada para teste rápido, porém ainda ofertamos os exames convencionais. Casos positivos são convocados e tratados, assim como o parceiro. Não houve casos de pessoas em situação de rua, mas temos o contato do Consultório na Rua, se necessário.

não houve casos de sífilis congênita.

QUALIFICAR O PN, IDENTIFICANDO E TRATANDO AS GESTANTES E PARCEIROS

Não realizamos teste rápido.

NÃO SE APLICA

Não tivemos casos

Possuímos acesso facilitado para gestantes e agenda de laboratorio priorizada para essa população, rh capacitado e insumos para realização do teste rápido na unidade de saúde.

Garantir vigilância dos usuários de saúde e qualificar um maior numero de profissionais para esta atividade.

Neste quadrimestre não tivemos nenhum caso novo de sífilis em menores de um ano.

1 caso que iniciou pre natal tardio nesse serviço( veio de outro estado) e parto ocorreu antes de completar 30 dias da ultima dose penicilina. Tratamento feito corretamente

Manter a oferta de teste rápido e/ou exame laboratorial de sífilis para gestantes, busca, acompanhamento e tratamento das gestantes positivas para sífilis

São realizados testes e monitoramento dos casos positivos. O tratamento é feito simultâneo com parceiro e registrado na unidade.

todos os casos são tratados de acordo com protocolo vigente

Aumentar o número de gestantes com dois exames no pré-natal. Neste quadrimestre foi feita capacitação para o teste rápido.

As equipes realizaram treinamento para a realização do teste rápido de sífilis no CTA. A unidade oferece o teste sistematicamente uma vez por semana e em outros momentos conforme a indicação.

Não tivemos caso de sífilis em menores de 1 ano de idade neste período.

Manter a vigilância nos casos de sífilis em gestantes com a conscientização constante da equipe para o convencimento quanto ao tratamento concomitante da mulher e parceiro para se evitar a ocorrência de sífilis congênita.

Tivemos um total de 0 suspeitos de sífilis congênita. Realizamos busca ativa e tratamento efetivo das gestantes e parceiros.

2 Não foi implantado teste rápido de Sífilis ainda. Discutida implantação no próximo quadrimestre. É realizada vigilância das gestantes e parceiros, porém neste caso a gestante chegou à unidade tardiamente e o término do tratamento foi antes de um mês do parto, que foi prematuro.

Numerador: 0 caso. Denominador: 0. Fonte: Comitê de mortalidade materno infantil e TabNet atualizado em 10/03/2016. Recomendação: Manter a busca ativa e tratamento efetivo das gestantes e parceiros.

Os resultados de exames são avaliados, as gestantes são convocadas para que o tratamento seja feito o mais precoce possível, tanto da gestante quanto do parceiro.

Manter busca ativa para coleta de exames e tratamento gestantes com sífilis

Oferecemos exame sorologia para sífilis, no início do pré-natal e por volta 28ª semana de gestação.

Observa-se a necessidade de rastreamento em tempo oportuno da solicitação do VDRL pelo profissional e sua execução pela gestante.

No final do último ano conseguimos ofertar capacitação para uma enfermeira e uma técnica de enfermagem, na intenção de realizarmos teste rápido de sífilis em nosso serviço. Sempre que identificamos a necessidade realizamos o procedimento, muitos não retornam para o tratamento, mas, fazemos as buscas e na maioria das vezes conseguimos resgatar o casal, ou o usuário e iniciar o tratamento. Não temos nenhuma articulação com o consultório na rua.

Melhorar as ações de diagnóstico precoce de sífilis em gestantes, intensificar ações de tratamento da gestante e seu parceiro.

Após capacitação das enfermeiras os testes são divulgados e realizados conforme demanda espontânea e em todos os Pré-Natais conforme protocolo.

A unidade possui apenas um enfermeiro capacitado para realizar o teste rápido o que dificulta a realização do exame para todas as gestantes no momento da abertura do SIS. Começamos no mês de março a realizar a busca ativa das faltosas. A recusa do parceiro com relação ao tratamento, a difícil adesão da gestante usuária de substância psicoativa e os múltiplos parceiros que elas possuem são fatores que dificultam a eficácia do tratamento e acompanhamento. Temos interlocução sempre que necessário com o consultório de rua.

Estamos retomando o Núcleo de Saúde Coletiva, as ações desenvolvidas serão o monitoramento dos casos de sífilis em gestantes por meio de planilha, para avaliação do tratamento e exames realizados durante a gestação, conforme protocolo da vigilância. Busca ativa com discussão dos casos de difícil adesão ao tratamento em reunião de equipe e quando necessário articulação com Consultório de Rua.

A busca ativa é realizada assim que o exame alterado chega a unidade via telefone e caso não encontre a gestante o Agente Comunitário de Saúde da micro área realiza visita domiciliar.

Dos três casos de sífilis congênita, duas gestantes não realizaram pré-natal na unidade. Uma delas realizou no Caism e a outra no convênio.

O caso apresentado, o casal tratou, mas infelizmente houve a reinfecção. A gestante tratou por quatro vezes.

Nenhum caso de sífilis cong no período. Realizamos busca ativa e tratamento em todos os casos + e seus parceiros. Priorizamos coleta de exames em gestantes e fazemos a busca ativa das gestantes faltosas no dia da coleta.

Não temos teste rápido de sífilis no CS. A vigilância é feita para todos os casos de sífilis gestacional. Nunca fizemos articulação com consultório de rua pois não tivemos casos com essa especificidade.

Não tivemos caso no período.

teste rápido não implantado e não existe articulação com o consultório de rua

Nesta UBS não há teste rápido de sífilis, embora haja profissionais treinados para realizá-lo. As gestantes e seus parceiros são convocados e tratados, conforme protocolo existente.

TIVEMOS DOIS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA, SENDO QUE O PRIMEIRO ERA DE GESTANTE DE CONVÊNIO E O SEGUNDO, A GESTANTE PROCUROU A UNIDADE NO 6º MÊS DE GESTAÇÃO, PARA FAZER O TESTE DE GRAVIDEZ. IMEDIATAMENTE FOI ABERTO SIS PN E SOLICITADO OS EXAMES (O FILHO ANTERIOR JÁ HAVIA FALECIDO POR PREMATURIDADE EXTREMA E SÍFILIS CONGÊNITA, TENDO INICIADO O PN TARDIAMENTE), PORÉM NO DIA SEGUINTE À COLETA O BEBÊ NASCEU E O EXAME DE SÍFILIS FOI POSITIVO. O BEBÊ SEGUE INTERNADO POR PREMATURIDADE.

Não tivemos casos. Todas as gestantes foram tratadas.

Temos implantação do teste rápido de sífilis, fazemos busca ativa de faltosos e o principal problema tem sido o tratamento inadequado dos parceiros e pacientes de convênio. O nosso único caso descrito acima foi assim: paciente de convênio, parceiro não compareceu para tratamento. Somente a paciente tratou.

não tivemos nenhum caso de sífilis congênita no período.

Tivemos treinamento das enfermeiras para a realização do teste rápido que é realizado na primeira consulta do SIS Pré-Natal. Todos os casos são acompanhados e monitorados.

O teste rápido é realizado na maioria das gestantes, com dificuldade hoje por não estar todos os profissionais treinados. Exames também realizados no parceiro.

Não houve nenhum caso de Sífilis congênita. Temos profissionais capacitadas no Teste Rápido e casos positivos são convocados para tratamento do casal.

Não ocorreram nenhum caso novo de sífilis congênita no período.

Não realizamos o teste rápido no período pois a enfermeira capacitada está em LTS. Cada equipe faz a busca ativa para o tratamento e vigilância dos casos. Acompanhamento também pelo Comitê de Mortalidade.

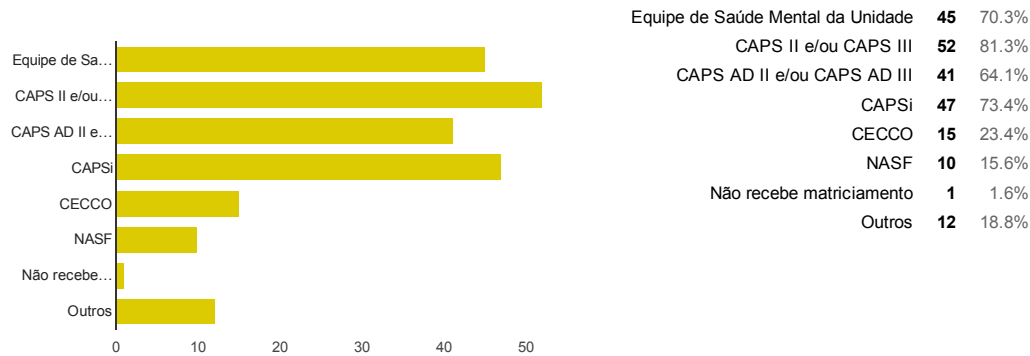
manter

Não houve.

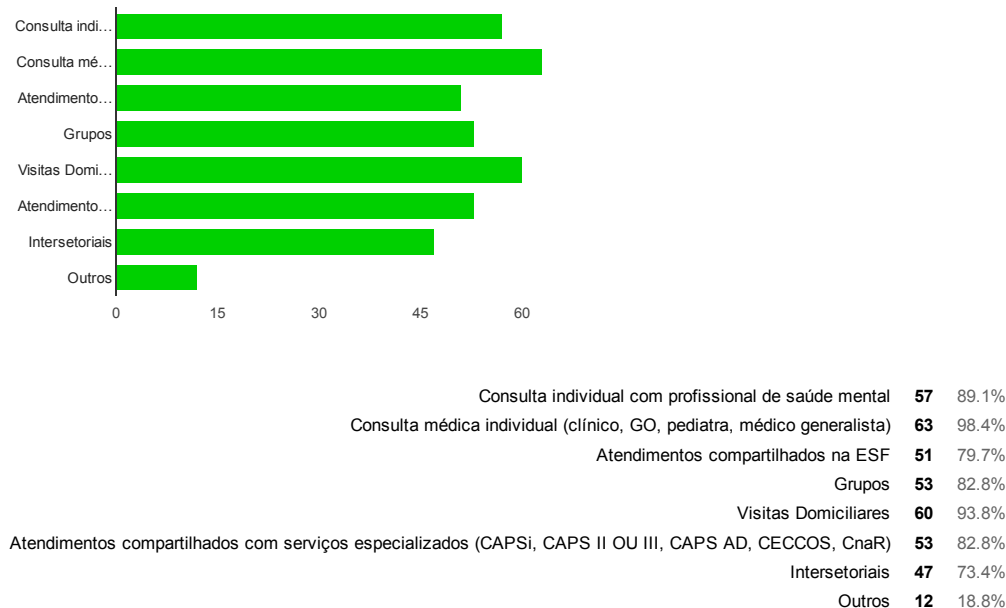
A sífilis em gestante é acompanhada sistematicamente (gestante, parceiro e RN). Neste caso a gestante não revelou a identidade do parceiro.

Não tivemos casos de sífilis congênita no período.

## DIRETRIZ 4

**Objetivo 4.2 - Qualificar a atenção, produção de informação e conhecimento.****Meta Municipal 4.c Ação: ter 100% das equipes recebendo matriciamento de uma unidade especializada de saúde mental ou de equipe de saúde mental da Atenção Básica.****Meta Municipal 4.c.1 - Valor****Meta Municipal 4.c.2 Qual o percentual de ESF que recebe matriciamento em Saúde Mental.**

100  
0  
100.0  
25  
100  
75  
50  
10

**Meta Municipal 4.c.3 Quais ações de saúde são ofertadas aos usuários de saúde mental.****Meta Municipal 4.c Considerações e recomendações**

Todas as equipes recebem matriciamento de SM ao menos uma vez ao mês.

Todas ESF recebem matriciamento semanalmente, visto que os profissionais da saúde mental estão inseridos nas ESF.

Ambas as equipes recebem matriciamento mensalente. Há um pedido de que o CAPSi e CAPSad também realizem matriciamento.

Apenas a ESF 3 recebe matriciamento do CAPI Todas as equipes recebe matriciamento pelas psicólogas da Unidade. Existem 3 psicólogas na unidade, no momento. Uma das psicólogas participa das reuniões das equipes 1 e 2 quando existe algum caso para compartilhar ou discutir com os profissionais da equipe e participa regularmente da reunião da equipe 3. A outra participa regularmente da reunião da equipe 1; e a outra regularmente das reuniões da equipe 2 e 4.

As 3 equipes da ESF recebem o matriciamento. Por parte do psicólogo do CS, sua ocorrência é contínua, em especial nos espaços de reuniões de equipe (semanalmente). Dos CAPS (i e AD inclusos) mensalmente. Os médicos residentes em psiquiatria comparecem semanalmente.

TODAS AS EQUIPES DA ESF - VERMELHA E AMARELA com matriciamento semanal - EQUIPE AZUL - reuniões mais espaçadas (horário da reunião precisa ser revisto)

Nossas duas ESF recebem matriciamento de saúde mental com a equipe do CS Santa Odila quinzenalmente, uma vez por mês o CAPS III e CAPS AD comparecem para o matriciamento conjunto.

RESPOSTA NO EXCEL.

As 3 equipes recebem matriciamento do Nasf, em reuniões de equipe ou em reuniões específicas, quinzenais. matriciamento semanal para as equipes.

Reunião mensal de Saúde Mental com participação do NASF e com presença de 100% da ESF. Realizado discussões individualizadas de acordo com as necessidades apresentadas pela ESF. Grupo quinzenal de Saúde Mental Infantil.

Todas as equipes de saúde da família recebem matriciamento da equipe de saúde mental da unidade, eventualmente ocorrem discussões de casos com CAPS III e CAPS AD

As duas equipes recebem algum tipo de matriciamento em saúde mental. Atualmente o CAPS Estação realiza matriciamento mensal, discutindo casos das duas equipes. Pretendemos ampliar o matriciamento incluindo CAPSi e CAPS AD, com discussão de casos em cada equipe de referência.

A Equipe e matriciada mensalmente pelo CAPS III em conjunto com a Equipe do CS Eulina.

Equipes participam do matriciamento que acontece no CS Ipe e também temos 1 psicóloga do CS Ipê 1 dia por semana na unidade. das 4 equipes, 3 estão envolvidas com o matriciamento. Estamos aguardando a chegada de um novo psiquiatra (atualmente temos 1 que faz 11 horas). Perdemos 1 psicóloga do CS Ipê que atuava 1x semana na unidade. Desenvolvemos grupos em parceria com o CECO e estamos enviando profissionais do CS para conhecer a dinâmica dos CAPS.

Todas as 4 equipes de referência recebem matriciamento da equipe de saúde mental, sempre há discussões de casos nas reuniões de equipe, e nas reuniões de saúde mental.

SIM RECEBEM, QUINZENALMENTE

Os profissionais matriciados são a psicóloga e a assistente social as quais são referência da saúde mental desta unidade para as 3 equipes.

0

Matriciamento da Psiquiatra em reuniões de equipe, CAPSi participa do Grupo de Crianças. Demais referências, discussão de casos por telefone. NASF matricia a Unidade (TO, Educadora)

Temos apenas uma equipe e o matriciamento/atendimento conjunto é feito pelos CAPs e Residência da Saúde Mental da Unicamp. Temos apenas 1 psicólogo 10 hs o que não nos permite implementar muitas ações coletivas. Outro agravante se dá pelo fato de não termos CECO ou outros centros de socialização.

Incentivar profissionais a participação em reuniões e a realização de grupos educativos. Participar de educação permanente.

Todas as equipes recebem o matriciamento de nossos profissionais da saúde mental a cada 15 dias, durante as reuniões de equipe de PSF, eles compõem essas equipes, então há uma grande troca e envolvimento de ambos os lados. CAPS II e AD, fizeram visitas na equipe vinho e o CAPSi está indo uma vez ao mês na laranja, equipe que temos mais casos de saúde mental envolvendo crianças.

CS ficou sem equipe de saúde mental (exoneração e LGE). Matriciamento CAPS AD em 1 equipe; CAPS III mensal em todas equipes, CAPS I quinzenal equipes e projeto intersetorial co escolas

A unidade recebe matriciamento de Sd Mental da unidade de referência (sousas) e do CAPS I

Todas as equipes quinzenalmente ou de forma eventual se necessário.

todas as equipes recebem matriciamento mensal dos CAPS e quinzenal do NASF

As equipes recebem matriciamento semanal da equipe de saúde mental e do Nasf. E esporadicamente dos Caps.

O psicólogo e a psiquiatra do NASF realizam matriciamento de todas as quatro equipes sistematicamente ao menos uma vez por semana.

As duas equipes recebem matriciamento uma vez ao mês.

Todas as 4 equipes da unidade recebem o matriciamento do CAPS I quando existe casos a serem compartilhados. Não existe uma frequência estabelecida, os matriciamentos ocorrem de acordo com a necessidade.

As 4 ESF recebem matriciamento. Matriciamento do Psiquiatra com os médicos ocorre semanal; CAPS SUL com CAPS AD quinzenal; VD Com o CAPS SUL com CAPS AD mensal; CAPS I quinzenal; Redemista mensal; Rede AD mensal; Interconsulta CRAS-CASI mensal; CREAS mensal.

- Equipes Verde e Vermelha recebem matriciamento quinzenal com equipe de Saúde mental de unidade de referência. Há matriciamentos das duas equipes mensais com os CAPS e também temos reuniões intersetoriais e com a Assistência Social

Temos consulta individual principalmente do enfermeiro que faz toda a triagem e os desdobramentos necessários para o paciente. Estamos sem participação na intersetorial no momento. Temos pouco tempo na reunião de matriciamento.

- Considerações: A unidade hoje conta com 4 equipes de referência. Os casos são discutidos nas equipes de referência, são avaliados e levados para o matriciamento da saúde mental, que são matriciados pelas equipes do CAPS III, Infantil e AD.

EQUIPE VERDE MATRICIAMENTO E PTS 2 VEZES POR MÊS

As duas ESF, que recebem matriciamento em Saúde Mental, mensalmente.

Equipe matricia o CS Satélite e tem projeto de implementação do NASF. Proposta para CAPS Integração frequentar reuniões de equipe.

Em nosso serviço temos uma equipe de saúde da família, que recebe matriciamento dos profissionais da saúde mental do CS Ipaussurama, também dos CAPS III, CAPSi, CAPS AD, as frequências vão de semanal à mensal.

Matriciamento ESF semanal, CAPS I/ AD e CAPS III quinzenal.

Temos apenas uma equipe e esta recebe matriciamento mensal da equipe de SM do CS Floresta e do CAPS Integração, outros serviços matriciam casos pontuais

Recebemos matriciamento do CAPS II, CAPS I, CAPS AD uma vez por mês em reuniões de equipe. Matriciamento de um psiquiatra duas horas mês em nosso Centro de Saúde para discutir casos do Floresta, Campina Grande e Itajaí. Observamos a necessidade de aumento dessas ofertas.

Todas as equipes recebem matriciamento tanto dos profissionais do NASF, quanto dos serviços especializados, conforme cronograma pactuado.

As duas equipes de ESF recebem matriciamento uma vez por mês por duas horas, entretanto a partir de maio houve mudança no matriciamento para que outros equipamentos participem como: CAPS ad, CAPS ij, escolas entre outras.

A equipe de saúde mental do CAPS Integração, Caps AD e CAPS I ofertam matriciamento uma vez ao mês para as ESF da unidade e a equipe de SM da AB matricia uma vez por semana.

Todas as equipes recebem matriciamento. Matriciamento com Caps III: 3 vezes ao mês Caps infantil: quinzenal Caps AD: mensal Equipe SM Local: semanal

Resposta em arquivo anexo

O matriciamento de saúde mental é feito por uma psicóloga da equipe do CS São José. Ocorre mensalmente. O matriciamento ampliado também é mensal.

Todas as equipes de saúde família recebem matriciamento de equipe de saúde mental. CAPS III matricia mensalmente todas as equipes. CAPS I e CAPS ad matricia sempre que necessário.

as equipes recebem matriciamento nas reuniões semanais

06 equipes Saúde da Família recebem matriciamento, semanalmente por uma profissional psicóloga e, mensalmente, pela equipe ampliada (CAPS e psicóloga). A UBS, neste momento, conta com apenas uma psicóloga para 6 equipes.

TODAS AS EQUIPES RECEBEM O MATRICIAMENTO. A EQUIPE DE SAÚDE MENTAL DA UNIDADE FAZ O MATRICIAMENTO SEMANAL, EM REUNIÃO DE EQUIPE; O CAPS AD E CAPS III, MENSALMENTE, TAMBÉM EM REUNIÃO DE EQUIPE. O MATRICIAMENTO DO CAPS I OCORRE QUANDO HÁ DEMANDA. FAZEMOS, TAMBÉM, ATENDIMENTOS COMPARTILHADOS NA UNIDADE E NO DOMICÍLIO, BEM COMO GRUPO DE USUÁRIOS DE SPA, GRUPO TERAPÊUTICO, GRUPO DE CRIANÇAS, GRUPO DE ARTESANATO, DANÇA CIRCULAR E AURICULOTERAPIA. CAPSi e Caps AD de acordo com a demanda.

As equipes de PSF recebem matriciamento da equipe de saúde mental da unidade: Psiquiatra, T.O e psicologia.

- Equipe Saúde Mental da unidade: Somente a Terapeuta Ocupacional. (Não contamos com Psiquiatra e Psicólogo) - Matriciamento Equipe Saúde Mental da unidade: 2 equipes de referência sim, 01 equipe não. - Matriciamento Caps: 02 equipes de referência sim, 01 não. - Matriciamento Caps AD: 01 equipe de referência sim, 02 não. - Caps I: Discussão de PTS sempre que necessário.

As duas equipes da Unidade recebem matriciamento uma vez ao mês da equipe de saúde mental, do CAPS III e CAPS I e no mês de abril foi inserido o matriciamento do CAPS AD. Não é realizado nenhuma ação conjunta com o Centro de Convivência.

Todas as ESF discutem casos com os serviços especializados, mantendo uma rotina de reunião.

As 3 equipes são matriciadas pelo C.S Balão do Laranja, que também faz atendimento individualizado. Oferta de vagas psiquiátricas do C.S Ipaussurama.

A unidade conta com duas equipes e ambas recebem o matriciamento duas vezes por mês.

Matriciamento ocorre para as equipes 204, 205, 226, 227 e 228 quinzenalmente com a equipe de saúde metal da unidade e mensal pelo CAPS I, AD e II. todas as equipes recebem matriciamento sob demanda. não rotina de matriciamento periódico. manter

Todas (4).

Matriciamento NASF: semanalmente, CAPS Davi Capistrano: mensalmente, CAPS AD ainda está em processo de inserção no nosso serviço.

Recebemos matriciamento mensalmente.

## **Meta Municipal 4.g Ter 100% das Unidades Básicas até 2017 com sistema de registro e monitoramento dos casos de saúde mental e uso de álcool e outras drogas no seu território.**

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

0  
12  
10  
6  
4  
15  
21  
20  
02  
11  
08  
1  
102  
34  
25  
8  
5  
40  
18  
3  
82  
51  
58  
22  
24  
0

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

0

Não há registro sistemático e organizado.

São acompanhados pelo psiquiatra da UBS 05 usuários que fazem uso de álcool e 03 usuários que fazem uso de cocaína.

não há um instrumento de registro dos casos. A unidade possui um grupo para pessoas que usam álcool e outras substâncias psicoativas desde dezembro de 2015, porém a procura é baixa, apesar do conhecimento desta demanda. A equipe propôs de aumentar a divulgação deste grupo.

Agenda do profissional

Registros pessoais dos ACS.

prontuário, discussão da equipe e planilha de saúde mental - CAPS AD

Dados passados pelo CAPS AD e registrados na unidade.

FONTE: REGISTRO DE ATENDIMENTOS, PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO POR EQUIPE PSF, GRUPO DE DEPENDENTE QUÍMICO.

Anotação dos atendimentos da psiquiatra.

relatório de acompanhamento do esus

Planilha preenchida e atualizada pela Psiquiatra da Unidade.

cadastro na equipe

A unidade não mantém registro de forma sistematizada/ planilhas para acompanhamento dos casos. A informações estão restritas as anotações de prontuário

Não há registro de dados

Não há instrumento implantado. Foi discutido no planejamento anual proposta para iniciar esse ano.

Cadastro realizado pelas psicólogas ,de pacientes que frequentam os grupos de dependentes químicos

NÃO TEMOS REGISTRO

NÃO TEMOS SISTEMATIZADO AINDA

Planilha da Psiquiatra

Ainda não temos impresso para isso, porém já iniciamos discussão para criação deste. Por isso esse número não representa integralmente nosso atendimento

Agendas dos profissionais . Ainda não foi implementado cadastro.

Cadastro de pacientes de nossos profissionais da saúde mental e das equipes de PSF

iniciamos recentemente o registro. Aprimoramento projeto em conjunto CAPS AD

Não temos instrumento de registro específico para casos de álcool e outras drogas acompanhados na unidade

Cadastro na equipe de saúde mental

não temos registro oficial

Não existe fonte formal, só temos os PTSs das equipes

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

Não temos este registro na unidade. Precisamos melhorar este indicador.

Não temos esse registro.

Não há fonte de registro.

Necessidade de iniciar cadastro mais atualizado dos usuários. Por ser uma área de grande vulnerabilidade, há receio da equipe em realizar estes cadastros, principalmente de usuários de substâncias psicoativas.

Possuímos um caderno que registramos todos os pacientes em sofrimento mental que nos procuram na Unidade, mais esse número não reflete a realidade. Temos também o registro dos pacientes que estamos desenvolvendo o PTS na RER e no matriciamento da saúde mental.

Não temos esses dados. – Os pacientes usuários de álcool e drogas são encaminhados para o CAPS AD que se encontra próximo a unidade

Não possuímos registro formal para este dado

Registro em planilha de dados

A coleta de dados ocorre através dos grupos e discussões realizadas nas reuniões, demanda espontânea e construção de PTS.

Estamos recebendo o matriciamento do CAPS AD desde fevereiro, e através dessa atividade, conseguimos a informação. Identificamos essa demanda em acolhimento, encaminhamos para o serviço especializado, e poucas vezes temos o retorno desse usuário, apenas, voltam quando estão com algum quadro agudo de adoecimento. Sabemos hoje, que temos 24 usuários do nosso serviço em acompanhamento no CAPS AD.

Estamos discutindo a elaboração e construção de um instrumento, esse dado é de casos mais assíduos

Temos 82 casos que são de nossa área de abrangência e que estão inseridos no CAPS AD e outros que atendemos e que não conseguimos adesão e aceitação do tratamento. Dos casos que estão em acompanhamento no CAPS AD, temos uma lista que eles nos fornecem desses acompanhamentos, os demais ainda não possuímos nenhum instrumento de controle.

Cadastro dos usuários nas equipes

A fonte de coleta de dados foram os prontuários da unidade.

Cadastro do Caps AD e da equipe de saúde mental da unidade

Caps AD

11 casos cadastrados a partir de demanda espontânea. Um óbito neste período, de alcolista diabético, por complicações relacionadas as patologias.

Sem registro

atendimentos e avaliações em acolhimento pela equipe de saúde da família e equipe de saúde mental

dados indisponíveis. Os casos são anotados nos prontuários e livros atas das equipes

Informações do CAPS AD

ESSES SÃO OS PACIENTES EM ACOMPANHAMENTO POR USO DE SPA, SEM CONTAR OS PACIENTES QUE FAZEM USO, MAS QUE ACOMPANHAM APENAS POR CONTA DE DCNT OU OUTRAS QUEIXAS. OS DADOS FORAM RETIRADOS DE RELATÓRIO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL.

Não temos esse valor, porém os pacientes que apresentam queixas e desejam tratamento são encaminhados ao ao Caps AD.

Não temos cadastro desses pacientes.

Não temos cadastro desses usuários. O número informado foi levantado empiricamente pelas equipes locais de referência.

Coletamos esses pacientes no acolhimento e consultas médicas.

Livro de registro da Saúde Mental e registro do profissionais

Não temos esse registro, com proposta para realizarmos esse levantamento e assim planejarmos ações para assistir esses usuários em suas necessidades.

O CAPS AD envia a lista de casos que são acompanhados e que pertencem a nossa área de abrangência.

Atendemos muitos casos desses, mas não há registro específico para casos que são atendidos no serviço. No momento, devido a demanda reprimida da equipe de saúde mental que é a que mais atende esses casos, não conseguimos estabelecer processo de trabalho para esse registro.

dado não disponível. cadastro em elaboração.

Prontuários e grupos.

Registros da Psicóloga

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

0

30

250

318

460

97

53

1000

60

102

100

94

261

302

206

205

215

79

63

293

45

114

900

110

54

500

19

230

300

32

137

160

90

57

86

16

187

1.354

80

330

370

312

40

547

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

Não há registro sistemático e organizado.

A fonte de dados para informação é a planilha de classificação dos pacientes com transtorno mental por equipe de saúde da família, feito pelo psiquiatra.

Agenda individual da psicóloga e relatório do SIGA do psiquiatra

Agenda do profissional e grupos

Registros pessoais dos ACS.

Planilha de saúde mental, prontuário e planilhas de grupos de medicação - relatórios do GEMM (dispensação de fármacos)

Cadastro interno da unidade.

FONTE: REGISTROS DE ATENDIMENTOS E PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO POR EQUIPE PSF.

Levantamento dos atendimentos individuais da psiquiatra

relatório de acompanhamento do esus

Planilha preenchida e atualizada pela Psiquiatra da Unidade.

Agenda dos profissionais

A unidade não mantém registro de forma sistematizada, planilhas para acompanhamento dos casos

A unidade mantém cadastro no GEMM de 206 pacientes que utilizam substâncias psicoativas.

Não há instrumento implantado. Foi discutido no planejamento anual proposta para iniciar esse ano.

Cadastro alimentado pelos atendimentos das psicólogas e psiquiatras.

SEM DADOS . ESTAMOS ORGANIZANDO PROCESSO DE TRABALHO.

NÃO TEMOS REGISTRO

NÃO SE APLICA

Planilha da Psiquiatra

Ainda não temos impresso para isso, porém já iniciamos discussão para criação deste. Por isso esse número não representa integralmente nosso atendimento

Agendas dos profissionais . Ainda não foi implementado cadastro.

Cadastro de pacientes de nossos profissionais da saúde mental e das equipes de PSF

planilha de controle de medicamento. Em aprimoramento e necessidade de atualização

Não temos instrumento de registro específico para casos transtornos mentais acompanhados na unidade

Agenda individual e cadastro do profissional de saúde mental

cadastro da equipe de saúde mental

Não há este dado compilado, porém estima-se que 10% das equipes são de pacientes com transtornos mentais

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

Não temos este registro na unidade

Não temos esse registro.

Não há fontes de registros. Existe um protocolo (instrumento de avaliação) para triagem específico para Usuários adultos e outro de crianças e adolescentes. As triagens são também Registradas em caderno próprio, um para casos infantis e outro adulto (para Transtorno e uso de substâncias) facilitando a identificação dos casos em Acompanhamento. Os meios de registro dos pacientes em acompanhamento na unidade são realizados em prontuário clínico, esses prontuários são identificados com Adesivo vermelho, identificando que são demanda de saúde mental. Houve a tentativa de se fazer uma planilha com os dados dos pacientes em Acompanhamento, mas a grande dificuldade esteve em alimentar dados, devido a pouca quantidade de computadores disponíveis, estamos discutindo uma outra forma para que esse registro seja realizado de forma que facilite mais o Serviço. Outra dificuldade de registro é a demanda de pacientes de saúde mental Estáveis que estão apenas acompanhamento com medico clinico. Precisamos ainda implementar algumas estrategias de registro, mas demandará tempo e envolvimento da equipe para alimentar dados. Existe a dificuldade de contabilizar de forma absoluta os usuários pelas condições declaradas nas questões anteriores, conseguimos um registro parcial através dos cadernos de registros de atendimentos, dos casos discutidos em Matríciamto e da agenda profissional.

Necessidade de iniciar cadastro mais formal dos usuários. As equipes têm cadastro dos usuários que passam por consultas, grupos, matríciamtos, visitas domiciliares, mas há necessidade de melhorar este instrumento.

Pelo caderno de Acolhimento/atendimento de enfermagem como também na consulta do enfermeiro, a qual, planilha todos os casos que faz o acompanhamento na unidade/referência da SM do CS Valença.

E SUS – os dados apresentados são digitalizados e não condizem com o nº real de pacientes. Portanto foi feito levantamento através dos grupos e atendimentos realizados pelos profissionais de saúde mental mensalmente.

livro de anotação dos casos de saúde mental

Registro em planilha de dados

A coleta de dados ocorre através dos grupos e discussões realizadas nas reuniões, demanda espontânea e construção de PTS.

Temos um livro de registro em nosso serviço onde iniciamos o levantamento em 2014, buscamos informações com os ACS nos cadastros, nas visitas, e também com os serviços especializados, CAPS AD e CAPS III. Em nosso serviço não temos equipe de saúde mental, quando realizamos atendimento, são queixas agudas, em seguida encaminhamos para o CS Ipaussurama (psiquiatra, psicóloga, to), ou os serviços especializados.

A unidade não realiza a coleta de dados adequada sobre os indicadores acima.

Instrumento que estamos construindo e avaliando.

Cadastro da equipe de Saúde Mental.

Cadastro dos usuários nas equipes

A fonte de coleta de dados foram os prontuários da unidade.

Cadastro da unidade

agenda profissionais

Resposta em arquivo anexo

Instrumento de registro de casos discutidos em matríciamto de saúde mental.

agenda de atendimento pela equipe de saúde mental



dados indisponíveis. Os casos são anotados nos prontuários e livros atas das equipes

Livros de registro da Unidade

ESTE DADO SE REFERE AOS PACIENTES EM ACOMPANHAMENTO COM A EQUIPE DE SAÚDE MENTAL. NÃO FOI POSSÍVEL LEVANTAR O DADOS DOS PACIENTES EM ACOMPANHAMENTO COM O CLÍNICO DA EQUIPE, APESAR DE QUE PARTE DESSES PACIENTES É ACOMPANHADA POR DIVERSOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE. O DADO FOI RETIRADO DE RELATÓRIO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL.

Não temos valor exato, porém fazemos acompanhamento dos pacientes com transtorno mentais com a TO, clínico e os casos são discutidos em equipe com auxílio do monitoramento de saúde mental. Estamos sem psicólogo há mais de 1 ano.

Prontuários , atas de reuniões de equipes com discussões de casos. Este número foi extraído das dispensações de psicotrópicos selecionados por orientação da equipe médica com intuito de quantificar esses pacientes através da dispensação de medicamentos. Iremos iniciar um cadastro de pacientes que teve inicio anteriormente e não foi realimentado.

Não temos cadastro desses usuários. O número informado foi levantado empiricamente pelas equipes locais de referência.

Coletamos esses pacientes no acolhimento, consultas médicas e farmácia.

Registro dos profissionais.

Usuários em acompanhamento para renovações de receitas apenas. Com a reposição de médicos iremos organizar esse atendimento por equipe.

Lista enviada pelo CAPS III, frequentadores do grupo de saúde mental e cadastro de pacientes.

Atendemos muitos casos desses, mas não há registro específico para casos que são atendidos no serviço. No momento, devido a demanda reprimida da equipe de saúde mental que é a que mais atende esses casos, não conseguimos estabelecer processo de trabalho para esse registro.

dado não disponível. cadastro em elaboração.

Prontuários e grupos.

Registros individuais da psicóloga, de grupos e do GEMM.

Não há registro desse dado

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

0  
40  
8  
12  
25  
4  
5  
24  
10  
100  
14  
15  
39  
50  
6  
35  
02  
120  
04  
33  
30  
26  
08  
21  
44  
11  
1  
01  
19  
25

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

0  
Não há registro sistemático e organizado.  
Os dados foram coletados junto a psicóloga da UBS.  
Agenda individual da psicóloga e relatório do SIGA do psiquiatra  
Agenda do profissional e grupos  
Registros pessoais dos ACS.

planilha, prontuário e planilha de grupos de medicação, relatório do GEMM - grupos de adolescentes e atendimentos individuais  
Dados passados pelo CAPS Infantil e registrados na unidade.

FONTE: REGISTROS DE ATENDIMENTOS E PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO POR EQUIPE PSF.

relatorio de acompanhamento do esus

Planilha preenchida e atualizada pela Psiquiatria da Unidade + Livro de registro de crianças que participam do grupo de saúde mental infantil.

não temos esse dado

A unidade não mantém registro de forma sistematizada, planilhas para acompanhamento dos casos

Não há registro deste dados.

Não há instrumento implantado. Foi discutido no planejamento anual proposta para iniciar esse ano.

Cadastro alimentado pelas profissionais

NÃO TEMOS REGISTRO

NÃO SE APLICA

Livro de registro da Pediatria

A pediatra da equipe possui instrumento de registro de pacientes de risco.

Agendas dos profissionais . Ainda não foi implementado cadastro.

Cadastro de pacientes de nossos profissionais da saúde mental e das equipes de PSF

5 crianças acompanhadas CAPS i e 19 crianças acompanhadas em grupos no CS

Não temos instrumento de registro específico para casos de crianças e adolescentes com transtornos mentais acompanhados na unidade

Agenda individual e cadastro do profissional de saúde mental

cadastro da equipe de saúde mental

Não temos cadastro específico para estes usuários

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

Não temos este registro na unidade

Não temos esse registro.

Caderno de Vigilância da Pediatria

Acolhimento/atendimento de enfermagem onde são registrados em caderno todos os usuários que passam por avaliação.

Através do grupo. Levantamento feito por grupo de crianças e orientações de pais. Atendimentos individuais.

Crianças e adolescente são encaminhados ao CAPSi

Registro em planilha de dados

A coleta de dados ocorre através dos grupos e discussões realizadas nas reuniões, demanda espontânea e construção de PTS.

Os cadastros de ACS, e os casos de demanda espontânea.

A unidade não realiza a coleta de dados adequada sobre os indicadores acima.

2

Agenda da psicóloga

Cadastro dos usuários nas equipes

Registro das consultas de triagem em saúde mental realizadas pelas enfermeiras.

Cadastro da unidade e cadastro no CAPS I e CAPS Carretel

agenda profissionais, caps infantil

Cadastro a partir do projeto da Residência Multiprofissional da PUC em Saúde Criança, sendo 4 graves, incluindo abuso de álcool e outras drogas, que são matriciadas pelo CAPS i Travessia, duas inseridas no CAPS, 1 inserida no CRAMI e 1 em avaliação.

Instrumento de registro de casos discutidos em matriciamento de saúde mental.

agenda de atendimento pela equipe de saúde mental

dados indisponíveis. Os casos são anotados nos prontuários e livros atas das equipes

Informação do CAPS infantil

ESTE DADO SE REFERE AOS PACIENTES EM ACOMPANHAMENTO COM A EQUIPE DE SAÚDE MENTAL. NÃO FOI POSSÍVEL LEVANTAR O DADOS DOS PACIENTES EM ACOMPANHAMENTO COM O PEDIATRA DA EQUIPE, APESAR DE QUE PARTE DESSES PACIENTES É ACOMPANHADA POR DIVERSOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE. O DADO FOI RETIRADO DE RELATÓRIO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL.

Não temos valor exato, porém fazemos acompanhamento dos pacientes com transtorno mentais com a TO, pediatra e os casos são discutidos em equipe com auxílio do monitoramento de saúde mental. Estamos sem psicólogo há mais de 1 ano.

Não temos esse registro , os atendimentos estão no prontuário, nas atas das reuniões de equipe. Sugerido reiniciar cadastro.

Não temos cadastro desses usuários. O número informado foi levantado empiricamente pelas equipes locais de referência. Devido à falta do profissional psicólogo, estamos com dificuldade para a realização das avaliações dos encaminhamentos recebidos.

Acolhimento, consulta pediatra e farmácia

Registro dos profissionais e livro de saúde mental

Não temos esses registros. Com proposta para realizarmos esse levantamento e assim planejarmos ações para assistir esses usuários em suas necessidades.

Cadastro da saúde mental.

Atendemos alguns casos desses, mas não há registro específico para casos que são atendidos no serviço. No momento, devido a demanda reprimida da equipe de saúde mental que é a que mais atende esses casos, não conseguimos estabelecer processo de trabalho para esse registro.

dado não disponível. cadastro em elaboração.

Prontuários e grupos.

Registro dos grupos e atendimentos realizados pela psicóloga

não há registro desse dado

#### Meta Municipal 4.g Considerações e recomendações

A unidade realiza atendimento e acompanhamento dos casos de SM, porém não registro sistemático e organizado. Estamos em processo de discussão de formas de registro e cadastro desses usuários.

Faz-se necessário conhecer melhor a população de adultos usuários de álcool e drogas.

O e-sus não reconhecia o atendimento do psiquiatra/psicóloga

Temos três psicólogas e uma psiquiatra. Uma delas deve aposentar em um mês. A demanda é muito maior que a oferta e uma das psicólogas tem lista de espera. São feitos grupos e atendimentos individuais. Grupos: MVE são acompanhadas cerca de 40 pessoas. Psicóticos são acompanhadas cerca de 19 pessoas Psicopedagogia 14 crianças

Há grande heterogeneidade entre as informações, especialmente pelos diferentes graus de conhecimento/cadastro das famílias e do território pelos ACS, mas também por falta de contabilizar alguns dados ou maneira diferentes de fazê-lo (não contabilizar casos de saúde mental, ou não considerar como usuários de drogas os fumantes). Assim, dados apresentados muito provavelmente são subestimados. Outro ponto importante é que, além dos 52 adultos com transtornos mentais acompanhados, há 28 relatados pelos ACS como sem acompanhamento.

Trabalho com as escolas com atendimento in loco, preparação para lida com transtornos mentais e ações de promoção. Grupos de receitas com grande adesão, melhorando o processo de trabalho e com maior envolvimento dos médicos.

O CS realiza grupo de saúde mental para acompanhamento dos pacientes com transtornos mentais e conta com retaguarda da equipe de Saúde Mental do CS Santa Odila para encaminhamento dos pacientes descompensados.

RESPOSTA NO EXCEL.

Não dispomos desta informação.

em relação ao registro e monitoramento, esta sendo feito uma conscientização da equipe para o registro da planilha, assim como a construção do grupo de alcoolismo

25 crianças estão inseridas do grupo de saúde mental infantil.

Não avançamos no cadastro sistematizado destes pacientes, está no planejamento utilizar instrumentos de cadastro para este usuário por equipe de referência.

Pretendemos iniciar registro de todos os casos atendidos no Centro de Saúde, para isso teremos que capacitar/envolver todas as equipes e seus profissionais.

Proposta fazer um registro a parti da agenda SIGA do Psicólogo e Psiquiatra.

Não há instrumento implantado. Foi discutido no planejamento anual proposta para iniciar esse ano.

esses cadastros são feitos através de planilhas criadas pela equipe de saúde mental, alimentados pelas profissionais . Foi uma proposta que a Equipe acolheu e está mostrando resultados.

SEM DADOS. ESTAMOS ORGANIZANDO O PROCESSO DE TRABALHO

No momento não temos nenhum instrumento para registro e cadastramento destes casos.

NÃO SE APLICA

Casos discutidos com Psiquiatra da unidade e NASF. Grupo de crianças com 4 crianças participando.

Os cadastros como um todo estão sendo discutidos na nossa equipe de forma a termos instrumento que permita que todo profissional possa alimenta lo. Como não possuímos equipe de saúde mental nem NASF de referência ainda não havíamos nos atentado para a necessidade de um cadastro desta população. Também não possuímos computador em todas as salas o que dificulta o cadastro e a criação de um instrumento que possa ser utilizado sem esse recurso.

Implementar cadastros junto as equipes com classificação de risco.

Nossos profissionais da saúde mental, por estarem inseridos nas equipes de PSF, ouvem os casos de usuários trazidos pelas equipes, conselho tutelar, depois agendam para um primeiro atendimento e após isso podem inseri-los em tratamento, encaminhar ao CAPS, etc... conforme o perfil de cada paciente e sua necessidade.

equipe esta aprimorando registros e monitoramento

Implantar instrumento de registro dos casos de Sd Mental acompanhados na unidade

Alguns usuários são acompanhados por mais de um profissional, não havendo um cadastro fidedigno na unidade. Estamos buscando mecanismos de cadastro.

Discutiremos no NASF formas de cadastramento dos pacientes usuários de SPA

Há necessidade de uso de instrumento de cadastro destes pacientes

Os dados são subestimados e frágeis, haja visto que não dispomos de sistemas de informação confiáveis para obtenção dos dados, dependendo dos registros internos da unidade. Sugerimos ainda a definição com maior clareza do que é designado como transtorno mental para o monitoramento.

Atendemos muitos pacientes com transtornos mentais na unidade, mas não registramos. Precisamos melhorar este indicador.

Implantar forma de registro sistematizado desses pacientes com a equipe de Saúde Mental.

Não há fontes de registros. Existe um protocolo (instrumento de avaliação) para triagem específico para Usuários adultos e outro de crianças e adolescentes. As triagens são também Registradas em caderno próprio, um para casos infantis e outro adulto (para Transtorno e uso de substâncias) facilitando a identificação dos casos em Acompanhamento. Os meios de registro dos pacientes em acompanhamento na unidade são realizados em prontuário clínico, esses prontuários são identificados com Adesivo vermelho, identificando que são demanda de saúde mental. Houve a tentativa de se fazer uma planilha com os dados dos pacientes em Acompanhamento, mas a grande dificuldade esteve em alimentar dados, devido a pouca quantidade de computadores disponíveis, estamos discutindo uma outra forma para que esse registro seja realizado de forma que facilite mais o Serviço. Outra dificuldade de registro é a demanda de pacientes de saúde mental Estáveis que estão apenas acompanhamento com medico clinico. Precisamos ainda implementar algumas estrategias de registro, mas demandará tempo e envolvimento da equipe para alimentar dados. Existe a dificuldade de contabilizar de forma absoluta os usuários pelas condições declaradas nas questões anteriores, conseguimos um registro parcial através dos cadernos de registros de atendimentos, dos casos discutidos em Matríciamto e da agenda profissional.

. Necessidade de compor um cadastro mais atualizado, de acordo com o agravo do paciente, avaliação de risco ,vigilância do acompanhamento e criação de vínculos e referências dentro das equipes, com atualização periódica e profissionais responsáveis pela vigilância destes tratamentos.

Criar NASF para podermos ampliar parcerias e melhorar o nosso PTS. Dar valor de uso para o caderno de registro como também reavaliar os pacientes que ali são registrados.

A unidade hoje conta com 4 equipes de referência. Os casos são discutidos nas equipes de referência, são avaliados e levados para o matriciamento da saúde mental. Esses pacientes são acompanhados com médico clínico, pois estamos sem psiquiatra no serviço.

As crianças continuam em atendimento regular na pediatria, bem como os adultos na clínica médica

Há um banco de dados

Registro dos atendimentos e acompanhamento em prontuário realizado por equipe multiprofissional ou individual.

Manteremos os cadastros, e buscaremos mais informações com os serviços especializados em nossos matriciamentos.

A equipe está organizando forma de coleta de dados das metas acima.

Os casos de crianças e adolescentes são acompanhados em paralelo com Saúde Mental do CS Floresta e CAPSI

Temos 4 crianças acompanhadas em grupo e 4 em atendimento individual e uma lista de espera de 23 usuários para passar com a psicóloga. A unidade ainda possui muita dificuldade em acompanhar principalmente os adolescentes envolvidos com álcool e drogas, faltam mecanismos para manusear esta patologia. Acreditamos que temos que levar para uma discussão mais abrangente no eixo da mental como trabalhar esta clientela que bate a porta todos os dias.

Atualmente as equipes possuem o cadastro dos usuários o que possibilita o acompanhamento.

A equipe se reorganizará para melhorar o registro e monitoramento dos casos de saúde mental e uso de álcool e outras drogas no território.

A unidade criou um cadastro dos usuários que são encaminhados para as consultas com o médico psiquiatra do CS Ipaussurama.

Informo que ainda não há registro oficial do número de atendimentos em saúde mental divididos por transtornos: álcool e drogas, transtornos mentais e casos de crianças. O valores acima são estimados, de acordo com registro nas agendas dos profissionais.

Resposta em arquivo anexo

Ja fizemos um instrumento para cadastrar os adultos usuários de alcool ou outrs substancias mas ainda nao consta nenhum caso.

acompanhamento em parceria da equipe de saúde da família e equipe de saúde mental.

estamos em discussão com as equipes para criação de um cadastro para a saúde mental

A UBS conta com apenas 01 profissional psicologa, no momento e ainda faz matriciamento em Unidade da região. Não possuímos um cadastro sistematizado, onde seja excluído o paciente que esteja em alta de tratamento.

A DEMANDA DE SAÚDE MENTAL É IMENSA, POIS PERPASSA TODAS AS ÁREAS DA VIDA DO INDIVÍDUO E À MEDIDA QUE ATENDO UMA POPULAÇÃO DE ELEVADA VULNERABILIDADE, COM POUCO ACESSO À CULTURA, AO LAZER E À EDUCAÇÃO, COM USO IMPORTANTE DE SPA, COM FAMÍLIAS DOS MAIS DIVERSOS ARRANJOS, A DEMANDA DE ACOMPANHAMENTO EM SAÚDE MENTAL AUMENTA EXPRESSIVAMENTE. NO ENTANTO, TER UMA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL NO SERVIÇO ENRIQUECE O NOSSO CUIDADO E FORTALECE A EQUIPE DE REFERÊNCIA NO ACOMPANHAMENTO DESTES PACIENTES.

Melhorar o registro na unidades referentes aos usuários de álcool e drogas e pacientes com transtorno mentais.

Temos crianças acompanhadas no CAPS infantil com discussão de casos no matriciamento.

Não temos cadastro desses usuários. O número informado foi levantado empiricamente pelas equipes locais de referência. A equipe avaliou a importância de realizar esses cadastros para o monitoramento desses usuários e está discutindo o modelo que deverá ser implementado para tal, ainda esse ano.

A demanda que recebemos de pacientes em uso de álcool e outras drogas é muito pequena mas quando chega até a Unidade acolhemos agendamos consulta, solicitamos exames e o paciente é encaminhado ao CAPS AD ou à ONG Padre Haroldo quando necessário.

Com a Unidade dividida, as anotações estão a cargo de cada profissional, temos meta de criar um registro único. Dificuldade não ter psicologo.

Unidade sem médico clínico desde dezembro de 2015. Com a chegada de novos médicos, temos proposta de trabalhar por equipe de referência.

Estamos em fase de cadastramento dos pacientes da saúde mental.

Vamos discutir na reunião da equipe de saúde mental como criar esses registros e processo de trabalho para manter atualizado.

elaborar cadastro de usuários adequado às necessidades da saúde mental

Não temos impresso específico para registros em SM.

Em 17/05 iniciaremos um grupo para pacientes usuários de SPA o que qualificará nossos registros.

Estamos buscando implantar um registro específico para esses atendimentos que já são realizados na unidade.

### **Objetivo 4.3 - Ampliar ações de promoção de Saúde mental e Reinserção social, e promover a articulação Intra e Inter setorial, englobando a participação social.**

### **Meta Municipal 4.d – Fortalecer as ações de reinserção social e de promoção da saúde relacionadas a associação do consumo de álcool, situações de violência e sofrimento mental, através da Criação de sete novos serviços: Centros de convivência e Oficina de geração de renda até 2016.**

#### **Meta Municipal 4.d - Valor**

0

Não há CECO próximo do território.

Grupos de orientação nutricional, Liang Gong, Acolhimento em Saúde Mental, o Conselho Local de Saúde do Centro de Saúde e do Centro de Convivência Espaço das Villas é o mesmo.

Não há centro de convivência

Não contamos com Centro de Convivência

Não possuímos ação conjunta com Centro de Convivência. Isso se deve muito à distância entre nosso serviço e o Centro de Convivência mais próximo, o que dificulta o potencial acesso a ele pelos nossos usuários. A falta de ações conjuntas entre nosso CS e o Centro de Convivência se deve muito à

distância, que dificulta o potencial acesso a ele pelos nossos usuários.

atividades de dança (zumba), atividades lúdicas (contação de histórias) atividades corporais (lian gong), dança circular e ginástica para a terceira idade, passeios, relaxamento, alongamento e horta.

É realizado Yoga para os usuários da unidade 1x/semana.

NÃO TIVEMOS NENHUMA AÇÃO CONJUNTA.

Não dispomos de Centro de Convivência no território, mas temos grupos de adultos e de crianças, com apoio do terapeuta ocupacional e equipe do CS. (auxiliares de enfermagem/ASB)

nenhuma, pois não temos centro de convivência em nosso território, dificultando o acesso aos usuários, mas é contemplado nos grupos de artesanato do centro de saúde.

Discussões de casos por telefone de acordo com as necessidades.

não possuímos CECO no território ou para referência.

Atendimento compartilhado, Visita Domiciliar, grupos e oficinas.

Alongamento e Caminhada, Lian Gong, Reiki, Yoga, Mandala das Ervas, movimento vital expressivo, biodança e oficinas.

Grupo de Artesanato, Oficina de Mosaico

Não há Centro de Convivência no nosso território.

NÃO TEMOS CENTRO DE CONVIVÊNCIA NO TERRITÓRIO

Não temos centro de convivência

NÃO SE APLICA

Discussão de casos por telefone. Não temos CECO na nossa região.

Não temos CECO ou qualquer outro centro de convívio social.

São realizadas ações pontuais, com palestras e apresentações.

Nenhuma, Recebemos a grade de ofertas do CECO e divulgamos junto às equipes e usuários.

grupo adolescentes, tai chi chuan, liang cong, caminhada

Grupo de Movimento Vital Expressivo, Grupo de Vivência na área rural do território.

Realização de grupos de apoio e discussão de casos

ações pontuais de acordo com o quadro apresentado pelo paciente

Participação dos profissionais em atividades de educação em saúde, como o blog e atividades físicas

Não há CECO no território.

Não temos Centro de Convivência em nosso território. Nossos usuários utilizam a Ong Dias Da Cruz a qual oferece várias oficinas.

Não possuímos Centro de Convivência na área.

Não há Centro de Convivência em nossa área de abrangência, dificultando a realização de ações conjuntas

Temos dificuldade de acesso por ser longe do território, por esse motivo encaminhamos poucos pacientes para essa vivência, Não temos a relação dos usuários que utilizam este serviço. Sugestão: Criar um centro de convivência mais próximo do território.

Apesar do CECO ser longe do território do CS Valença, temos realizados algumas discussões e participações em alguns eventos. Temos pacientes que fazem parte de algumas atividades no CECO e casa das Oficinas, pois faz parte do projeto terapêutico

Não realizamos ações conjuntas, o centro de convivência esta localizado em uma região de difícil acesso para os moradores do C.S Carlos Gomes

Centro de Convivência participa das reuniões mensais do Conselho Local de Saúde. Nossos usuários e nossos servidores são encaminhados para atividades

Um grupo de Lian Gong em parceria com o CECCO

Até esse momento não estamos realizando nenhuma atividade conjunta. A distância é um dificultador ao acesso, e os usuários necessitam de vale transporte.

Não realizamos, Centro de Convivência longe do território do Centro de Saúde.

A Unidade encaminha pacientes ao Centro de Convivência e Casa das Oficinas, porém a distancia é fator importante para não adesão.

Atualmente nenhuma.

As ESF realizam reuniões semanais com discussões dos casos, atualmente contamos com os profissionais do NASF o que contribui para o aumento dos encaminhamentos aos Centros de Convivência.

No momento nenhuma ação em conjunto com o Centro de Convivência.

Usuários em acompanhamento com a equipe de saúde mental são encaminhados para o Centro de Convivência Toninha e inseridos nas oficinas ofertadas pelo serviço.

Grupo Vida Leve

Resposta em arquivo anexo

Não temos centro de convivência no nosso território.

Duas agentes comunitárias de saúde e um terapeuta ocupacional realizam uma vez por semana grupo de dança circular em parceria com Centro de Convivência.

grupos educativos e de vivências, atendimentos compartilhados, visitas domiciliares, construção de PTS.

Atualmente, a UBS oferece e realiza Grupo de Artesanato, que foi implantado, estruturado e acompanhado por uma profissional do Centro de Convivência.

TEMOS FEITO PARCERIA COM O CENTRO DE CONVIVÊNCIA TEAR DAS ARTES, DISPONIBILIZANDO A TO DA UNIDADE PARA CONDUZIR O GRUPO DE DANÇA CIRCULAR NESTE SERVIÇO.

Algumas ações são desenvolvidas no Cs pela equipes.

Temos grupos de convivência, atendimentos e atividades terapêuticas, grupo de práticas integrativas ( movimento vital) e reuniões do conselho local de saúde.

Realizamos parceria com o Centro de Convivência em momentos esporádicos, (ex. Encontros grupo de música) e temos uma parceria fixa, regular, que é a realização do grupo de Yoga.

Divulgamos as atividades do Centro de Convivência. Temos usuários inseridos no Centro de Convivência e uma ACS que participa de um grupo de Bordado.

Não há CECO na nossa região.

Dificuldade de realização de ações conjuntas devido à inexistência de transporte coletivo ligando as duas unidades de saúde.

Apenas atividades oferecidas no CECO.

Não realizamos ações conjuntas no momento.

Não temos ações conjuntas com essa equipe.

### **Meta Municipal 4.f Promover o cuidado integral do usuário da saúde mental em processo de desinstitucionalização com ofertas terapêuticas nas UBS.**

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

0  
1  
12  
16  
25.  
18  
7  
22  
30

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

0  
12  
1  
6  
16  
10  
18  
7  
22  
30

#### **Meta Municipal 4.f Considerações e recomendações**

Não há SRT no território.

No Distrito de Saúde Leste, só existe serviço residencial terapêutico na área de abrangência do CS Sousas.

Existe a necessidade de um centro de convivência na área de abrangência, pois os usuários não possuem atividade de lazer no bairro.

Não temos conhecimento de nenhum usuário no SRT. Há mais de cinco anos uma psiquiatra saiu do serviço e até o momento não foi repostada. Saíram duas psicólogas de 36 horas (72 horas) e foram repostas apenas 36 hs..

Não há Serviço Residencial Terapêutico em nosso território.

Todos os 12 da moradia além dos pacientes vinculados ao CAPS III, MESMO NÃO MORADORES - Há necessidade de maior retaguarda ainda na relação entre os serviços, embora já tenhamos avançado

A unidade não possui Serviço Residencial Terapêutico na área de abrangência.

NÃO TEMOS NENHUM USUÁRIO DE SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO.

Não dispomos destes dados no momento.1.72

nao temos usuarios

Não há SRT em nosso território.

Não temos pacientes inseridos nestes serviços

Capacitar a equipe e fornecer RH e materiais para que todos os funcionários realizar o registro das informações.

Não há residências terapêuticas no território.

Não existe registro desses usuários no momento. Será incluído no cadastro de pacientes de SM.

Não temos usuários de Serviço Residencial terapêutico.

SEM DADOS

Não temos nenhum paciente em Residência Terapêutica da nossa área.

NÃO SE APLICA

Não tivemos casos

Não possuímos serviço de residencial terapêutico em nossa área de abrangência.

Não ha casos em nossa unidade.

Não temos a oferta desse serviço em nossa unidade

1 usuário CS em residência terapêutica que é discutido com equipe CAPS em matriciamento

Não temos nenhum usuários desse serviço sendo acompanhado em nossa unidade

Não há residência terapêutica no território

melhorar relação com centro de convivência para ações coletivas conjuntas

Temos 3 residências que ficam localizadas em uma única equipe, porém os usuários são atendidos por todas as equipes

Temos em nosso território duas moradias terapêuticas. Uma delas os moradores têm autonomia para virem sozinhos ao Centro de Saúde, onde são agendados para nossos profissionais; clínicos, ginecologistas. A outra moradia está no território há pouco tempo e ainda não recebemos estes usuários em no nosso serviço. São usuários que têm menos autonomia e necessitam acompanhamento de profissionais do Caps para transitarem no território. Estamos nos reunindo com o Caps para qualificar a assistência a estes usuários.

Não possuímos Serviço Residencial Terapêutico na área.

Não há fontes de registros. Os centros de convivência de referência são rosa dos ventos e portal das artes. No momento é feita apenas ações pontuais e direcionamento de alguns casos. Em Janeiro de 2015, foi realizada uma parceria com atividades na piscina na praça de Esportes, mas houve dificuldade de adesão devido a distância do bairro até os Centros. Como estou a pouco tempo inserida na equipe de saúde mental (Geane), Estou programando com a Thais visita aos centros afim de conhecer melhora as atividades fornecidas para fazer melhor direcionamento dos casos. Existe um protocolo (instrumento de avaliação) para triagem específico para Usuários adultos e outro de crianças e adolescentes. As triagens são também Registradas em caderno próprio, um para casos infantis e outro adulto (para Transtorno e uso de substâncias) facilitando a identificação dos casos em Acompanhamento. Os meios de registro dos pacientes em acompanhamento na unidade são realizados em prontuário clínico, esses prontuários são identificados com Adesivo vermelho, identificando que são demanda de saúde mental. Houve a tentativa de se fazer uma planilha com os dados dos pacientes em Acompanhamento, mas a grande dificuldade esteve em alimentar dados, devido a pouca quantidade de computadores disponíveis, estamos discutindo uma outra forma para que esse registro seja realizado de forma que facilite mais o Serviço. Outra dificuldade de registro é a demanda de pacientes de saúde mental Estáveis que estão apenas acompanhamento com medico clinico. Precisamos ainda implementar algumas estratégias de registro, mas demandará tempo e envolvimento da equipe para alimentar dados. Existe a dificuldade de contabilizar de forma absoluta os usuários pelas condições declaradas nas questões anteriores, conseguimos um registro parcial através dos cadernos de registros de atendimentos, dos casos discutidos em Matriciamento e da agenda profissional.

Não temos usuários cadastrados

Não temos residência terapêutica em nossa área de cobertura.

O serviço de Residências terapêuticas do Município não abrange esta unidade de saúde

Não há usuários cadastrado/usuário da unidade em residência terapêutica no momento

Há duas SRT em nossa área de abrangência, tipo I - 24h, os 18 usuários estão inseridos na Unidade.

não temos residência terapêutica na área de abrangência do CS

No momento não sabemos de usuários de nosso serviço em residência terapêutica. Buscaremos a informação, com os serviços especializados.

Não temos registro correto desta informação.

A Unidade está localizada muito distante do CAPS III por isso não tem residência terapêutica próxima do serviço

Temos que estreitar o vínculos com o Centro de Convivência.

Não temos Serviço Residencial Terapêutico na área de abrangência da unidade

No momento nenhum usuário de Serviço Residencial Terapêutico segundo as Agentes Comunitárias de Saúde.

Recentemente o território recebeu uma residência terapêutica com sete usuários que já foram inseridos no acompanhamento da unidade.

No momento não tenho o registro para informar.

Resposta em arquivo anexo

Nada a declarar.

Não temos serviço de residência terapêutica no território.

a unidade não possui casos de usuários no serviço residencial terapêutico

A UBS não possui Residências Terapêuticas em sua área de abrangência.

NÃO TEMOS ESTE SERVIÇO EM NOSSA ÁREA.

Os pacientes são acompanhados na unidade de acordo com a demanda.

Cada residência terapêutica referência de clínica e enfermagem da equipes local de referência de acordo com endereço do território.

Conhecemos as moradias e temos parceria com o Caps para o atendimento dos usuários, sempre que necessário.

Não há serviços residencial terapêutico em nossa área de abrangência

Devido a dificuldade de acesso, as ações em conjunto ficam prejudicadas.

Não temos serviços de residência terapêutica.

No momento não temos usuários em residência terapêutica.

Não temos pacientes em regime de Residência Terapêutica.

Número de vagas muito limitado para demanda municipal. Não temos nenhum usuário em SRT.

Não há.

Não temos usuário do Serviço Residencial Terapêutico.

Não temos serviço residencial terapêutico na nossa área de cobertura.

## DIRETRIZ 5

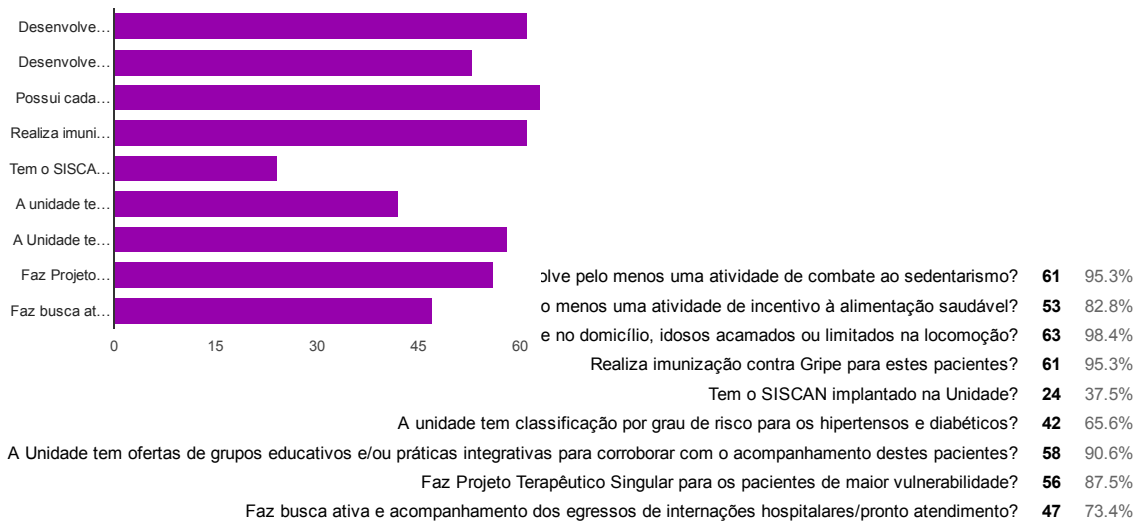
### Objetivo 5.1 - Melhoria das condições de saúde do Idosos e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção

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

0  
126  
96  
211.52  
190.38  
57.8  
119  
60.97  
1.72  
0.50  
57.32  
208.84  
154  
198.29  
165  
126.31  
144.02  
60.22  
137  
72.52  
115.8  
0.01  
166.7  
98.58  
49.8  
129.23  
361.17  
0.065  
01  
47  
4  
0.22  
0.08  
93.52  
152  
81.32  
74  
0.02  
0.31  
0.28  
93  
258.51  
128  
0.14  
139.15  
71.74  
91.47  
7  
78.17  
156.49  
123.8

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





### 30. Reduzir a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT Comentários e Recomendações

Numerador:5. Denominador:5189.  $(5/5189) \times 100000 = 96,3$ . No momento a Unidade passa por ampliação de seu espaço físico, porém conta com um projeto-piloto em desenvolvimento que visa a realização de atividade física de lazer na rede básica de saúde orientado por docente de enfermagem da faculdade de enfermagem da Unicamp, que aguarda interesse de alunos do curso de educação física para se vincular ao projeto e desenvolvê-lo junto a unidade. Não há projetos coletivos que contemplem incentivo a alimentação saudável, sendo as orientações prestadas feitas em consultas, individualmente. Atualmente a unidade atende 10 acamados em domicílio, sendo realizadas visitas domiciliares e imunização dos mesmos. A classificação de risco de hipertensos e diabéticos é feito nas consultas feitas no HIPERDIA da unidade segundo o supracitado. Pacientes egressos de serviços de internação hospitalar recebem visita domiciliar até 7 dias após o recebimento do informe de alta pelo CS.

Não houve mortalidade prematura por DCNT neste período.

A Unidade realiza grupo de caminhada e ginástica 3 x na semana. É realizada visita domiciliar 1 vez na semana para os pacientes de cada equipe.

Total de óbitos: 39 População residente: 20485 190,38% A unidade oferece grupo de Lian gong, Movimento Vital Expressivo. Temos um grupo que estimula a vida saudável, chamado VIDA LEVE. Este grupo foi desestruturado durante a reforma e não voltou a se organizar devidamente. Faz parte do planejamento da equipe a divulgação dos grupos. Cada ESF tem o cadastro de seus acamados. É feita vacinação domiciliar para gripe anualmente. Não temos SISCAN implantado. Não temos cadastro dos diabéticos, nem dos hipertensos, nem classificação de risco. Temos um grupo de diabéticos que oferece apoio e informações aos diabéticos. Cada ESF elege seus pacientes vulneráveis e faz PTS para acompanhá-los. A equipe faz contato os pacientes egressos de internações para conhecer suas condições e necessidades de saúde.

Fonte das informações são os registros dos ACS e o GEMM. Assim, há grande heterogeneidade entre as informações, especialmente pelos diferentes graus de conhecimento/cadastro das famílias e do território pelos ACS, mas também por falta de contabilizar alguns dados ou maneira diferentes de fazê-lo. Assim, dados apresentados muito provavelmente são subestimados.

Temos 8 óbitos do aparelho circulatório, 4 por doenças isquêmicas e IAM até 59 anos e 2 AVCs até 59 anos - Isto nos mostra a relevância de ações educativas nesta faixa etária - ver lista TAB NET

Nada a acrescentar.

$3/ 4920 \times 100.000 = 60,97$  POR 100.000 HABITANTES DE 30 A 69 ANOS. RESPOSTA COMPLETA NO EXCEL.

Atuar no Nucleo de Saude Coletiva, com ações específicas dos egressos de internações.

foi retomado os grupos de hiperdia, onde são abordadas as ações citadas nos itens 1 e 2.

População de 30 a 69 anos: 3489 Número de óbitos por DCNT no período: 2 A unidade oferece grupos de práticas integrativas (Liang Gong, Movimento Vital Expressivo), grupo de Hiperdia, grupo Viva Leve com a nutricionista do NASF. Realizamos discussões no Núcleo de Saúde Coletiva e nas reuniões de ESF para busca ativa dos casos de alto risco e elaboração de PTS.

Estamos reorganizando o atendimento dos hipertensos e diabéticos, com cadastramento desses pacientes no grupo de Hiperdia. Oferta de grupos de caminhada, antitabagismo e orientações para alimentação saudável, movimento vital expressivo e lian gong.

Estamos atualizando o cadastro dos pacientes hipertensos e diabéticos, classificando o risco individual de cada usuário. Iniciamos atendimentos destes pacientes por equipe de referência e garantido retorno agendado e o acolhimento com os profissionais médico, enfermeiro e dentista.

A equipe mantém grupo de HAS e DM. Realiza atendimento compartilhado. Oferta de agenda com médico e enfermeira para Crônicos.

numerador: 18 denominador: 10.898

manter os grupos existentes ativos, cadastro realizado pelos ACSs em suas microáreas, rever a classificação de risco dos pacientes com doenças crônicas, orientando retornos em consulta médica ou com enfermeiro programados.

REALIZA GRUPOS DE PARA REDUZIR A INCIDÊNCIA DE MORTES POR DCNT

Numerador = 12, denominador = 8332.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Proposta de iniciar PTS em conjunto com NASF. Vacinação iniciada somente em 30/04

Visto que nossa área territorial é muito extensa faz se necessário logística de transporte para realização de grupos e atividades de combate ao sedentarismo mais próximo ao domicílio e trabalho dos nossos usuários. Isto se deve a dificuldade de acesso destes ao nosso serviço por se tratar de local sem transporte urbano suficiente e eficiente. Nossas ações ainda são insuficientes atendendo parcialmente nossa população.

Ampliar ações práticas preventivas de combate ao sedentarismo.

Como esse município tem mais de 100.000 habitantes, o cálculo sugerido não se aplica. As equipes tem se debruçado sobre o cadastro e acompanhamento dos crônicos, estamos na fase de aprimorar a classificação de risco, com essa discussão no NSC distrital e NSC da própria unidade.

Devido a grande quantidade de usuários, que não é compatível com o RH, não conseguimos ofertar a quantidade de consultas ideais, mas eles tem garantia de retorno, passam em consultas com enfermeiros, clínicos e são incentivados a participar de nossos grupos. Temos o registro de nossos acamados que também são acompanhados com as VDs, assim como durante a campanha da Influenza.

cs desenvolve grupos tai chi chuan, liang cong, caminhada regularmente. Grupo de reeducação alimentar quinzenal. 136 acamados cadastrados e acompanhados. Nesse período dificuldade no recebimento egressos hospitalares, mas qdo temos conhecimento são monitorados

Manter as atividades voltadas aos idosos e implementar a avaliação de risco para os crônicos

Numerador: 13 Denominador: 7795 A unidade oferta grupos educativos, realiza gestão da clínica e prioriza atendimento por classificação de risco. 9/9130

Trabalhar com a qualificação do cuidado através da gestão da clínica. Manter atualizado o cadastro com classificação de risco para monitoramento dos pacientes.

Houve 5 óbitos de um total de 3869 pessoas na faixa etária de 30 a 69 anos. A unidade desempenha atividades de combate ao sedentarismo e incentivo à alimentação saudável por meio do grupo de hiperdia. A unidade oferece Lyang Gong e suas equipes realizam Projeto Terapêutico Singular para os pacientes de maior vulnerabilidade. A unidade realiza busca ativa dos egressos de internações hospitalares.

Cadastramos e acompanhamos 594 hipertensos e 323 diabéticos em nossa unidade. Atendemos um número maior de pacientes diabéticos e hipertensos mas ainda não cadastrados. Estes pacientes são atendidos por médicos e enfermeiras. São classificados por risco e passam em grupos de retorno onde recebem informações e orientações quanto aos hábitos saudáveis de alimentação e atividades físicas que resultem em melhor qualidade de vida, também nestes encontros suas receitas são renovadas. Ofertamos na unidade vários grupos de combate ao sedentarismo; caminhada, ginástica e movimento vital expressivo. Neste ano de 2016 iremos começar um Grupo de Liang gong. Recebemos também estagiários de nutrição e fisioterapia os quais participam destes grupos, junto com seus professores e que promovem discussões bem pertinentes com os temas dos encontros. Os pacientes acamados são visitados por profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Temos visitas semanais e registramos os atendimentos em planilhas para acompanhamento.

Implementar ações de cadastro e classificação de risco de pacientes hipertensos e diabéticos.

Não há fontes de registro.

. Necessidade de implantar o SISCAN para prevenção das neoplasias mais comuns entre as mulheres. Recurso necessário: computador nas salas de GO. Necessidade de implementar ações de alimentação saudável, se possível, com apoio de nutricionista ou do NASF.

Atualmente temos 24 acamados e ou debilitados, destes 18 são idosos. Realizado 34 vacinas de um total de 392 idosos existentes em nossa área de cobertura segundo a população do IBGE 2010 atualizada para 2015, que perfaz 8,70% desta população. Temos cadastrados 191 hipertensos e 86 diabéticos no GEMM.

De janeiro a abril não tivemos óbitos com CID 10 relacionados

Os pacientes possuem retorno garantido em consulta médica ou de enfermagem periódica conforme avaliação

Todos casos de internação ICSAP foram realizadas visitas domiciliares ou contato telefônico.

Falta de RH prejudica o atendimento e seguimento. Falta de transporte dificulta acesso ao domicílio. Falta de equipamentos e computadores não favorecem a análise dos dados.

Realizamos o grupo de crônicos, insulino-dependentes, e lian gong. Nossos objetivos básicos são promover educação em saúde, autocuidado, estimular a atividade física e alimentação saudável. Fazemos visita aos acamados, também, vacinação. As altas dos egressos hospitalares chegavam até abril/2015, por malote, hoje recebemos apenas, pela CI e quando trazidas pelo próprio usuário, em busca de consulta. No momento temos óbitos pelos seguintes cids: I713, K746, I219, K659.

A unidade não apresenta registro correto de mortalidade de pacientes com DCNT, ainda em processo de melhoria da assistência.

A classificação de risco para os portadores de DCNTs está sendo qualificada com a chegada de um novo médico clínico, SISCAM ainda só para mamografias

A unidade faz grupo de caminhada e hemoglobina glicada, realiza visita domiciliar, os usuários considerados de risco são discutidos em reuniões de equipe para o PTS, as buscas dos pacientes internados são realizadas a medida que nos chega a informação da internação uma vez que não recebemos relatório.

Ofertamos grupo de Hiperdia com orientações de Alimentação Saudável, Grupo de Dislipidemia, Caminhada, Lian Gong. Realizamos visitas domiciliares aos pacientes acamados e com dificuldade de locomoção. Porém identificamos a necessidade de mantermos os cadastros dos hipertensos e diabéticos atualizados com classificação de risco.

Realizamos o grupo de Lian Gong e Movimento Vital Expressivo para combater o sedentarismo. Em relação aos idosos acamados ou com limitação na locomoção há uma relação de 25 pessoas.

2) A unidade mantém grupo de caminhada, movimento vital expressivo, alongamento (com alunos da faculdade de fisioterapia) e chi kung. Desenvolve grupo de hipertensos e diabéticos onde a questão da alimentação saudável é abordada. Possui cadastro de acamados e realiza atendimento no domicílio. São aproximadamente 200 pessoas, que são imunizadas no domicílio.

9/5912 Temos grupo de caminhada, Lian Gong e Movimento Vital expressivo Há aproximadamente 60 pacientes acamados cadastrados, com visitas regulares de equipe multiprofissional. Há grupo hiperdia de orientação e controle dos pacientes crônicos.

Resposta em arquivo anexo

É realizado Lian Gong 3x/semana

Grupo de caminhada 3x na semana Grupo de alimentação saudável para adultos e idosos + crianças e adolescentes mensalmente Cadastro, monitoramento e atendimento no domicílio de todos os idosos acamados ou com limitação de movimento

total de 16 óbitos na faixa etária e período e 5 por DCNT

Foram 43 óbitos na faixa etária de 30 a 69 anos, no primeiro quadrimestre de 2016.

A BUSCA ATIVA DOS EGRESSOS DE INTERNAÇÕES É FEITA QUANDO TEMOS CONHECIMENTO DA MESMA, QUER SEJA POR RELATÓRIO EMITIDO PELO SERVIÇO HOSPITALAR OU POR INFORMAÇÕES TRAZIDAS POR FAMILIARES E/OU ACS. OS GRUPOS JÁ FORAM APONTADOS EM QUESTÃO ANTERIOR.

Temos grupos com Lian Gong, HAS/DM, Depressão leve (saúde mental), artesanatos. Realizamos passeios, caminhadas.

Desenvolve grupo de caminhada em parceria com o centro de convivência. temos orientação nutricional com educadora social no centro de convivência. Possuímos cadastro de acamados por ELR. Vacinamos na residência contra gripe. Temos SISCAN implantado com os pedidos de MMG e C.O. A unidade tem 821 pacientes cadastrados entre HAS e DM com avaliação de risco. Todas as equipes desenvolvem grupos educativos para esta população crônica e oferece grupo de práticas integrativas. Temos realizado PTS de acordo com a vulnerabilidade dos casos. Os egressos hospitalares não são

acompanhados ainda de forma sistematizada, exceto casos com maior destaque e as internações de pediatria.

Numerador: 8 Denominador: 5360 A classificação de risco está estruturada em apenas uma das três equipes locais de referência. As demais estão se organizando para isso. Realizamos grupos de caminhada, ginástica e alimentação saudável. Temos cadastro de acamados, realizamos reuniões para elaboração de PTS e fluxo definido para as visitas domiciliares.

A Unidade possui grupo de caminhada que é realizado 2x por semana. É realizada visita domiciliar toda semana pelos médicos e enfermeiros para todos acamados cadastrados. Discutimos os casos de pacientes com maior vulnerabilidade nas equipes de referência onde é realizado um projeto terapêutico singular. Realizamos campanha de imunização contra gripe a todos pacientes acamados.

Ampliar o número de grupos no território e trabalho em campo, aumentar o atendimento de enfermagem. Dificuldade equipe insuficiente, para a demanda. Ficamos 5 meses sem médico clínico. Com proposta de cadastrar essa população; classificar riscos e ofertar consultas e criar grupo HIPERDIA.

No período avaliado, não aconteceu nenhum óbito pelos CIDs apontados. Mesmo assim ressaltamos os vários grupos (Lian Gong, hiperdia, sala de espera) realizados na unidade, os PTS e o acompanhamento dos usuários mais vulneráveis.

$14/15305 \times 100000 = 91.47$  Equipes em processo de atualização dos cadastros com classificação de risco e estabelecendo fluxo para vigilância contínua.

Siscan desativado em 2015. Hipertensos: 1250 e Diabéticos: 800 (Fonte: DIMM)

19 óbitos, para um total de 24304.

Os portadores de doenças crônicas são cuidadosamente assistidos e priorizados.

Estamos implantando o Núcleo de Saúde Coletiva que terá em primeiro plano a ação sobre esse grupo populacional

## HIPERTENSOS

### HIPERTENSOS 1)

2529  
1551  
4788  
1314  
6304  
1061  
3417  
1736  
1540  
3344  
1662  
996.12  
3210  
1875  
6104  
3099  
1783  
1439  
2575  
720  
1088  
815  
3974  
8264  
2638  
482  
2663  
3563  
1206  
3300  
11.990  
2.248  
2320  
1096  
2959  
612  
2514  
1430  
646.3  
1186  
669  
1655

2.417  
1396  
1908  
668  
915  
1958  
2938  
4172  
2605  
1956  
4.107  
3.246  
1037  
3752  
1634  
874  
4842  
3066  
7165  
2692  
496

**HIPERTENSOS 2)**

0  
41  
87  
58.1  
35  
37  
50  
59.9  
33.9  
64.8  
42.43  
450  
54.3  
22.3  
64  
14.5  
1.4  
48.2  
30.3  
16.6  
37.9  
68  
5.38  
21  
67.3  
0.17  
26.25  
2288  
47.2  
55.64  
18  
32.0  
17.42  
88  
71  
30.9  
66  
60.4  
57.88

1.58  
40  
20  
48.6  
65.9  
65  
32  
33.3  
790  
47.52  
64.99  
10  
55.5  
9.7  
58.32  
90.5

**HIPERTENSOS 3)**

0  
100  
59  
38  
50  
61  
2394  
87  
95  
82.2  
60  
44.74  
130.8  
67.83  
884  
31.19  
82.9  
16.6  
96.9  
5.4  
28.4  
20  
85.9  
67.0  
55.64  
50.4  
72  
70  
43  
90.7  
48.8  
1.58  
97.7  
33.3  
80  
55  
41  
60.2  
29.3

**DIABETES:**

**DIABETES 1)**

388  
1197  
328  
1576  
265  
854  
434  
385  
836  
517  
249  
803  
469  
1526  
775  
446  
360  
644  
180  
272  
204  
994  
2065  
908  
120  
633  
666  
495  
301  
825  
2.998  
562  
123  
359  
740  
153  
628  
357  
161.5  
467  
167  
414  
604  
349  
632  
477  
329  
229  
489  
735  
1043  
651  
490  
1.026  
811.6  
260  
938  
408  
218  
1504  
767  
1791

673

124

**DIABETES 2)**

0

91

7

75

82

50

328

98.8

81.8

66.8

115

68.06

150

88.75

37.1

85.3

27.3

2.8

94.3

27.2

162.3

16.6

71

635

93

0.32

49.45

612

133.1

71.76

39.2

60.7

21.3

23.95

44

158

34

49.5

114

60.3

72.3

95.13

3.16

124

43

88.3

86.2

63

33.2

244

73.77

107.84

38

56.5

100

16.75

99.5

229

**DIABETES 3)**

100  
0  
88  
62  
68  
598  
328  
97.3  
81.8  
79.7  
70  
50.61  
100.7  
69.2  
65.8  
416  
18.36  
47.5  
90  
86.5  
5.4  
36.1  
30  
91.9  
71.0  
71.76  
58.7  
69.76  
80  
62.5  
96  
69.8  
3.16  
58.6  
50.7  
33.2  
93  
64.45  
76.6  
32.5  
184.6

**DIABETES 4)**

0

Para pacientes de alto risco o exame é solicitado a cada 3 meses, para os de médio risco a cada 6 meses e baixo risco 12 meses.

O controle de hemoglobina glicada se dá através dos exames laboratoriais checados em consulta médica ou de enfermagem.

Apenas um clínico realiza controle da hemoglobina glicada dos pacientes que atendem, através de uma planilha do google drive.

Não há. Os pacientes diabéticos são acompanhados em sua individualidade, mas não temos nenhum registro dos exames solicitados que não o prontuário.

Não se realiza este controle.

Não há controle neste momento

O controle dos exames de hemoglobina glicada é realizado no atendimento individual, conforme classificação de risco e retornos programados.

APENAS UMA EQUIPE VEM FAZENDO ADEQUADAMENTE O CONTROLE DE HEMOGLOBINA GLICADA. RESPOSTA COMPLETA NO EXCEL.

não dispomos do dado

97

Não está sendo realizado controle do nº de Hemoglobina glicadas realizadas por paciente. É feito atendimento programáticos médico e de enfermagem, grupo de Hiperdia, solicitação de exames conforme protocolo e convocação de pacientes com exames alterados.

Os paciente são acompanhados e apazados segundo estratificação de risco, sendo garantido o exame conforme indicado no protocolo municipal.

Não houve registro deste dado.

O exame é solicitado periodicamente nas consultas médicas e de enfermagem. Há vagas específicas nas agendas para pacientes hiperdia.

não há esse controle, embora sejam solicitadas aos pacientes diabéticos de acordo com o protocolo.



HÁ CONTROLE DO Nº DE HEMOGLOBINA GLICADA REALIZADAS

NÃO TEMOS REGISTROS

SIM, PRONTUÁRIO.

Conforme protocolo, é realizado ao menos 1 exame/controle/ano, anotado em prontuário. Microalbuminúria para todo paciente DM e HAS/ano.

Há controle via cadastro do paciente no sistema.

No momento não estamos realizando o controle deste quesito.

O controle é realizado pelos clínicos e enfermeiros durante os retornos dos pacientes, através das anotações em prontuário, o que precisa ser aprimorado em nossa unidade, está em discussão.

pacientes acompanhados realizam controle mas não temos registro

Exame realizado pelo menos 1 vez ao ano.

Não há registro ou análise, apenas solicitação conforme protocolo e acompanhamento dos alterados

não. cada médico solicita de acordo com a necessidade analisada na consulta

Sim

Não há esse controle por ora.

Não temos este número registrado.

Não temos esse registro.

Não há controle de hemoglobina glicada.

Ainda não é realizado este controle.

Temos 86 diabéticos cadastrados pelo GEMM, que perfaz um total de 23,95% da população diabética estimada para essa área de abrangência (6,90% da população equivalem a 359 pessoas). População de 15 anos ou mais se estima em 5122 pessoas. Destes 60 diabéticos insulino-dependentes são acompanhados mensalmente na unidade através do grupo que perfaz um total de 69,76% dos cadastrados no GEMM.

Não temos controle do nº de hemoglobina glicada. Geralmente são solicitadas pelo médico nas consultas de controle.

Todos os resultados de exames são anotados em prontuário

Levantamento do dado em construção

Redução de hora de médico e a ausência de enfermeiro. Manteve-se a oferta de grupos e atendimento individual aos casos prioritários.

Realizamos grupo de crônicos e de insulino-dependentes e todos os diabéticos graves realizam HG, após os controles de glicemia, alguns são convocados para o CS, já recebem o pedido do exame de hg.

Não apresentamos registro correto desta informação.

Não. O profissional avalia a necessidade conforme grau de risco e acompanhamento.

Dos usuários que frequentam o grupo de hemoglobina glicada há um controle feito através da agenda do grupo.

Os pacientes diabéticos são acompanhados em consultas médicas e no Programa Hiperdia, onde solicita-se exames laboratoriais e controle de hemoglobina glicada. Os retornos são programados e os exames solicitados periodicamente de acordo com a classificação de risco do paciente.

Não há controle do número de hemoglobina glicadas por paciente. Temos apenas o número absoluto de exames realizados pelo E-SUS que na unidade fora 204 exames nesse período.

4) A todos os pacientes diabéticos em acompanhamento é solicitado e avaliado o exame de hemoglobina glicada, de acordo com a classificação de risco.

Não há o controle.

Resposta em arquivo anexo

não realizamos esse controle

Nos diabéticos em acompanhamento temos uma ficha em que anotamos em monitoramos a hemoglobina glicada.

Sim. Nas consultas médicas e grupos de hiperdia.

Faz parte do protocolo de atendimento e acompanhamento do portador de diabetes, colher hemoglobina glicada, periodicamente. A UBS segue o protocolo.

NÃO HÁ CONTROLE SISTEMATIZADO. O EXAME É SOLICITADO CONFORME PROTOCOLO, PORÉM, APÓS AVALIAÇÃO DO PACIENTE E PRONTUÁRIO, EM CONSULTA.

Não temos hiperdia, solicitamos para todos os pacientes diabéticos durante as consultas.

Exames solicitados na rotina de exames para DM, controle com solicitação periódica até o nível desejado com cada paciente.

Os pacientes cadastrados são monitorados e realizam o exame de hemoglobina glicada.

O exame é solicitado é realizado nas consultas médicas e o resultado controlado pelas Enfermeiras que realizam a convocação se alteração do exame.

Priorizamos cerca de 50 vagas de Hiperdia por semana.

Através das anotações em prontuários e as consultas de enfermeiro e médica.

Não temos o cadastro dos usuários em acompanhamento e nem o controle de hemoglobina glicada que foram realizadas. Proposta de implantação.

Não há controle do número de hemoglobina glicada realizadas por paciente e de que forma.

Não há esse controle na unidade.

Sim, conforme protocolo e manejo clínico.

O controle é realizado nas consultas agendadas com base na avaliação do paciente e exames anteriores. A solicitação de HB glicada segue protocolo.

Não há controle desse dado

## DIRETRIZ 7

### Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde

**35 – Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas (informações acumuladas)****35a. Cobertura vacinal - Vacina BCG****35a.1 Valor**

37  
45  
33.9  
35  
21  
33.3  
27  
31  
28  
17  
108  
149  
47.31  
41.6  
26.6  
62  
18.42  
38.5  
38.3  
28.1  
17.4  
24.7  
34  
00  
39.6  
0  
36.3  
31.3  
90  
43.0  
48.57  
35.4  
22.8  
36  
34.11  
28.4  
38.4  
42.9  
30.4  
21.8  
51.6  
42  
8.8  
35.5  
34.0  
37.4  
41.9  
41.94  
36.3  
75  
16.7  
34.4  
27.7

**35b. Cobertura vacinal - Influenza de 6 meses a < de 2 anos****35b.1 Valor**

0  
59  
45  
63  
132  
90.32  
27.9  
50.5  
95  
712  
40.35  
16  
23.23  
42.5  
69  
71  
17  
173  
54.0  
61.99  
17.77  
83  
31.30  
48.1  
20  
26  
94  
46.4  
49  
30.54  
57  
47  
88.2  
38  
66  
61.3  
24  
37  
73.1  
12  
14.1  
24.9  
61.2  
5.8  
91.48  
46

**35c. Cobertura vacinal - Vacina Rotavírus****35c.1 Valor**

26  
0  
34  
29  
20  
17  
30

36  
19  
91  
26.4  
113  
47.31  
31.4  
44.7  
30.2  
77  
42.1  
36.4  
33.4  
27.7  
17.6  
23.9  
24  
31.36  
32.5  
27.8  
28.6  
86  
39.0  
43.57  
21  
21.17  
71  
52  
22  
23  
33.3  
29.4  
33.6  
25.8  
21.8  
13  
35.5  
12.4  
28.7  
23.0  
50  
34.7  
39.9  
28.1  
40  
51  
15.6  
37.4  
16.9

### **35d. Cobertura vacinal - Pneumo 10**

#### **35d.1 Valor**

27  
11  
20  
20.3  
25  
0  
15  
21

139  
24.3  
90  
61.29  
35.1  
38.1  
29.4  
88  
30.92  
36.4  
39  
9.2  
24  
14.2  
29  
23  
30.2  
5.5  
84  
40.4  
48.3  
13  
10.58  
90.3  
2  
31  
19.2  
15.1  
23.7  
21.8  
59  
37.1  
37  
13.1  
27.2  
21.0  
28  
43.2  
32.2  
40.41  
26.9  
22  
44  
15.6  
32.6  
18.5

### **35e. Cobertura vacinal - Meningo C**

#### **35e.1 Valor**

30  
20  
25  
17  
0  
29  
26  
27  
102  
143  
40.86

30.6  
28  
46.2  
37.0  
77  
21  
34.7  
31  
39.4  
22.7  
32.2  
28.3  
36.1  
30.5  
25.9  
72  
39.9  
45  
39.5  
26.4  
16  
27.05  
62.3  
32  
22  
32.3  
30.7  
35.6  
22.3  
36  
18  
51.6  
40  
8.8  
26.9  
27.0  
41.1  
38.6  
42.8  
35.1  
107  
16.9  
28.1  
23.1

### **35f. Cobertura vacinal - Penta (+Tetra)**

#### **35f.1 Valor**

0  
24  
19  
102  
30.6  
28.3  
17  
38.9  
32  
22  
27.1  
134  
52.68

35  
44.2  
83  
36.84  
30.9  
33.5  
19.7  
21.5  
33.05  
31.1  
33  
29  
73  
38.2  
52.14  
81.66  
29.5  
18  
30.58  
30.3  
27  
20.5  
17.3  
34  
13  
51.6  
13.1  
30.4  
19.0  
30.9  
20  
39.13  
32.7  
38  
212  
20.1  
35.6  
13.8

### **35g. Cobertura vacinal - Vacina Poliomielite**

#### **35g.1 Valor**

35  
32.3  
19  
0  
27  
17  
22  
31  
38  
20  
104  
27.1  
137  
46.23  
28.6  
40.1  
33.4  
96  
18.42

34.1  
18.8  
20.5  
15.1  
30.93  
39.6  
37  
29.8  
36.1  
28.1  
78  
38.5  
49.29  
45.6  
29.5  
8.23  
113.6  
32  
21.8  
43.4  
27.9  
20.7  
15  
51.6  
13.1  
23.0  
23  
38.9  
21  
34.3  
44.24  
32.7  
1.2  
12.7  
35.6  
10.9

### **35h. Cobertura vacinal - Vacina Sarampo, Rubéola e Caxumba (SRC)**

#### **35h.1 Valor**

0  
33  
37  
20  
42.4  
18  
111  
40.7  
132  
49.46  
28.2  
50.3  
29.8  
68  
21.71  
32  
22  
35.1  
23.6  
24.3  
31



38.14  
32.1  
40.4  
38.9  
32.8  
88  
47.14  
42.16  
22.2  
29.6  
14  
34.11  
80  
30  
46  
41.0  
64.8  
28.5  
23  
54.8  
28  
14.6  
28.1  
18.0  
41  
34.2  
16  
52.1  
34  
47.6  
32.2  
54  
17  
13.3  
36.3  
16.9

### **35i. Cobertura vacinal - Influenza 60 anos e mais**

#### **35i.1 Valor**

0  
57  
39  
70  
90  
1472  
44.13  
20.3  
32  
80  
353  
36.13  
28  
21  
7.26  
41.8  
88  
112  
64  
60  
74.8

1252  
78.0  
40.24  
46.66  
24.7  
8.70  
68.6  
27  
37  
81.7  
86  
31.0  
56.8  
38.63  
30  
36  
27.1  
25  
89  
55  
92.7  
31  
30.67  
22.5  
22  
6.1  
84  
87

### 35i.2 Considerações e recomendações

Dados utilizados foram retirados do registro interno da unidade, devido ao não recebimento dos dados oficiais da VISA até o momento da entrega do RDQA. BCG – Numerador: 40. denominador 225 Influenza 6m a <2a- Numerador:133. Denominador 225 Rotavirus- Numerador: 43. Denominador:225 Pneumo 10- Numerador: 26. Denominador 225 Meningo C: Numerador: 46. Denominador: 225 Penta – Numerador: 44. Denominador: 225 Polio – Numerador: 45. Denominador: 225 SCR – numerador: 42. Denominador: 225 Influenza >60a – Numerador:319. Denominador: 356 A sala de vacina permanece aberta durante todo o período de funcionamento do serviço com profissional responsável. A convocação de faltosos é feita via telefonema, no caso de insucesso no contato telefônico ou nova falta, é realizada convocação por escrito, entregue pela ACS. A unidade não conta com SIPNI implantado. A sala de vacina conta com boa estrutura física e recursos humanos suficientes, não há climatização no momento. Com o atual desabastecimento nacional de imunobiológicos por muitas vezes não recebemos: Hepatite A, Tetraviral, Hepatite B e antirrabica.

Vacinação influenza iniciou em 30/04/16 e mapas foram fechados em 29/04/16.

A campanha de Influenza iniciou dia 30 de abril de 2016.

A sala permanece aberta das 8:00 às 18:30 hs. Está atualmente bem adequada, climatizada. Trabalha com duas técnicas durante quase todo o período de funcionamento. É feito aprazamento de vacinas das crianças e busca ativa de faltosos por telefone -3 tentativas – e por visita domiciliar quando falha por telefone.

Número absoluto de doses: BCG=44; influenza<2 anos=126; rotavírus=44; pneumo 10=57; meningoc=38; penta/tetra=49; polio=43; SCR=46; influenza>60 anos=188. O sistema não permitiu incluir o sinal % nos valores de cobertura. Influenza teve como único dia de aplicação no quadrimestre o dia D da campanha. Assim, os resultados apresentados são apenas o começo da cobertura da população que tem continuado nos dias subsequentes à campanha. Especialmente no caso de idosos. Ressaltamos os bons indicadores apesar da falta de algumas vacinas ao longo do período.

Tivemos a implantação do SNPNI - que muito tem ajudado a equipe a qualificar seu processo de trabalho

Mantemos a sala de vacina aberta, com profissional de enfermagem, durante todo o período de funcionamento do CS, e vigilância dos faltosos. Tem havido falta no abastecimento de algumas vacinas do calendário. Nascidos vivos 2015 = 207.

SALA DE VACINA ABERTA DURANTE TODO HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO CS, INCLUINDO SÁBADO. MONITORAMOS OS FALTOSOS. RESPOSTA COMPLETA NO EXCEL.

Não realizamos os índices de Influenza. E algumas vacinas estiveram em falta no mês de abril.(Pneumo 10,Penta)

orientações sobre os eventos adversos das vacinas e suas contra indicações, importancia de estar com a carteira de vacina atualizada.

Sala de vacina aberta durante quase todo o horário de funcionamento da unidade (88,9% do tempo de funcionamento) - fechamento da sala apenas no horário de almoço das 12h às 13h devido RH reduzido. Ligamos para convocar todas as crianças das Declaração de Nascidos Vivos que recebemos. Fazemos monitoramento e convocação de faltosos. Aponta-se necessidade de adequação da sala de vacina quanto RH e climatização. Campanha de Influenza teve início em 30/04/16, nesse dia foram aplicadas 92 doses de vacina em crianças de 6 meses a < 2 anos e 292 doses aplicadas em pessoas com >60 anos.

A sala de vacina fica aberta, com dois profissionais de enfermagem em todo horário de funcionamento da unidade, é realizado o monitoramento e convocação de faltosos. Falta informatização da sala para a implantação SIPNI. Importante ressaltar que a cobertura de influenza refere-se ao primeiro dia da campanha 30/04.

Neste período passamos por desabastecimento de inúmeras vacinas, porém estamos conseguindo manter as carteiras de vacinação atualizada através de um rigoroso controle das carteirinhas.

A cobertura da Influenza para menores de 2 anos e para Idosos está incompleta devido ao início da campanha de vacinação no dia 30/04.

Os dados de influenza referem-se apenas ao dia "D" e serão completados nos próximos relatórios

Por falta de funcionários, passamos a manter a sala de vacinas funcionando 75% do período funcionando. Os faltosos são monitorados pela auxiliares que atuam na sala de vacinas e convocados pelos agentes de saúde semanalmente. Ainda não temos o PNI implantado, mas temos computador funcionando na sala de vacinas, aguardando a implantação do PNI. Tivemos avanços, reformamos e ampliamos a sala de vacinas e agora há o ar condicionado instalado. Algumas vacinas estiveram em falta e ainda continuam como hepatite B, Penta, BCG, varicela.

SÃO REALIZADAS BUSCAS DOS FALTOSOS, E OFERTA DE SALA DE VACINA DURANTE TODO O PERÍODO DE FUNCIONAMENTO DA UNIDADE

Atendimento durante todo o período de abertura da unidade, com busca ativa dos faltosos

NÃO TEMOS AINDA ESTIMATIVA DE MAIORES DE 60 ANOS

BCG-42 doses, Rotavirus-36doses, Pneumonia 10-15doses, Meningo C 30doses, Penta+Tetra-33doses, Polio-42doses, SCR-34doses. Vacina Influenza iniciou somente 30/04/2016

Nosso serviço possui acesso facilitado a sala de vacina sendo aberto ao longo do dia com profissionais capacitados. Porém temos dificuldade de busca ativa e contato com os faltosos por ter apenas uma linha telefônica e período insuficiente de carros para busca ativa. Também temos uma discrepância dos dados do SINAN com o IBGE tornando difícil avaliar nossa real cobertura.

Ampliar divulgação junto ao território e garantir funcionamento da sala de vacina em tempo integral.

O Centro de Saúde encontra-se em reforma e as equipes atendendo em salões paroquiais de igrejas católicas, com isso não temos salas de vacina funcionando e nossa equipe é orientada a buscar a vacinação nos centros de saúde mais próximos (São Quirino e Conceição). Como os usuários podem procurar qualquer centro de saúde para se vacinar, isso tem dificultado nosso monitoramento. Já quanto a Influenza em idosos, estamos fazendo a campanha, que provavelmente atingirá 100% de vacinação de nossa população, o que ainda não aconteceu pois estamos no meio da campanha.

sala vacina aberta durante todo período abertura da unidade, busca faltosos campanha influenza no início

Manter a oferta de vacinas durante todo o tempo de funcionamento da unidade

Numerador: 749 Denominador: 1002

Porcentagens: BCG=33.7%; influenza cça=43%; rotavirus= 32.2%; pneumo10= 31.5%; meningoc =27%; penta=27.3%; polio=29.2%; SRC=33%; influenza idosos=73%

Os dados de influenza foram tirados da prévia enviada pela vigilância

Registrar o numerador, denominador. Bcg - 68/140 Influenza 6 meses a < 2 anos - 106/171 Rota - 61/140 Pneumo 10 - 21/140 Meningo c - 63/140 Penta - 73/140 Polio - 69/140 Tríplice viral - 66/140 Influenza > 60 anos - 200/497 A sala de vacina fica aberta, com profissional de enfermagem em todo horário de funcionamento da unidade? Sim Como é realizado o monitoramento e convocação de faltosos? A convocação é feita por meio de telefone e visita do agente comunitário de saúde à residência. Há o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) implantado na sua unidade? Sim Como você avalia sua sala de vacina em relação a RH, estrutura física e climatização? Adequada Houve descontinuidade no abastecimento de alguma vacina no quadrimestre? Qual(is)? Sim, de hepatite A, hepatite B, tetraviral e dupla adulto.

Estamos em campanha para vacinação contra gripe. Nossa cobertura ainda está baixa. Um dos motivos que percebemos, é a dificuldade de acesso, através de transporte público, pelos nossos usuários. Muitos desses pacientes procuram outros serviços de saúde para tomarem a vacina.

A campanha de vacinação de influenza está acontecendo nesse período, portanto não temos os dados da cobertura vacinal ainda. A sala de vacina da unidade fica aberta todos os dias das 09 às 19 horas, possui estrutura física e climatização adequada. O município enfrentou desabastecimento de várias vacinas no período o que contribuiu para baixa cobertura vacinal.

A sala de vacina funciona das 08hs às 15hs de seg a sexta-feira, realizamos monitoramento e convocação de faltosos. A sala de vacina funciona com 02 profissionais durante todo o período citado, no entanto, o espaço físico hoje é pequeno e não há ar condicionado instalado devido problemas ainda não solucionados com relação a frequente queda de energia na unidade por problemas na rede interna. Os números para Influenza de 6 meses a menores de 2 anos e de Influenza em maiores de 60 anos é Zero, pois não houve início da campanha de vacinação nesse período

A unidade mantém a vacina aberta durante todo o horário de funcionamento, porém, devido à quebra da câmara de refrigeração da sala de vacina, os imunobiológicos ficam estocados em outra unidade, restringindo o horário de funcionamento das 9:00 às 15:30 hs, por problemas de transporte. Os faltosos são convocados, os espelhos são avaliados mensalmente, porém tivemos falta de vacinas neste quadrimestre (ex: hepatite A, hepatite B, tetraviral, pentavalente, DTP). A sala de vacina é pequena e não possui climatização. A unidade é em local de alta vulnerabilidade e muitos pacientes relatam, através de 156, que não vão ao Centro de Saúde devido à sua localização. A campanha de Influenza iniciou em 30/04/2016, sendo os valores lançados apenas os do dia.

Obs: O CS Lisa ficou interdito durante 04 meses, ou seja, de 18/12/2015 a 18/04/2016 devido à má condição predial (infiltrações e bolores). Neste período fizemos a vacina da população juntamente com a do CS Valença; acredito que não foram registradas todas as doses realizadas, pelo fato que algumas vacinas estão zeradas no gráfico de cobertura vacinal de 2016.

O serviço de imunização está disponível para a população de 2ª a 6ª das 9:00 às 22:00h e aos sábados das 7:00 às 17:00h. Os funcionários da sala de vacina também controlam a cota, entrada e consumo de imunobiológicos através do sistema GEMM, fazem a monitorização dos faltosos, divulgação das campanhas. Neste ano, tivemos falta de alguns imunobiológicos e restrição na abertura do frasco de BCG, concentrando o agendamento para realização dessa vacina. Também a cobertura fica pouco confiável pois atendemos a população do CS Lisa

verificar cobertura de pneumo 10 e reavaliar faltosos

Falta: Implantar o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) e climatização.

sala de vacina aberta em quase todo período de abertura da unidade, profissionais capacitados. Observar alta cobertura do CS Satélite Íris vizinho.

Queremos reforçar que os dados fornecidos sobre a cobertura da influenza para idosos se refere a 4ª prévia da campanha (12/05/2016). Os dados da vacina pneumo 10, é baixo, pois, houve mudança no calendário vacinal, e tínhamos realizado apenas duas doses. Manteremos as atividades em sala de vacina, como busca de faltosos, campanhas nacionais e regionais, sala aberta o máximo de tempo, e alimentação dos mapas e sistemas de informação.

Manter ações de educação em saúde e oferta de insumos.

no período houve falta de diversas vacinas e a BCG continua com dias e horários fixos por restrição da mesma.

O funcionamento da sala de vacina é das 07:00 às 19:00, é feita busca de faltosos, o estoque de imunobiológico está sendo feito através do Gemm, a sala possui climatização adequada e ainda temos falta de alguns imunobiológicos. Neste período estamos dando continuidade a campanha de influenza. Realizamos na unidade monitoramento com convocação dos faltosos da sala de vacina. Fortalecimento das ações de melhoria, com o referenciamento de um profissional enfermeiro responsável pela equipe e a sala de vacina.

Número absoluto de doses aplicadas: 39 (BCG; rotavírus e pneumo 10); 31 (pentavalente); 82 (influenza na população de 6 meses a < 2 anos de idade); 40 (Meningo C); 37 (polio); 51 (SRC) e 394 (influenza em >= 60 anos).

Sala de vacina aberta durante todo horário de funcionamento da unidade. Convocação realizada via telefone e visita do agente de saúde ou equipe de

saúde da família. SIPNI implantado na unidade. Sala de vacina climatizada. Mudaria a localização da pia ou da janela. Houve descontinuidade no abastecimento da vacina contra hepatite A, hepatite B, tetra viral, dupla adulto e anti-rábica.

Apesar de inúmeras estratégias de convocações de faltosos, a cobertura vacinal ficou prejudicada devido a falta de vacinas no município.

Resposta em arquivo anexo

A sala de vacinas fica aberta em todo o período de funcionamento do CS. A convocação de faltosos é feita <1ano ate 5 anos. Ainda nao temos SISPN. Quanto à estrutura física, é pequena, não tem ar condicionado. Estamos tendo desabastecimento de várias vacinas neste ano (hepatite B, dupla adulto).

Sala de vacina aberta das 08 às 16h. apenas pois estamos sem câmara fria.

dados de 10/05/2016

A UBS oferece vacinação durante 12 horas/dia. Sistema informatizado não está implantado. Não há climatização na sala. Houveram inúmeros problemas com a manutenção da câmara fria e desabastecimento de vários imunobiológicos.

BCG:  $61/198 \times 100 = 30,80\%$ ; INFLUENZA 6M <2A:  $70/297 \times 100 = 24\%$ ; ROTAVÍRUS:  $60/198 \times 100 = 30,3\%$ ; PNEUMO 10:  $56/198 \times 100 = 28,3\%$ ; MENINGO C:  $54/198 \times 100 = 27,3\%$ ; PENTA:  $44/198 \times 100 = 22,2\%$ ; POLIO:  $45/198 \times 100 = 22,7\%$ ; SCR:  $81/198 \times 100 = 40,9\%$ ; INFLUENZA IDOSO:  $429/1701 \times 100 = 25\%$ . A FALTA DE VACINAS TEM PREJUDICADO EM MUITO A COBERTURA!

Manter a sala funcionando em tempo integral. Manter solicitação de manutenção preventiva nas geladeiras. Manter equipe treinada e qualificada.

Houve falta de várias vacinas durante todo quadrimestre.

A sala de vacina fica aberta com profissional de enfermagem em todo horário de funcionamento da unidade Realizamos convocação de faltosos periodicamente (telefone e visitas, quando necessário) A sala é pequena e não possui temperatura adequada (falta ar condicionado) Houve descontinuidade no abastecimento: DPT, Hepatites A e B, Tetra viral, Varicela e Pólio oral.

A sala de vacina se mantem aberta em todo período de funcionamento da Unidade.É realizado a convocação de faltosos. SIPNI implantado.A sala é climatizada.

Devido a interdição da Unidade, o acesso ficou prejudicado, dificultando a chegada dos usuários.

Sala de vacina aberta o tempo todo. SIPNI não implantado, faltosos convocados. Houve desabastecimento de algumas vacinas (tetra viral e BCG).

No primeiro quadrimestre as coberturas vacinais já estão acima da meta. Pretendemos manter dessa forma, fazendo busca ativa dos faltosos.

Sala de Vacina aberta 60 horas semanais. Vigilância dos faltosos é semanal e envolve contato telefônico e visita do ACS. Não há SIPNI. Sala adaptada, com infiltração, pequena, quente. Tivemos falta de dT, penta, hepatite A e B, rotavírus, pneumo e meningo C em diferentes períodos.

campanha de influenza iniciou em 30 de abril. Cobertura superestimada em algumas vacinas devido a atender população de fora de nossa adscrição

Trabalhando para a melhoria da cobertura.

Em relação a BCG atualmente trabalhamos com o agendamento um dia por semana para evitar perdas.

Conseguimos observação que grande parte da nossa população, com relação ao atendimento para vacinação, vem sendo vacinada em outras unidades de saúde que ofertam maior disponibilidade de horários para essa ação.

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

#### 36a. Valor

0  
100  
50  
25  
01  
36  
4  
100.0  
71.4  
22  
67  
50.0  
62.5  
75  
1

#### 36a. Considerações e recomendações

Numerador: 1. Denominador: 1.  $(1/1) \times 100 = 100\%$ . A equipe do CS acompanha o usuário portador de TB, este recebe TOD todos os dias no inicio do tratamento dentro do CS, conforme a adesão do paciente este passa a comparecer semanalmente para a TOD. Fornecemos o medicamento para autoadministração pelos 6 dias que separam uma TOD de outra. Em caso de faltosos é feita uma visita domiciliar para convocação do mesmo.

Nº de altas por cura = 03 Nº de casos novos = 03

Realizado tratamento supervisionado, busca ativa através de visitas domiciliares e convocações, controle do livro das doses administradas.

2 curados e 4 diagnosticados no período= 50% Dois dos pacientes concluíram o tratamento e tiveram alta por cura. Outros dois tiveram o tratamento suspenso por alergia.

Não houve casos novos no período de janeiro a abril de 2015, não sendo possível portanto calcular o porcentual de cura desses pacientes.

Tivemos 1 abandono (andré) e 1 óbito (Reginaldo)

Numerador: 1 Denominador: 2 Dois pacientes iniciaram Tratamento Observado Direto, no entanto um deles foi transferido para CS DIC I.

$2/2 \times 100 = 100\%$  EVOLUÇÃO DOS CASOS: J.S.B. GESTANTE, ALTA POR CURA; M.S.S. ALTA POR CURA; NÃO TIVEMOS NENHUM ABANDONO.

FAZEMOS TOD PARA TODOS PACIENTES.

Os pacientes fazem tratamento supervisionado no CS, e os faltosos recebem visita domiciliar da equipe de referencia.

tratamento supervisionado, orientação sobre a importância da medicação e seus efeitos, visita domiciliar exames dos comunicantes.

Nº alta por cura dos casos com início do tratamento de Janeiro a Abril 2015: 0 Nº casos novos com início do tratamento de Janeiro a Abril 2015: 0 Realizamos tratamento observado direto de todos os casos novos. Em caso de pacientes faltosos ou com baixa adesão ao tratamento, os ACS fazem visita domiciliar de segunda-feira a sexta-feira para garantir que o paciente faça o tratamento adequadamente e acordamos com a família de garantir que o paciente tome os medicamentos nos finais de semana.

sem considerações

Realizamos doses supervisionadas da medicação na unidade de saúde, pelo profissional enfermeiro com discussão dos casos junto à vigilância epidemiológica.

Estamos com 4 pacientes em tto sendo que: 1 TB Pulmonar e 3 ILTB.

Não houveram casos com início no 1º quadrimestre de 2015. Houve 1 caso novo com início no 1º quadrimestre de 2016.

Tivemos dois casos que foram acompanhados com tratamento supervisionado e tiveram alta por cura .

COLETAS DE BK, A PACIENTES SINTOMÁTICOS COM TOSSE A MAIS DE DUAS SEMANAS. BUSCA ATIVAPOR TEL . E ACS E TRAT. SUPERVISIONADO

Numerador = 1/ Denominador = 1. Realizamos TOD neste serviço e/ou no domicílio conforme a necessidade.

SO TIVEMOS 1 PACIENTE

Não tivemos casos

Não temos pacientes em tratamento de tuberculose nesse quadrimestre.

Ampliar e qualificar a vigilância de sintomáticos respiratórios e seus comunicantes. Ofertar acolhimento em período integral na unidade de saúde .

No momento temos um caso com alta, estamos fazendo um trabalho com a equipe para aumentar a busca e investigação de sintomáticos respiratórios.

3 casos período jan a abril 2015( todos cura ) 2 casos cura jan a abril 2016

manter a estratégia de acompanhamento e tratamento supervisionado dos casos novos de Tb

O TOD está implantado na unidade e quando não há adesão são realizadas discussões junto a equipe e solicitado intervenção da equipe de vigilância distrital

nenhum paciente com início de tratamento entre janeiro a abril de 2015

Tivemos 2 curas no período

Houve 2 curas de 4 casos novos. Como está organizado o Tratamento Observado Direto (TOD) para aumentar a proporção de cura dos pacientes? O paciente vem à unidade sistematicamente 2 a 5 vezes por semana. O ACS também dispensa a medicação na casa do usuário. Como é feita a busca ativa dos pacientes faltosos para diminuir o abandono? Por meio de visita domiciliar.

Neste quadrimestre tivemos 2 casos de tuberculose. Um era morador de rua e abandonou o tratamento ( não localizamos mais este paciente). O outro está em tratamento.

2 casos novos e 2 altas curas no período. Realizamos TOD para todos os pacientes diagnosticados, sempre fazendo os acordos e contratos de acordo com a realidade e possibilidade de cada paciente e a busca ativa no caso de faltosos é realizada pelos agentes comunitários de saúde ou outro profissional da equipe através de visita domiciliar. Também contamos com o acompanhamento e busca realizados pela equipe do Consultório na Rua, no caso de pacientes moradores de rua.

Numerador : 05 Denominador : 07 Realizamos tratamento supervisionado em 100% dos casos em tratamento. Realizamos busca ativa dos pacientes faltosos.

Neste quadrimestre só houve um caso de tuberculose , que foi diagnosticado em fase terminal na internação de um hospital. Este paciente não compareceu ao Centro de Saúde.

Numerador: 01 caso; denominador: 01 caso (100%). A equipe esta treinada para realizar o TOD e o fizemos.

1º quadrimestre= 40% 2º quadrimestre= 33% 1º quadrimestre= 22% No ano 2015 tivemos 9 pacientes diagnóstico com TB, 2 altas por cura, 1 alta por transferência para outro serviço e 1 alta por abandono. Ficando ainda 5 em tratamento. De janeiro a abril deste ano mais 6 casos novos. Neste período tivemos 3altas por cura, Estamos com 8 pacientes em tratamento. Todos os pacientes estão sob tratamento supervisionado.

Um usuário em tratamento com início no primeiro quadrimestre 2016

Aumentar a proporção de pacientes em Tratamento Observado Direto (TOD).

TDO em todos os pacientes. Busca de comunicantes. Necessário a disponibilização de um cartão de passe para cada ACS para TDO domiciliar.

Nesse período solicitado não tivemos casos de cura. Numerador 0(altas) e denominador igual 2. Em nosso serviço todos os casos confirmados são tratados como supervisionado, pois o risco de abandono é imenso. Quando o usuário não comparece vamos até a residência do mesmo através dos ACS, ou equipe de visita, já levamos o medicamento.

Não apresentamos nenhum caso de alta por cura.

Com a chegada de uma técnica de enfermagem estamos capacitando-a para ser responsável pelo tratamento supervisionado da Tuberculose.

$3/3 \times 100 = 100\%$  (livro de TB da unidade) Todos os tratamentos são supervisionados, a busca de faltosos é feita pelos ACS e o Enfermeiro. Os ACS também ajudam no supervisionado na residência quando necessário.

Os profissionais da vigilância mantêm o acompanhamento efetivo dos usuários e acompanhamento sistemático do tratamento, oferta de lanche para os pacientes. Realizado busca ativa pelo telefone ou visita domiciliar.

$n^\circ$  de altas por cura dos casos novos pulmonares com início de tratamento de janeiro a abril do ano anterior =  $1/n^\circ$  de casos novos pulmonares com início de tratamento de janeiro a abril do ano anterior =  $4 \times 100 = 25\%$ .

No TOD o paciente vai até a unidade de saúde para receber a medicação ou a equipe leva o medicamento até o domicílio. A busca ativa é feita por telefone, visita do agente comunitário de saúde ou da equipe de saúde da família, contato com familiares, outras unidades e unidades parceiras.

2/2 Há visita 3 vezes por semana a todos os pacientes em tratamento para tuberculose, para a supervisão do tratamento. Casos resistentes , são encaminhados ao serviço de referência.

Nenhum caso no período. Fonte: Livro verde de TB. Preparados para realizar TOD em todos os casos em tratamento. Equipe toda preparada para acolher e fornecer a medicação diariamente.

Quando temos caso, o TDO é realizado 3x/semana e fazemos busca ativa em caso de falta.

Temos poucos casos de TB no território

3 casos ainda em tratamento (TDO). Os faltosos são convocados pela vigilância da unidade.

Há, atualmente, 4 pessoas em tratamento de tuberculose, na Unidade.

TIVEMOS DOIS CASOS COM INÍCIO NO PRIMEIRO QUADRIMESTRE DO ANO ANTERIOR, AMBOS COM ALTA POR CURA. A BUSCA ATIVA É FEITA CONSTANTEMENTE, PELO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA VIGILÂNCIA E PELOS DEMAIS MEMBROS DA EQUIPE DE REFERÊNCIA.

Tivemos 2 casos sendo que ambos abandonaram o tratamento.Usuários de drogas. Vigilância ciente.

Mesmo com a dedicação da equipe local de referência ainda temos pacientes com difícil adesão ao tratamento. O lanche que era oferecido aos pacientes não teve continuidade no fornecimento.Faço uma crítica a constituição do indicador de casos novos /casos curados, não foi discutido antecipadamente para tirar dúvidas ou a possibilidade de melhorar a forma de responder esse indicador.

Numerador: 02 Denominador: 02 Todos os casos com tratamento supervisionado

Equipe é treinada e preparada para realizar o tratamento de todos os casos. Temos atualmente um paciente em tratamento supervisionado.

A busca é feita através de visitas domiciliares, e nos casos de TOD existe uma vigilância constante da ESF, principalmente dos ACS.

1/1. Equipe treinada e capacitada para realizar TOD e nos casos de difícil adesão são acompanhados por profissionais da equipe (AE/TE ou ACS).

No período de janeiro a abril de 2015 não tivemos nenhuma alta por cura de casos novos de tuberculose pulmonar e também nenhum caso novo com início de tratamento no mesmo período.

$3/4 \times 100 = 75\%$  1 abandono

manter vigilância e cuidado

Tivemos uma cura , para um caso novo.

O (TOD) é realizado pelas agentes comunitárias de saúde ou pelos auxiliares de enfermagem da equipe de referência ou ligados a vigilância.

Não tivemos tratamentos para avaliação nesse período.

### 36b.Percentual de sintomáticos respiratórios investigados.

#### 36b.1 Valor

11

3

0

13

10

8

19

6

7

14.7

1

9.12

14.88

14.28

11.86

8.34

39

26.86

4

14

3.24

17.3

26.8

8.38

11.0

19.15

8.03

13.89

10.5

12

5.2

28

14.5

100

15.9

15

2.07  
5.7  
13.41  
1.3  
5.3  
12.0  
6.9  
5.43  
6.35  
22  
9  
3.9  
16.83  
54

### 36b.2 Considerações e recomendações

Numerador: 10. Denominador: 117.  $10/117= 8,5$  Para todo paciente com tosse a mais de 2 semanas é solicitado teste molecular rápido para TB. Os ACS informam a equipe de possíveis casos suspeitos de TB no território.

Necessidade de discutir com a equipe estratégia para busca de sintomáticos respiratórios.

Melhorar a contra-referência de hospital terciário, em especial PUC e UNICAMP, pois informações sobre tratamento não são compartilhadas com a unidade.

1 : 410 = 0 Neste período, foram realizadas apenas 3 coletas de BK no escarro de 3 pacientes na unidade. Apenas 1 Sintomático Respiratório notificado. Este ponto será tema de debate junto à equipe, especialmente no escopo do NSC, visando não somente a uma atitude pontual, mas à inserção da busca ativa de sintomáticos respiratórios como prática corrente na unidade.

6 casos do livro de sintomáticos e 24 comunicantes dos pacientes - Temos muito subregistro ainda

Numerador: 11 Denominador: 121 Cálculo: 9,12% No planejamento para 2016, uma das metas foi aumentar o número de suspeição de sintomáticos respiratórios em relação a 2015.

1% de 12092 = 121 PESSOAS SINTOMÁTICAS RESPIRATÓRIAS ESPERADAS. RESPOSTA COMPLETA NO EXCEL.

Precisamos ampliar a suspeição dos sintomáticos respiratórios.

equipe sempre atenta aos tossidores, aumentando a vigilância quanto aos sintomáticos.

Número de sintomáticos respiratórios investigados no período: 13 Equipe orientada a realizar oferta de coleta de BK para todos os pacientes com tosse crônica (3 semanas ou mais de tosse). Realizado coleta de BK no momento da suspeição.

$24/225 \times 100 = 11\%$ . As equipes estão atentas aos tossidores, inclusive temos intensificado as ações de orientação à população não só dentro da unidade, mas também em regiões do território de alta vulnerabilidade, com o trabalho dos ACS que sabem reconhecer e realizam a suspeição de sintomáticos respiratórios no território.

Não tivemos nenhuma notificação de TB no período. Precisamos pensar estratégias para buscar/suspeitar casos novos.

Realizar Busca de Sintomáticos respiratórios sistematicamente nos espaços de acolhimento.

O tema está sendo incluído nas discussões do NSC da unidade como prioridade de indicador a ser melhorado. Os pacientes vulneráveis e sintomáticos atendidos estão sendo encaminhados para coleta de escarro.

realizamos busca de sintomáticos respiratórios nas rotinas do atendimento

PACIENTES SINTOMÁTICOS COM TOSSE A MAIS DE DUAS SEMANAS. BUSCA ATIVA POR TEL. E ACS E TRAT. SUPERVISIONADO

Numerador = 23 / Denominador = 180. Toda a equipe de enfermagem é orientada e está capacitada para realizar suspeição de TB

SEM CONSIDERAÇÕES

$4/72 \times 100 = 5,52$ . Não tivemos casos

Embora tenhamos discutido e sensibilizado a equipe para aumento da busca pelos sintomáticos respiratórios, busca ativa dos faltosos dos exames ainda não conseguimos nos organizar para que isso ocorra de forma adequada.

Qualificar profissionais para identificação e atendimento de sintomáticos respiratórios.

Numerador - 16 (coletaram o exame de escarro) Denominador - 493 (1% da população) Devido a unidade estar provisoriamente instalada em igrejas, não temos sala de inalação, nossos usuários com queixas agudas são encaminhados ao PS pois não temos sala de observação, procedimento, equipe separada, isso tem dificultado a nossa busca por sintomáticos. Com a volta ao prédio do CS próxima, estamos planejando ações para incrementar esses números.

campanha de sensibilização e capacitação equipe

Sensibilizar a equipe para melhoria da suspeição dos sintomáticos respiratórios

Denominador:194 Numerador:52 São realizadas sensibilizações dos profissionais para busca de sintomáticos respiratórios e são realizados plantões de coleta de escarro e orientação de sintomáticos.

NSC desenvolvendo ações para aumentar o número de pesquisa de sintomáticos respiratórios; correta anotação no livro de controle

Sensibilizar equipe para realizar busca ativa de sintomáticos respiratórios. Realizar campanhas de esclarecimentos à população.

São estimados 94 usuários sintomáticos respiratórios no território para o ano de 2016. Considerando o número de sintomáticos respiratórios investigados nos últimos 12 meses (de maio/15 a abril/16) temos 18 usuários investigados, sendo a porcentagem de 19,15%. Considerando apenas os usuários investigados nesse quadrimestre, temos a porcentagem de 3,19%. A equipe multiprofissional está sempre atenta aos tossidores, aumentando a vigilância em relação aos sintomáticos respiratórios? Razoavelmente. Pretendemos fortalecer a sensibilização com práticas de EP durante esse ano. Estão sendo investigados os pacientes com tosse crônica (tosse há duas semanas ou mais), pneumonias de repetição, asma e bronquite com tosse produtiva, dentre outros? Sim. A equipe está atenta às populações mais vulneráveis (bolsões de pobreza, instituições fechadas, alcoolistas, tabagistas, pessoas em situação de rua, drogadição, dentre outras)? Sim. Os ACS sabem reconhecer e realizam a suspeição de sintomáticos respiratórios no território? Sim.

Foram investigados 6 pacientes neste quadrimestre.

Ampliar ações de busca de sintomáticos respiratórios nos locais de maior vulnerabilidade no território. (total de coletas no período= 59)

Numerador : 25 Denominador : 180 Realizamos a investigação de 25 sintomáticos respiratórios no período de Janeiro a Abril de 2016.

2 Necessidade de aumentar a cobertura de sintomáticos respiratórios. Já definido no Núcleo de Saúde Coletiva que iremos realizar campanha de sintomáticos respiratórios no território e sensibilizar a equipe. Os ACSs estão realizando recadastramento e foram sensibilizados para trazer para a equipe as situações de vulnerabilidade ou orientar quanto a coleta de escarro para realização dos exames.

Numerador: 12 pessoas. Fonte: livro de sintomático respiratório; denominador: 70 pessoas, perfazendo um percentual de 17,14%. Infelizmente a nossa busca ativa não atingiu o esperado. Recomendação: Sensibilizar a equipe sobre a importância da suspeição e busca ativa dos assintomáticos respiratórios.

População : 21.269 = 1% da população – 213 pessoas devem ser atendidas como sintomáticos respiratórios Nesse quadrimestre foram investigados 11 pessoas, totalizando 5.2% da população estimada

sensibilizar equipe para aumentar suspeição de sintomáticos

Discussão com a equipe sobre os dados.

Falha no registro em livro. Atuação no grupo de tabagismo que atende todo distrito. Adequações internas do processo de trabalho.

Estamos atentos em todos os momentos do nosso atendimento, identificando os casos e já procedendo o seu cuidado. Os ACS receberam orientações básicas de como identificar possíveis tossidores, orientar inclusive a coleta do escarro, e encaminhar rapidamente para a unidade. No período solicitado a proporção foi 5 pessoas sintomáticas e 1% de nossa população, também 5.

Necessário aumentar as ações de investigação de sintomáticos respiratórios.

Os ACS sabem reconhecer e realizam a suspeição de sintomáticos respiratórios no território, avaliamos e repectuamos os registros dos sintomáticos Sintomático Respiratório= 15 (livro da unidade) População Total=12774 /1%=128 15/128x100=11,7% Ainda temos falhas no fluxo de notificação, os ACS foram orientados e trazem para a equipe casos de possíveis suspeitos.

Numerador: 19 Denominador: 172 Verifica-se a necessidade de sensibilizar todos os profissionais para esse olhar vigilante. Capacitar os ACS para busca ativa dos sintomáticos no território, bem como auxiliares e técnicos de enfermagem para identificação de sintomáticos no acolhimento das equipes.

Melhorar a vigilância para identificação de pessoas que possuem contato com usuários diagnosticados com tuberculose.

Número de pessoas sintomáticas respiratórias investigadas e notificadas no local e período = 02 / 1% da população em geral, no local =  $96 * 100 = 2.07\%$ .

Numerador: 10, Denominador: 173. A equipe está orientada quanto a vigilância em relação aos sintomáticos respiratórios, no entanto, há necessidade de ampliar o olhar.

As ações acima citadas estão sendo desenvolvidas.

Numerador: 11; Denominador: 82. Fonte: Livro de registro de exames de pesquisa de BK. Equipe atenta a comunicantes de TB de outros serviços.

Realiza solicitação de exame em casos suspeitos, atendidos em acolhimento. Controle do registro de exames coletados pelo NSC.

Poucos casos chegam no CS apesar da sensibilização constante da equipe. Estamos atentos a áreas mais vulneráveis. Em 2015 fizemos uma campanha de busca ativa no território.

Já realizada várias discussões na equipe para aumentar a suspeição

11 exames realizados. Discussão no NSC para ampliar a sensibilidade da equipe e propor ações para aumentar a investigação de casos suspeitos

Discussão sobre o percentual de pacientes sintomáticos respiratórios investigados, realizada com frequência em reuniões de equipe e núcleo de saúde coletiva.

$21/157,27*100=13,35$ . EMBORA FAÇAMOS COM FREQUÊNCIA A SENSIBILIZAÇÃO DA EQUIPE, ESTE DADO TEM MELHORADO POUCO AO LONGO DOS ANOS. EMBORA EU VERIFIQUE QUE A EQUIPE TEM QUESTIONADO NAS CONSULTAS E ACOLHIMENTOS O TEMPO DE TOSSE, O EXAME NÃO TEM SIDO SOLICITADO PARA TODOS OS PACIENTES COM TOSSE HÁ MAIS DE 3 SEMANAS, MUITAS VEZES POR RELACIONAREM À CONDIÇÃO CLIMÁTICA, PELA AUSÊNCIA DE OUTROS SINTOMAS OU BAIXA VULNERABILIDADE DO PACIENTE EM ATENDIMENTO.

Aumentar a busca de sintomáticos respiratórios através da sensibilização da equipe; Melhorar o registro dos sintomáticos respiratórios; Manter a busca ativa; Colher BK ou teste molecular rápido de todos os sintomáticos.

Colheu-se 16 exames em relação a estimativa de pacientes que é de 280 exames ao ano. Proposta de proporcionar esta discussão com equipe.

Numerador:15 Denominador: 217.6 Manter sensibilização da equipe toda quanto à importância da vigilância em relação aos sintomáticos respiratórios.

Continuamos sensibilizando os profissionais em reuniões de equipe, reunião geral e colegiado gestor.

Existe uma não sensibilização dos profissionais na avaliação dos tossidores com mais de 3 semanas.

$7/110,23$  1% . Equipe capacitada e sensibilizada para aumentar a vigilância em relação aos sintomáticos respiratórios. Será discutido no NSC.

Foram feitas 14 investigações de sintomáticos respiratórios no período, o que se apresenta abaixo do ideal. Estamos reforçando a necessidade do rastreamento desta patologia.

$33/331*100=10\%$

Foram identificados 19 usuários. Manter vigilância

Estamos trabalhando para a melhoria da cobertura.

A equipe é orientada frequentemente quanto a suspeição de TB, inclusive já realizamos investigação ativa em bolsão de pobreza.

Os livros estão atualizados. Estamos trabalhando para ampliar a suspeição.

## 37. Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose

### 37.1 Valor

100

0

1



50  
100.0  
0.5  
01  
75

### 37.2 Considerações e recomendações

Numerador: 1. Denominador: 1.  $(1/1) \times 100 = 100\%$ . Todo paciente diagnosticado com TB é orientado quanto a necessidade de realização do teste anti-HIV, a enfermeira da unidade é capacitada para realização do teste rápido anti-HIV.

Todos os pacientes em acompanhamento de tuberculose coletaram sorologia de HIV.

O exame é solicitado para todos os casos novos e acompanhado. O livro está atualizado.

Total de testes HIV 2 Total de pacientes com diagnóstico no quadrimestre 0.5 Fizemos a busca dos testes de HIV dos doentes diagnosticados no quadrimestre anterior no site do Laboratório Municipal e encontramos apenas 2 exames de HIV realizados. Foi percebida a falha nas anotações da vigilância destes doentes. Sentimos a necessidade de reestruturar o processo de trabalho no acompanhamento destes doentes.

Temos 1 paciente em tratamento de TB que realizou o exame de HIV de acordo com o preconizado.

Temos de manter a oferta dos testes rápidos

Numerador: 1 Denominador: 2

TESTAMOS HIV EM TODOS OS CASOS DE TB DIAGNOSTICADOS DE JAN A ABRIL DE 2016 (01 EM JAN, 02 EM FEV, 0 MAR E 0 EM ABRIL). RESPOSTA COMPLETA NO EXCEL.

não localizamos este dado.

segue protocolo de TB

Casos novos no quadrimestre anterior: 1 Nº de teste anti-HIV realizados em casos novos no quadrimestre anterior: 1 Livro verde atualizado rotineiramente. Teste rápido anti-HIV em processo de implantação - está sendo feita capacitação dos profissionais de enfermagem para realização do teste rápido.

$2/2 = 100\%$

Como não tivemos casos novos de tuberculose neste período, não realizamos teste anti-HIV.

Não Houve diagnóstico de HIV positivo, neste período. Orientamos a seguir protocolo e solicitar BK para todos os pacientes suspeitos de HIV.

numerador 1 denominador 1 O exame convencional é solicitado para todos os casos novos de TB e registrado no livro verde, que é sempre atualizado.

todos os pacientes são registrados no livro verde, e acompanhadas mensalmente, registrando resultado de exames, mudanças de terapêutica, acompanhamento dos comunicantes, alta por cura, abandonos quando for o caso.  $2/2 \times 100 = 100\%$

REALIZADOS BK EM TODOS PACIENTES HIV+

Numerador = 1/ Denominador = 1

SEM CASOS NOVOS

Não tivemos casos

Não temos pacientes em tratamento de tuberculose.

Não houveram casos neste quadrimestre

Numerador = 1 número de testes HIV realizado em pacientes com tuberculose Denominador = 1 (um caso novo)

feito aconselhamento e coleta de exame rotineiramente p todos casos de TB. Livro atualizado

Manter a realização de exames de HIV para todos os casos de TB

E feito aconselhamento e realizados os registros

$3/3$  todos os casos novos de TB são aconselhados e o teste realizado

Manter a prática já instituída. Melhorar os registros.

Todos os 4 casos novos de tuberculose foram testados para HIV. É feito o aconselhamento para o teste anti-HIV em todos os casos novos de tuberculose? Sim. O livro verde de registro dos pacientes é atualizado rotineiramente? Razoavelmente. Pretendemos sistematizar seu uso. Sua unidade realiza teste rápido anti-HIV para os casos novos de tuberculose? Não, apenas sorologia.

Foram dois pacientes com tuberculose e os dois foram investigados com exame de HIV neste período. Tivemos uma profissional capacitada para teste rápido anti HIV e fazemos o teste e aconselhamento na unidade.

É realizado o aconselhamento e coleta de teste rápido para todos os casos novos de tuberculose. Temos falhas no registro pela equipe no livro verde, mas a equipe utiliza outros instrumentos de registro.

Numerador : 7 Denominador : 7 Ofertamos exames de HIV com aconselhamento para todos os casos novos de Tb; mantemos o livro de registro de pacientes atualizado.

É realizado o aconselhamento para os testes de HIV entre os pacientes, o livro verde é atualizado mensalmente. A unidade possui teste de HIV para utilizar, porém ainda falta implementar seu uso.

Numerador: 01 caso; denominador: 01 caso (100%). Fez tratamento pela Pucc. Recomendação: monitorar o livro SV2 e de sintomático respiratório mantendo-os atualizados mensalmente.

: Nos nove casos de TB foram realizados exames de HIV. Estamos neste ano com pessoal capacitado para fazer o aconselhamento e teste rápido. Planejado para 2º quadrimestre.

Um usuário em tratamento com início no primeiro quadrimestre 2016

Ofertado e realizado teste anti-HIV para todos os casos novos de tuberculose.

Na unidade foram realizados 100% dos testes HIV nos 3 usuários em acompanhamento TB.

Conseguimos em 2015, ofertar capacitação para uma enfermeira e técnica de enfermagem na testagem e aconselhamento. Fazemos registro de casos rotineiramente no livro verde, enfermeira ciente da realização da necessidade da testagem. Numerador=3 e denominador=3.

Realizamos todos os testes em casos novos.

com a capacitação das enfermeiras pactuamos fazer o teste rápido no início de todos os tratamentos após aconselhamento, o livro verde é atualizado.

100% dos casos foram coletados HIV A equipe esta bem orientada e atenta quanto a necessidade e importância da sorologia do HIV.

Manter o controle atualizado de pacientes em tratamento possibilitando o controle dos exames realizados, a unidade realiza teste rápido de HIV, porém ainda não realiza o Aconselhamento devido aos profissionais não terem recebido capacitação, já solicitamos ao CRDST/AIDS.

número de testes anti-HIV realizados em casos novos de tuberculose que iniciaram tratamento no quadrimestre anterior = 1/ casos novos de tuberculose que iniciaram tratamento no quadrimestre anterior = 1 = 1.

Numerador: 2, Denominador: 2. Livro verde atualizado. Feito aconselhamento para o teste anti-hiv.

As ações acima estão sendo realizadas.

Nenhum caso no período. Fonte: Livro verde de TB.

Atualizamos periodicamente o livro verde. Não temos teste rápido no momento.

Realizamos o teste rápido para os casos novos de TB

3 casos novos realizaram os exames solicitados

A UBS não realiza teste rápido para HIV, pois não possui os kits necessários.

$2/2 \times 100 = 100\%$ . O ACONSELHAMENTO É REALIZADO PARA TODO CASO NOVO DE TB. O TESTE RÁPIDO TEM SIDO UTILIZADO EM OCASIÕES ESPECÍFICAS, QUANDO SE OBSERVA O RISCO DO PACIENTE NÃO COMPARECER PARA A COLETA DOS EXAMES.

Solicitamos exames de HIV de todos os casos. Utilizamos teste rápido quando necessário.

Exames colhidos na rotina .

Numerador: 2 Denominador: 2

numerador: 1 ; denominador:1; total:1. Em todos casos de TB é solicitado o exame anti-HIV. o livro é sempre atualizado e a Unidade já realiza o teste rápido.

Todos os casos são registrados e acompanhados, o teste rápido de anti-HIV é realizado com aconselhamento.

1/1. Mantemos livros de registro de TB com todas as anotações atualizadas. Temos profissionais capacitadas para o Teste Rápido.

Foram realizados testes anti-HIV em todos casos novos de tuberculose que iniciaram tratamento no último quadrimestre.

$6/8 \times 100 = 75\%$  1 óbito e 1 transferência no início do tratamento

Manter vigilância

1 exame para um caso novo.

O livro verde é atualizado rotineiramente e o teste anti-HIV é realizado através de sorologia, pois aproveitamos a oportunidade para colher TGO, TGP e Gama GT.

Todos os casos tem a realização de sorologia e o aconselhamento feitos

## 45. Proporção de cura de casos novos de hanseníase

### 45.1 Valor

0

100

25

33.33

1

### 45.2 Considerações e recomendações

Numerador: 0. Denominador: 0.  $(0/0) \times 100 = 0\%$ . Todos os profissionais do CS estão preparados para iniciar pesquisa de lesões sugestivas de hanseníase. Não tínhamos caso no período.

Realizamos tratamento supervisionado, busca ativa através de visitas domiciliares e convocações, e controle das doses administradas.

Dados coletados no GEMM. Pudemos ver que está havendo falha na coleta de informações a respeito destes doentes. Precisamos urgentemente reestruturar o processo de trabalho da vigilância na unidade.

Não houve casos novos no período de janeiro a abril de 2014 e no mesmo período de 2015, não sendo possível portanto calcular o percentual de cura desses pacientes.

Nenhuma investigação neste ano

Tivemos um paciente que recebeu alta após 12 meses de tratamento.

Tivemos uma notificação de MH forma I em fevereiro de 2014 com previsão de alta em 2015, mas mudou-se para Jequié - Ba.

Não tivemos casos.

nao tivemos casos

Sem casos no período.

não houve casos novos de hanseníase.

Não registramos/ tratamos casos de hanseníase na unidade nos últimos anos.

1 paciente em tratamento.

Não houve casos

Tivemos dois casos que aderiram ao tratamento , fazendo a medicação supervisionada mensal , com avaliação anual de todos os comunicantes . Nos últimos anos o número de casos diagnosticados e acompanhados no serviço vem diminuindo.  $2/2 \times 100 = 100\%$

SÃO REALIZADAS BUSCAS ATIVAS DOS FALTOSOS, DIMINUINDO O ABANDONO

Numerador=1/Denominador=4.

SEM CASOS

Não tivemos casos

Não temos casos de hanseníase no momento.

Não houveram casos neste quadrimestre.

Não temos casos de hanseníase.

1 caso 1 cura

nenhum caso na unidade

Não houve

não houve casos de hanseníase no período

Sensibilizar a equipe para aumentar a detecção precoce.

Houve três casos, sendo que um teve alta por mudança do diagnóstico, um abandonou o tratamento e o outro recebeu alta por cura. A equipe se considera sensível ao diagnóstico de hanseníase. O tratamento é supervisionado, especialmente a primeira dose de medicação mensal. ACS realizam busca ativa aos faltosos.

Não tivemos casos de hanseníase na unidade neste quadrimestre

Equipe sensibilizada para investigar lesões suspeitas e realizar coleta para diagnóstico.

Numerador : 0 Denominador : 1 Realizamos monitoramento de todos os pacientes de Hanseníase. Realizamos busca ativa nas consultas médicas, no acolhimento, nas consultas de enfermagem e durante procedimentos realizados com os pacientes.

Não tivemos casos de hanseníase no último ano e, no ano anterior, tivemos dois casos, com alta por cura.

Numerador: 0 casos; denominador: 0 casos. Não tivemos casos de M.H. na Unidade no período referido.

1 caso de hanseníase em tratamento

sensibilizar equipe para aumentar suspeição de sintomáticos

Nenhum caso

Não houve ocorrência de casos de hanseníase na unidade porém equipe permanece alerta para avaliações dermatológicas.

Nesse período solicitado não tivemos casos de cura. Nos manteremos atentos para identificação de novos casos.

Não apresentamos nenhum caso no período.

Não temos casos de MH

$1/1 \times 100 = 100\%$  Tivemos neste período apenas um caso que foi tratado, feito supervisionado conforme protocolo, investigado todos os comunicantes. A supervisão é feita pelo enfermeiro e quando há faltas é realizado busca e convocação.

Não houve casos no período.

$n^\circ$  de altas por cura dos casos novos que iniciaram tratamento para hanseníase de janeiro a abril de 2 anos anteriores = 0 / total de casos novos com início de tratamento para hanseníase de janeiro a abril de 2 anos anterior =  $0 \times 100 = 0$ .

– Numerador: 0, Denominador: 0. Programa organizado conforme protocolo.

Não houveram casos novos no período.

0%. Nenhum caso de MH na Unidade. Equipe capacitada para suspeitar, diagnosticar e tratar casos de MH.

Necessita investir em sensibilização e capacitação sobre este tema.

Não tivemos

1 caso de cura no período. Os casos são acompanhados pela equipe e vigilância da unidade

Um paciente em tratamento para hanseníase.

TIVEMOS UM CASO NO ANO ANTERIOR, COM INÍCIO DO TRATAMENTO EM JANEIRO, ALTA EM JULHO DE 2015.

Tivemos 2 casos, ambos tratados na Pucc

Doença de difícil diagnóstico ainda nos dias de hoje.

Não tivemos nenhum caso de hanseníase no período selecionado.

Não houve casos de Hanseníase

Existe uma busca ativa aos pacientes através de visitas domiciliares, e acompanhamento sistemático dos casos.

Não tivemos casos de Hanseníase neste quadrimestre.

Não tiveram casos novos nos períodos de janeiro a abril dos dois anos anteriores.

Não temos pacientes em tratamento de hanseníase nesse período.

manter vigilância

Não houve.

Não tivemos casos, mas estamos atentos as queixas nas consultas e acolhimento. Temos realizado os testes, até o momento negativos.

Não tivemos casos de hanseníase no período

## 46. Proporção de contatos intra-domiciliares de casos novos de hanseníase examinados

### 46.1 Valor

0

100

5

88.8

2

100.0

75

### 46.2 Considerações e recomendações

Numerador: 0. denominador:0.  $(0/0) \times 100$

Não há casos de hanseníase no período.

Quando existem casos de hanseníases, realizamos a avaliação dos contatos, através do exame físico, e avaliação da vacinação, com solicitação de exame se necessário. Com busca ativa através de visitas domiciliares e convocação.

Não tivemos nenhum diagnóstico de Hanseníase no quadrimestre anterior.

Não houve casos novos de hanseníase no quadrimestre anterior.

Mesmo em época de busca de casos dermatoneurológicos não evidenciamos casos

Numerador: 5 Denominador: 5 Todos os contatos domiciliares foram examinados.

NÃO FIZEMOS DIAGNÓSTICO DE MH DE JAN A ABRIL DE 2016.

não tivemos casos.

nao tivemos casos

Sem casos no período

não houve casos novos de hanseníase

Não registramos/ tratamos casos de hanseníase na unidade nos últimos anos.

Foram investigados 5 comunicantes dos paciente em tratamento.

Não houve casos

Todos os contatos são convocados e examinados pelo médico, anualmente por 5 anos . Aconvocação é feita pela equipe através dos ACSs.  $2/2 \times 100 = 100\%$

A EQUIPE SENSIBILIZADA NO ACOLHIMENTO E BUSCA ATIVA REALIZADAS PELOS ACS E EQUIPE

Numerador= 8/ Denominador = 8.

SEM CASOS

Não tivemos casos

Não temos casos de hanseníase no momento.

Não houveram casos neste quadrimestre.

não temos casos de hanseníase

9 contactuantes, 8 investigados e monitorados através de planilha com controle das consultas.

nenhum caso na unidade

Não houve

não houve casos de hanseníase no período

manter seguimento de casos tratados e contatantes dentro de uma periodicidade estabelecida pelo protocolo.

Todos os cinco contatos foram examinados. O monitoramento se dá a partir do SV2, sendo o usuário convocado para consulta médica. São realizadas visitas domiciliares aos faltosos.

Não tivemos casos de hanseníase na unidade neste quadrimestre

Equipe sensibilizada para tratamento, acompanhamento de casos novos e investigação de contactantes.

Numerador : 0 Denominador : 0 Realizamos monitoramento de todos os contatos dos pacientes de Hanseníase. A busca ativa dos contatos é feita através de VD.

Não houveram casos no quadrimestre anterior.2 Quando chega um diagnóstico de hanseníase, agenda-se consulta para avaliação dos contatos intradomiciliares. A busca ativa é realizada por telefone ou ACSs. O enfermeiro tem períodos na agenda para realizar a Vigilância dos pacientes

Numerador: 0 casos; denominador: 0 casos. Não tivemos casos de M.H. na Unidade no período referido. Não tivemos suspeitos no período.

Temos 1 caso de hanseníase em tratamento e foram investigados 2 comunicantes

não houve caso novo no período

Nenhum caso

Não houve ocorrência de casos de hanseníase na unidade porém equipe permanece alerta para avaliações dermatológicas.

Numerador e denominador igual a dois.Quando identificado algum caso,convocamos todos que residem com aquele usuário.Realizamos avaliação clínica e fechando diagnóstico, inicia tratamento.Fazemos tratamento supervisionado,o não comparecimento para o recebimento do medicamento, implica idas até a casa do usuário, evitando a quebra do tratamento supervisionado.

Não apresentamos nenhum caso no período.

não temos casos de MH

$8/8 \times 100 = 100\%$  Tivemos 1 caso de hanseníase e 8 pessoas de contato domiciliar, todos foram realizados investigação, nenhum sintomático. A busca é feita através de convocações e visita do enfermeiro.

Não houve casos no período.

nº de contatos intradomiciliares examinados dos casos que iniciaram tratamento no quadrimestre anterior = 0/ total de contatos intradomiciliares dos casos diagnosticados no quadrimestre anterior =  $0 \times 100 = 0$ .

Programa organizado conforme protocolo.

Não houveram casos novos no período.

Nenhum caso de MH na Unidade.

Nao tivemos caso.

Não tivemos

5 contatos investigados

A busca é feita através de visita domiciliar e/ou contato telefônico.

TIVEMOS APENAS UM CASO NO ANO ANTERIOR, COM DOIS CONTATOS INTRADOMICILIARES, SENDO QUE AMBOS FORAM AVALIADOS.

Um comunicante não foi avaliado, por divergência de diagnóstico entre vigilância e Puc.

nada a acrescentar.

Não tivemos nenhum caso de hanseníase no período selecionado.

Não houve casos. Equipe treinada e orientada a acompanhar os casos intra-domiciliares.

Existe pessoas responsáveis pela atenção a estes casos, junto à ESF, e visitas domiciliares para acompanhamento e entrega de medicamentos

Não tivemos casos de Hanseníase neste quadrimestre.

Não tiveram notificação de casos novos no quadrimestre anterior.

$18/18 \times 100 = 100\%$

manter vigilância

Não houve.

Não temos caso no momento.

Não tivemos casos no período

## 51. Número absoluto de óbitos por dengue

### 51.1 Valor

0

0

### 51.2 Considerações e recomendações

A equipe é constantemente capacitada e atualizada quanto ao manejo clínico dos casos de dengue, estando a unidade organizada para o atendimento, investigação e acompanhamento dos casos de dengue prontamente a sua entrada no serviço, quando é realizado o primeiro hemograma, fornecido o cartão de controle da dengue e retornos diários (quando necessário), sendo colhida sorologia a partir do sexto dia de sintomatologia. A unidade esteve abastecida de todos os insumos necessários para o atendimento de pacientes com dengue. Não houve casos de óbito na unidade neste período.

Não houve óbito por dengue neste quadrimestre.

Quando existem casos de hanseníases, realizamos a avaliação dos contatos, através do exame físico, e avaliação da vacinação, com solicitação de exame se necessário. Com busca ativa através de visitas domiciliares e convocação.

Foram realizadas ações para eliminar criadouros em quase todo o território durante os quatro meses em questão, inclusive durante 8 sábados nos meses de março e abril. A unidade se preparou para atender um número maior de doentes de dengue, mas na verdade foi surpreendida por um grande aumento de casos de H1N1. Fazemos acompanhamento dos doentes de dengue, fazemos busca ativa e fechamento de casos.

Não tivemos óbitos por Dengue no período referência.

Observamos uma redução importante se comparada com 2015 - Muitas ações foram desenvolvidas neste quadrimestre, como nebulização na área, ações com exército, 2 sábados de mutirão. e depois um mutirão ampliado. No momento temos aproximadamente 140 casos suspeitos na área e somente 4 casos confirmados. cabe ressaltar que o Adolfo Lutz não tem processado os exames

É ofertado capacitações aos profissionais quanto ao manejo clínico da dengue conforme disponibilização da PMC.

NÃO TIVEMOS A OCORRÊNCIA DE ÓBITO POR DENGUE. RESPOSTA COMPLETA NO EXCEL.

Não tivemos óbito por dengue.

nao tivemos casos

Realizado capacitações pelo DEVISA para manejo clínico da dengue. Estabelecido fluxo específicos de atendimentos na unidade para os casos suspeitos de dengue. Feito monitoramento dos casos de dengue conforme protocolo. Realizado notificação dos casos no ato da suspeição. Realizado ações no território para controle dos focos e possíveis criadouros.

não houve óbitos por dengue no período.

envolvida e capacitada para a Equipe tender e acompanhar casos de dengue com responsabilidade e rapidez, inclusive em situações de epidemia.

Reestruturação da equipe de ACS, com reuniões periódicas, buscas ativas priorizadas e trabalho conjunto com vigilância.

Manter ações de controle de foco - ACS Manter Protocolo de atendimento Dengue - Fluxo específico para atendimento.

Não houve casos. Montamos equipe de referência para atendimento na epidemia, com vagas ampliadas de demanda espontânea. Organizamos com a VISA Sul capacitação sobre arboviroses para toda a equipe do CS.

atendimento de todos os casos que buscam o CS com suspeita, coleta de exames , monitoramento dos casos de acordo com a classificação de risco.

Atenção especial aos casos com sinais de alerta e complicações com encaminhamento oportuno a outros níveis de atenção quando necessário.

SALA DE SITUAÇÃO, BUSCA ATIVA CAS-CASA, ACESSO RÁPIDO À UNIDADE, ABASTECIDA DE INSUMOS

Numerador = 0 / Denominador = 0.

SEM CONSIDERAÇÕES

Casos Dengue= 51 notificações, 15 descartados, 36 em investigação. Boletim 05/2016. Foi feito plano para enfrentamento de epidemia.

As ações e atendimentos de dengue na unidade são realizados de forma adequada e organizada com participação de toda a equipe. Treinamento da equipe e adequação de espaço e insumos para garantir acesso fácil e qualificado aos suspeitos.

Qualificar os profissionais no manejo clínico dos casos identificados. Garantir insumos para o atendimento dos usuários.

Não tivemos óbitos por dengue nesse quadrimestre

equipe capacitada p manejo clinico.Monitoramento diario de todos exames solicitados, convocção exames alterados. Equipe participa da sala de situação de dengue distrital

Manter a suspeição, atendimento e coleta em tempo hábil para os casos de dengue

0

capacitações realizadas pelo DEVISA, reorganização do processo de trabalho interno no período de epidemia, com atendimento rápido, avaliação e monitoramento.

Monitoramento adequado dos casos segundo protocolo. Fortalecer a participação no GT de dengue.

Realiza capacitações para o manejo clínico dos casos de dengue? Sim. Sua unidade participa da sala de situação de dengue distrital? Não. Está

organizado o processo de trabalho (coleta e transporte de exames, monitoramento diário dos hemogramas, kit hidratação....) para atender os casos de dengue em epidemia? Sim. Garante acesso rápido à assistência à saúde dos suspeitos de dengue? Sim. Acompanha e monitora os casos graves de dengue na sua unidade? Sim. A unidade esteve abastecida de insumos no quadrimestre para o atendimento dos casos de dengue? Sim, no entanto, houve escassez de SRO.

Fizemos muitas ações de combate às arboviroses neste período. E esta prevenção e conscientização da população colaboraram para controlar o vetor. Equipe suspeita, notifica, acompanha e realiza coletas de casos suspeitos de dengue durante todo o período de funcionamento da unidade, com orientações sobre sinais e sintomas de gravidade. Disponibilizado capacitações a grande parte da equipe fora da unidade. Dentro da unidade capacitações, divulgações de informações e protocolos nas reuniões de equipe e reuniões gerais.

Realizamos capacitações para manejo clínico dos casos de Dengue; a unidade participa da sala de situação de Dengue Distrital; estamos organizados para atender os casos de Dengue em Epidemia; garantimos acesso rápido à assistência à saúde dos suspeitos de Dengue; Acompanhamos e monitoramos os casos graves de Dengue; não faltou insumos nesse quadrimestre.

Foram realizadas capacitações para Dengue neste ano, reuniões intersetoriais, reuniões distritais. Neste quadrimestre não tivemos epidemia nem falta de insumos.

Numerador: 0 óbitos por Dengue. Durante o período foram monitorados 33 suspeitos de Dengue conforme protocolo vigente. A equipe estava e está capacitada para o manejo clínico da Dengue. Recomendação: Construção de Unidade própria e contratação de pessoal por meio de concurso público.

Tivemos neste 1º quadrimestre 48 notificações para Dengue. O paciente é acolhido pelo aux. De enfermagem, passando para a enfermeira para avaliação, notificação, solicitação de exames e encaminhado ao médico para prescrição medicamentosa. O paciente é orientado do retorno. É realizado pelas ACS ações de combate à dengue.

Busca Ativa de suspeitos em tempo oportuno, acompanhamento dos casos de dengue com exames laboratoriais e clínico intensivamente

Foram notificados 80 casos dengue. Monitoramos os casos graves de dengue, os profissionais participaram de capacitações para o manejo clínico dos casos.

Mudança organização interna para atender epidemia. atividades sincronizadas entre equipe e buscas além de equipe treinada para assistência.

Recebemos capacitação de manejo clínico, a unidade garante o atendimento e retorno dos caso graves. Quando necessário montamos os kits, para facilitar o tratamento. Não tivemos falta de insumos até o momento.

Não apresentamos nenhum caso no período.

As ACSs fazem dois períodos de casa a casa por semana, temos poucos casos de dengue no território

Durante a epidemia, a agenda é reduzida, é feito monitoramento dos resultados de hemograma e convocados pacientes que apresentem risco, a equipe passou por capacitações da vigilância e na da unidade.

Não houve casos no período.

Vários profissionais participaram de capacitações sobre Arboviroses nesse período além disso o processo de trabalho está organizado para atender, acompanhar e monitorar os casos de dengue inclusive os graves.

Equipe capacitada para manejo clínico; possui representante na sala de situação distrital. Realizado planejamento estratégico para enfrentamento da epidemia, com previsão de agenda para atendimento e insumos.

As ações acima citadas estão sendo realizadas.

Resposta em arquivo anexo

Sim para todas as questões das recomendações exceto a ultima pois não tivemos caso.

Realizamos discussões rotineiras sobre manejo clínico dos casos de arboviroses. Participamos do GT distrital. Acesso garantido de forma ágil, coleta dos exames, monitoramento dos casos. Não tivemos óbito.

a unidade participou de capacitações para o manejo de casos das arboviroses e está organizada para o atendimentos dos usuários em caso de epidemia Todos os anos, no primeiro trimestre, são realizadas capacitações dentro e fora da UBS, em Dengue e, este ano, foram incluídas as arboviroses. A UBS mantém um plantão de enfermagem, com retaguarda médica, para o acolhimento e assistência dos casos suspeitos de dengue.

A EQUIPE PARTICIPA DO GT DE DENGUE DISTRITAL, O PROCESSO DE TRABALHO ESTÁ BEM ORGANIZADO PARA ATENDIMENTO DE EPIDEMIA DE DENGUE, OS PACIENTES SÃO DEVIDAMENTE MONITORADOS E OS PROFISSIONAIS PARTICIPAM DAS CAPACITAÇÕES OFERTADAS PELA SECRETARIA.

Não tivemos óbito por dengue. Realizamos educação permanente com os funcionários.

Unidade capacitada para atendimento aos casos suspeitos de arboviroses.

Nenhum caso de óbito. Equipe capacitada para receber, avaliar e acompanhar os suspeitos de Dengue, de acordo com o protocolo. (Processo de trabalho organizado) Participamos do GT da Dengue.

A equipe participou de capacitações quanto ao manejo da dengue seus sinais e sintomas. Todos os casos com plaquetopenia são convocados e passam por avaliação do Enfermeiro e/ou médico diariamente. Os agentes de saúde fazem orientação à população através de visitas casa a casa, busca ativa de suspeitos e controle de criadouros.

Os profissionais foram capacitados, e fazem acompanhamento dos casos. A assistência é garantida e imediata.

Nenhum caso de óbito. Os suspeitos são atendidos conforme o protocolo. Temos profissionais preparados e capacitados continuamente.

Não tiveram notificação de casos novos no quadrimestre anterior.

Foram realizadas duas capacitações de arboviroses para a equipe do CS organizada pelas residentes. Fluxo interno organizado para vigilância dos casos. manter ações de prevenção e cuidado

Intensificação de ações no território.

Realizamos capacitação na unidade sobre dengue e o fluxo de atendimento. Acompanhamos todos os casos com avaliação dos hemogramas.

Nossa unidade tem se organizado para estar mais ativa nas ações distritais. Mantém fluxos adequados aos cuidados desses pacientes e realiza ações de vigilância a sinais de alerta para gravidade dos casos

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

**52a. Valor**

0  
150  
100  
121  
82.92  
19.1  
5.1  
33.4  
78.09  
12.4  
5.24  
85  
11.1  
71  
30  
24.16  
78.3  
113.3  
137.7  
90  
9.3  
32  
21.92  
51  
133  
40.6  
73  
19.48  
6.3  
8.36  
45.8  
4  
138.2  
1  
1.77  
1.8  
32.4  
105  
5  
73.5  
25  
61.43  
11.31  
47.8  
0.2  
28.5  
74.7  
97

**52a. Considerações e recomendações.**

A unidade organizou um mutirão de busca ativa contra a dengue conjuntamente com a defesa civil e residentes do território onde foram realizadas 3416 visitas a imóveis, numero que consiste em 100% das habitações no território do CS. Houve em torno de 20% de recusa/casas fechadas nas visitas realizadas.

No campo 52.a não é autorizado informar o valor correto. Assim, o valor a ser considerado para o item 52.a é 209,82. Foram realizadas mais de 02 visitas domiciliares no mesmo imóvel, no período. Nº de domicílios = 7.725 Nº de visitas aos imóveis = 16.209

A unidade prioriza as visitas segundo os setores censitários mais vulneráveis. Foi realizado fechamento do bairro duas vezes neste ano.

Neste quadrimestre, além das ações de rotina para controle de criadouros, foram realizadas ações em 8 sábados com cobertura das áreas de maior risco. Ainda não foram lançadas no sistema as planilhas referentes às ações de busca ativa/delimitação de foco feitas pelos ACSs e AACAs. Foram feitos, entre trabalhados e fechados 11610 imóveis. Considerando que Barão Geraldo tem aproximadamente 14000 imóveis, foi trabalhada a quase totalidade do território. Infelizmente, mantivemos, a exemplo dos outros anos, alta pendência absoluta, ainda que tenhamos conseguido baixá-la em regiões onde é tradicionalmente elevada. Total de imóveis trabalhados apenas pelos ACSs: 3069 Total de imóveis trabalhados ACSs e AACAs: 18616 Total de imóveis trabalhados: 4885 Total de imóveis fechados ACSs: 2737 Total de imóveis fechados ACSs e AACAs: 3988 Total de imóveis fechados: 6725

Não houve realização de atividade que se caracterize como Casa a Casa por parte de nossos ACS. Quanto às buscas ativas, realizaram-se 1830 (1008 trabalhados e 822 não trabalhados), para um total de imóveis de 2382. Os dados apresentados são da VISA Norte.

Muitas ações realizadas no território. Temos uma pendência alta de 37%. Fizemos 4999 visitas de busca ativa.

Numerador: 237 Denominador: 4658 Cálculo:  $5,1\%$  As visitas domiciliares são realizadas pelos ACSs e pelos ACAs, conforme mapa de risco da Unidade, busca ativa de casos suspeitos e ampliação da área para os casos confirmados, limpeza de terrenos de acumuladores, atividade educativas em escolas e núcleos, arrastão e nebulização nas áreas maior incidência de casos de dengue, visita a imóveis especiais e pontos estratégicos. Foram considerados imóveis trabalhados (237) e não trabalhados (zero).

IMÓVEIS VISITADOS CASA A CASA:  $1367/4092 * 100 = 33,40\%$  IMÓVEIS VISITADOS EM BUSCA ATIVA (2063 DO PSF, 441 AACAs E EMPRESA CONTRATADA 1536)  $4040/4092 * 100 = 98,73\%$  RESPOSTA COMPLETA NO EXCEL.

As ações de dengue foram intensificadas no território.

realizado visita com os aacas e ACSs

OBS: A resposta correto para o item 52a é de 200%, porém o sistema não permitiu inserir um número maior que 150. Nº casa a casa 3433 (fornecido pela VISA), nº e domicílios 1710:  $3433/1710 * 100 = 200\%$ . Nº busca ativa: 3015 Recebemos 6 novos ACS que estão constantemente realizando visitas aos domicílios no "casa a casa", bem como busca ativa de todos os casos notificados.

$923/7393 * 100 = 12,4\%$

A unidade tem 01 ACS e 01 enfermeira responsável pelo monitoramento dos casos de arboviroses do território. Todas as notificações são repassadas para estas pessoas que ficam incumbidas de distribuir os quarteirões para as respectivas busca ativa e plotagem no mapa do território. A equipe de ACS se reúne periodicamente para discutir locais das próximas ações, de acordo com os casos. Realizamos orientações nas escolas, trabalho conjunto coa AR de "cata treco", e ações de telamento de caixas d água com a vigilância. Também foram realizados dois sábados de trabalho casa a casa.

Ainda não recebemos relatório da Vigilância de todas as ações.

FORAM REALIZADAS 6.077 BUSCAS ATIVAS NO PERÍODO. FATORES LIMITANTES: imóveis fechados e dificuldade de acesso aos condomínios fechados do Swiss Park

usamos o número de imóveis aproximado, já que ocorrem novas moradias e outras deixam de existir nesse território com grande número de população flutuante.  $4290/5000 * 100 = 85$

FORAM REALIZADOS MUTIRÕES , CASA A CASA PARA CONSCIENTIZAR E EDUCAR A POPULAÇÃO

Neste período nossos ACSs trabalharam com busca ativa, realizando também as planilhas casa a casa, porém não temos estes registros na unidade. Houve intensificação das ações de campo, inclusive aos sábados onde trabalhamos as áreas de maior vulnerabilidade, com entrada dos profissionais nos domicílios, realizando orientação e inabilização de criadouros e investigação e encaminhamento dos suspeitos para a UBS de referência.

NÃO SE APLICA

$1891/2662 * 100 = 71\%$

Área de abrangência da unidade de 35km quadrados, não possui transporte próprio o que dificulta e impossibilita a chegada e avaliação de imóveis de áreas rurais onde não há transporte urbano.

Realizar ações casa a casa no território. Foram realizadas diversas ações no território em conjunto com outros serviços.

3866 - imóveis visitados no casa a casa -numerador denominador = aproximadamente 16.000 imoveis Trabalhamos com número insuficiente tanto de AACAs como de ACSs, o que tem prejudicado o trabalho de controle de vetores das arboviroses

busca ativa- 4812 imoveis visitados no territorio, 2173 trabalhados. Varias ações de combate dengue no territorio e parceria com escolas, ONG

Unidade realiza atividades de dengue durante as visitas e/ou cadastramento

2584 Foram realizados buscas em ações de controle de arbovirose em casos suspeitos e mutirões para eliminação de criadouros

6372 imóveis visitados. 5625 imóveis no território

$10783/7831 * 100$ . Foram trabalhados 6199 e não trabalhados 4584. Neste quadrimestre tivemos um mutirão com participação do exército.

Com a chegada de oito novos ACS foi possível aprimorar as atividades de vigilância no território.

Infelizmente não foi possível encontrar um valor para neste indicador. Foram feitas muitas visitas aos imóveis. Inclusive com ações aos sábados em forma de mutirões.

Foram realizadas visitas a 188% de imóveis da área para controle de dengue, mas o item não permite que coloquemos valor maior que 150%.

Realizamos um total de 3587 busca ativa. Realizamos 2 dias de mutirão em áreas onde havia maior número de casos suspeitos ( Campo Belo II e Cidade Singer II ), orientações em sala de espera no horário da coleta de exames laboratoriais.

As ações do casa a casa foram pouco realizadas devido ao grande número de buscas ativas que tivemos neste quadrimestre, devido aos casos de dengue e Zika terem iniciado mais cedo este ano. . Foram visitados 5570 imóveis para busca ativa. Neste ano a população ficou muito preocupada com as arboviroses e realizaram muitos 156 de todas as regiões do território com queixas de focos de dengue, muitas delas sem fundamento. Inserção de novos ACSs na equipe que necessitaram de treinamento. População de difícil conscientização para manter as casas limpas e muitas não permitem a entrada dos ACSs ou AACAs

Numerador: 380 (21,92%) imóveis foram trabalhados; Denominador: temos 1733 imóveis na nossa área de cobertura, (fonte vigilância Ambiental do DSNO). Recomendação: Os ACS fazerem casa a casa em 02 períodos por semana sistematicamente no mínimo.

De janeiro a abril foram visitados (casa a casa) 3.965 imóveis de um total de 7.733 imóveis na área de abrangência.  $3965 : 7733 * 100 = 51\%$  numero de imoveis total considerado IBGE 2010

imóveis visitados - "casa a casa" = 28; imóveis visitados - "busca ativa" = 299; imóveis visitados em todas as atividades domiciliares = 2330

Necessidade de aumentar ACS. Trabalham em parceria com AACA. Muitos imóveis visitados devido epidemia.

Nesse período foram realizadas 2519 buscas ativas pelo serviço(ACS),e pelos aacas mais 232,o que totaliza 2751.Além das atividades de casa-casa e busca ativa,as ACS realizaram atividades educativas em igrejas,ongs.Manteremos as atividades conforme se faça necessária.

Necessário ampliar ações em conjunto ACS e AACAS.

imóveis visitados em busca ativa: 652. As ACSs tem rotina de fazer casa a casa dois períodos na semana

Número de imóvel visitado=363 Número de imóveis da área de abrangência do Centro de Saúde=5787  $363/5787 * 100 = 6,3\%$  Em relação às buscas foram visitadas 2096 residências, 947 casas trabalhadas e 1149 não trabalhadas pela equipe do floresta e AACAs. Além disso, foram realizadas atividades educativas no território junto a comunidade e dentro da unidade.



Imóveis visitados (abertos e fechados) no território para controle da dengue no "casa a casa" no quadrimestre = 350/ Número de imóveis de áreas urbanas = 4185 X 100 = 8.36%. O total de buscas ativas foram de 1886 imóveis.

Realizadas 2688 buscas ativas. Fatores limitantes estão relacionados às negativas ao acesso dos ACS e falta de consciência da população. Foi realizado mutirão em parceria com o exército. As ações somam 9217 imóveis visitados.

busca ativa: 2381 imóveis visitados.

Resposta em arquivo anexo

Quantidade de buscas ativas realizadas 1082 sendo 388 trabalhados e 694 não trabalhados.

Busca ativa trabalhadas 557 não trabalhadas 851 total 1408

113 imóveis visitados no total de 6405. Busca ativa foram 2393 imóveis ou 37.4% do total

A quantidade de imóveis trabalhados em busca ativas, gira em torno de 700.

VALOR:  $6249/5931 \times 100 = 105,36\%$ . FORAM REALIZADAS 58 BUSCAS ATIVAS NO QUADRIMESTRE, TOTALIZANDO APROXIMADAMENTE 3000 IMÓVEIS VISITADOS (ESSE DADO É PARCIAL, PORQUE NO MOMENTO DO RELATÓRIO, NÃO HAVÍAMOS FINALIZADO O MÊS DE ABRIL).

Realizamos busca ativa intensificada nos finais de semana em todo território.

O casa a casa é uma das atividades no território que é feita em época fora de períodos de epidemia, foram realizadas e planejadas 283. Temos um combinado com a vigilância de quando em época de epidemia dar-se prioridade às buscas ativas que totalizaram 3.837 realizadas pela unidade.

Imóveis visitados: 7054 Imóveis trabalhados: 4087 As atividades surtiram maior efeito quando foram realizadas em mutirões nos sábados. Buscas ativas realizadas no período: 63

Numerador: 596; Denominador: 2418; total: 24,6% Os agentes de saúde fazem orientação à população através de visitas casa a casa, busca ativa de suspeitos e controle de criadouros.

Desenvolver mais trabalho em campo (casa a casa com remoção), com garantia de infraestrutura (caminhão). No SISA-WEB, parte do trabalho casa a casa foi registrado como mutirão.

ACS realizaram 4300 Buscas ativas, o que dificulta as ações de casa a casa, porém realizaram ações aos sábados para a remoção de criadouros.

Neste quadrimestre as ACS se concentraram nas buscas ativas e não produziram dados para o casa a casa. O total visitado nas buscas ativas foram 3105 residências.

Realizamos 2023 buscas ativas no período. Realizado também gincanas e ações educativas nas escolas no mês de fevereiro.

realizado conforme planejamento

4218 visitas, para um total de 14790 domicílios.

Foram desencadeadas 68 buscas ativas neste período. Tivemos 3 sábados de ação voltada a dengue onde foram abertos 3008 imóveis.

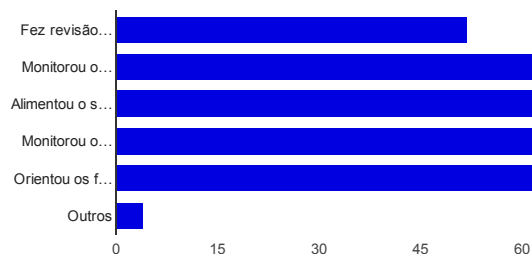
Esse número pode estar superestimado, tendo em vista que nossa contagem de domicílios está desatualizada

## DIRETRIZ 8

### Objetivo 8.1 - Garantir o acesso a medicamentos padronizados e seu uso racional

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

##### Meta municipal 8.a - Valor



Fez revisão neste quadrimestre para adequação das cotas de insumos, materiais e me

Monitorou o

Alimentou o sist

Monitorou o controle de validade e as condições de armaz

Orientou os funcionários da farmácia a estarem atentos para quantidade recebida do almoxarifado e a demanda da unidade e participar da sugestão de cotas, comunicando o

##### Meta municipal 8.a Considerações e recomendações

Em algumas ocasiões ocorreu a falta de medicamentos e materiais na unidade, devido a atrasos na entrega de medicamentos padronizados pelo almoxarifado da saúde.

Sistema de informação atualizado.

Unidade tem recebido algumas medicações com cotas menores que a estipulada. Há ainda falhas no processo de revisão de cotas que demoram a serem implantadas.

. Houve falta de medicamentos essenciais, como cefalexina, hidroclortiazida, anlodipina, carbonato de cálcio com vit. D acarretando descontinuidade de tratamentos, mas de uma maneira geral, a Farmácia tem disponibilizado os medicamentos padronizados, porém, em alguns períodos, há descontinuidade de abastecimento. Quando os medicamentos em falta são disponibilizados pela rede de Farmácia Popular, os usuários são orientados a buscar esse serviço

Temos encontrado dificuldades nas revisões de cotas de materiais e insumos, causando em alguns períodos desassistência à população, sendo comum a falta de alguns medicamentos na farmácia. Devido à incorporação à nossa unidade de um novo território, necessitamos de um aumento nessas cotas.

Há qualificação com novas propostas de assistência farmacêutica nos processos de trabalho como farmacovigilância e assistência

Toda a movimentação do estoque de medicamentos e materiais na unidade é realizada no GEMM, com revisões de cotas e constante comunicação com o distrito e/ou almoxarifado quanto ao não recebimento e/ou possíveis remanejamentos.

OFERTAMOS TODOS OS ITENS PADRONIZADOS, EXCETO QUANDO FALTA NO ALMOXARIFADO O INSUMO.

Os dados são digitados no GEMM, o que facilita o acesso aos números reais.

de acordo com o CLS esta sendo disponibilizado através de cartazes, quais são os medicamentos em falta na farmácia

Houve falta de alguns itens/medicamentos essenciais no quadrimestre, incluindo medicações para HAS e DM.

Constantemente, faltam alguns itens.

Mantivemos a oferta em torno de 90%, poucos foram os itens que faltaram em situações pontuais.

Atentar para faltas pontuais e solicitar remanejamento para não haver prejuízo à assistência.

Temos atualmente 159 medicamentos padronizados e 26 em falta; 167 matérias padronizadas e 6 em falta. Entre os maiores problemas destacou-se a falta no fornecimento de fitas de glicemia, frascos para exame de fezes e diversos medicamentos que tiveram o fornecimento interrompido temporariamente.

Adequamos a cota de forma mais correta com a realidade, muitos medicamentos faltaram, todos os fitoterápicos, amlodipino 5 mg/amoxicilina + clavulanato 500mg, cefalexina 500mg e susp 250 mg, loratadina, Claritromicina, Clindamicina, oseltamivir, aciclovir.

MONITORAMOS ESTOQUES, VALIDADES E CONDIÇÕES DOS MEDICAMENTOS

É realizada revisão periódica de materiais e medicamentos

SEM CONSIDERAÇÕES

Alguns itens importantes estiveram em falta, incluindo antibióticos

Existem itens de medicamentos faltantes no momento.

Ampliar o número de profissionais do setor de farmácia a fim de qualificar a atenção à saúde.

A equipe de assistência farmacêutica do CS Taquaral foi deslocada para outras unidades próximas (Conceição e São Quirino), pois devido à reforma da unidade, as equipes estão alojadas de forma provisória, precária nos salões das igrejas católicas. Não contando com a farmácia. A revisão de cotas e validade de insumos, sempre é realizada, procura remanejar o que pode vencer e adequar a cota às necessidades reais.

sistema GEM implantado, monitoramento estoque, controle psicotropicos, controle prazo validade

Manter as ações de controle, dispensação e armazenamento de medicamentos

Houve falta de alguns itens essenciais na farmácia

Falta dos medicamentos: cefalexina cápsula e suspensão; anlodipino; atenolol; aciclovir; omeprazol; ranitidina; albendazol; carbonato de cálcio isolado e associado a vitamina D; carvedilol; dexametasona; hioscina e glicazida em algum período do 1o. quadrimestre, gerando desassistência à população.

Fazemos reuniões periódicas com a equipe

Houve falta de AAS, amlodipino, metformina, losartana, carvedilol 6,25mg, amoxicilina suspensão, cefalexina comprimido e suspensão, hioscina, diclofenaco injetável, polivitamínicos. Diante do fechamento temporário do CS Cássio Raposo e atendimento de parte de seus pacientes pela farmácia do CS San Martin, verifica-se que as cotas atuais são pequenas, sendo solicitado remanejamento das outras farmácias.

Neste quadrimestre faltaram medicamentos e insumos em vários momentos, o que nos causou muitas dificuldades ao cuidado com os usuários. Além disso temos pouco RH no setor farmácia o que ocasiona conflitos entre usuários e serviço de saúde.

Houve no período falta de alguns medicamentos essenciais, como por exemplo medicamentos anti-hipertensivos (anlodipina 5mg) e antibióticos (cefalexina).

Houve falta de alguns itens essenciais e falta de uma funcionária que foi exonerada do serviço.

A revisão para adequação das cotas será realizada em maio. Alguns materiais ficaram indisponíveis por algum período e também houve quebra da empilhadeira do almoxarifado dificultando a remoção e distribuição de materiais e medicamentos.

Recomendamos a contratação de mais 01 profissional para garantirmos o funcionamento da farmácia em todo o horário de atendimento da unidade e que não falem itens essenciais com anti-hipertensivo e medicamentos para diabetes.

A unidade realiza revisões periódicas de cotas de medicamento e materiais, solicita remanejamento, pedidos eventuais, alimentação no sistema GEMM

A licença médica do profissional técnico de farmácia e treinamento de um outro não habituado às rotinas da unidade dificultou o processo de trabalho bem como o grande número de ausências justificadas deste novo profissional

Não há farmacêutico na Unidade

Dos 157 itens padronizados atualmente temos falta cerca de 11 itens o que no momento se refere a 93% dos itens padronizados estão sendo ofertados.

Nesse período tivemos faltas de diversos itens, como: omeprazol, losartan, anlodipino, carvedilol, cálcio, hioscina, cefalexina e metronidazol.

Neste período diversos itens encontram-se em falta.

Devido à estrutura física inadequada não ofertamos psicotrópicos na Unidade com isso ofertamos 79.27% dos itens padronizados

Neste período não tivemos intercorrências, quando temos falta de alguma medicação é feita solicitação ao almoxarifado ou remanejamento de outras unidades.

Revisão periódica de estoque com adequação de cotas, para não haver falta

Medicamentos e insumos que tiveram problemas na reposição nesse período: Anlodipino 5mg; Carbonato de Cálcio 500mg e Tiras para glicemia capilar.

Sim, ocorreu falta de vários itens essenciais com prejuízo para a população, tais como anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, antibióticos, etc.

Houve falta de alguns medicamentos no período.

Resposta em arquivo anexo

Com frequência ocorre falta de materiais.

Algumas faltas pontuais aconteceram e estão acontecendo.

a unidade recebeu vários itens de insumos com cota reduzida e outros não foram disponibilizados pelo almoxarifado da saúde  
Sempre há falta de alguns medicamentos, mas não houve nada de excepcional, neste quadrimestre.

INFELIZMENTE, MESMO COM TODO EMPENHO DA EQUIPE NA GESTÃO DOS MEDICAMENTOS E INSUMOS, TIVEMOS MUITAS FALTAS NESTE PRIMEIRO QUADRIMESTRE, DE MEDICAÇÕES DE EXTREMA IMPORTÂNCIA; HORA POR FALTA NO ALMOXARIFADO CENTRAL, HORA PORQUE O ALMOXARIFADO NÃO CONSEGUIU, POR DIFICULDADES COM O RH E EQUIPAMENTOS, REALIZAR A ENTREGA.

Farmácia funcionando novamente em tempo integral. Temos apenas 2 funcionários de apoio na farmácia. Não temos farmacêutico, estamos aguardando concurso.

Houve falta de alguns itens de abastecimento, foram feitas revisões de cotas de materiais e medicamentos que não foram contempladas até o momento. Quero destacar a falta do antibiótico cefalexina que é ainda muito utilizado para tratamentos de ITU em gestantes, ficamos então sem alternativa fornecida pela unidade para este fim. Outros 18 itens tiveram falta neste período.

Ocorreu falta de itens essenciais no período selecionado: Aproximadamente 34 itens.

Não houve falta de materiais que acarretou prejuízo no abastecimento da Unidade.

Houve falta de medicamentos essenciais. Garantir compra, de modo a não ter hiato na oferta de medicamentos.

Ofertado em média 90% dos itens padronizados, com falta de alguns itens essenciais no Almoxarifado central, como antibióticos e anti-hipertensivos.

A farmácia da unidade manteve-se em funcionamento suranto todo o período de abertura da unidade. Apresentou faltas pontuais de medicamentos por desabastecimento do almoxarifado central. Mesmo assim mantivemos acima de 90% dos itens padronizados disponíveis. Com exceção do mês de abril apresentou 87% dos itens padronizados disponíveis.

Destaco a falta de carvedilol, omeprazol, losartana, cálcio, cefalexina, metronidazol, preservativo masculino e bolsas coletoras de urina no período.

manter

Conforme descrito.

Dos 168 itens padronizados faltaram em algum momento 45 deles. A falta de alguns itens foi atribuída a problemas internos do almoxarifado.

Tivemos faltas graves como a de preservativos e de espéculos descartáveis.

## Meta Municipal 8.b - Ofertar Programa Remédio em Casa

### Meta Municipal 8.b - Valor

0  
38  
19  
8  
26  
12  
02  
78  
30  
5  
04  
13  
2  
32  
4  
40  
07

### Meta municipal 8.b - Considerações e recomendações

Iniciaremos discussão com equipe da unidade e apoio técnico de farmácia, para implementação do programa na unidade.

Há uma única Unidade, CS Joaquim Egídio, que realiza o Programa de Remédio em Casa, por tratar-se de uma Unidade Piloto.

Unidade não participa do Programa. Necessidade de contratação de farmacêuticos e agentes comunitários de saúde.

Não temos o Programa Remédio em Casa.

Não participamos do Programa Remédio em Casa.

Em nossa UBS temos avaliado a possibilidade de entrega nas visitas domiciliares de pacientes com maior vulnerabilidade - Também isto é feito nos grupos educativos e de saúde mental com participação dos técnicos da farmácia

A unidade piloto do distrito de saúde sul para o programa remédio em casa é o CS São José.

NÃO TEMOS O PROGRAMA REMÉDIO EM CASA IMPLANTADO NO SERVIÇO, MAS LEVAMOS OS MEDICAMENTOS AOS ACAMADOS E PACIENTES EM SITUAÇÕES ESPECIAIS DE VULNERABILIDADE.

Não está implantado.

nao realizado, o cs nao foi projeto piloto para o remedio em casa

Pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção possuem cota para retirada de medicamentos ou materiais na farmácia, e a retirada é feito pelo cuidador ou outro responsável. Eventualmente realiza-se entrega no domicílio, pois não transporte disponível para isso e/ou RH.

esta unidade não participa do programa

Unidade de Saúde não participa do programa remédio em casa.

Manter Programa remédio em casa para paciente com dificuldade de locomoção. Ampliar oferta de ações com a consulta farmacêutica.

Não temos o programa implantado. Casos excepcionais são atendidos pela equipe na VD.

A Unidade não faz parte desse Programa.

ESTAMOS EM PROCESSO DE REORGANIZAÇÃO DE TRABALHO PARA IMPLANTARMOS

Não temos este Programa na Unidade.

SEM CONSIDERAÇÕES

VD para pacientes acamados com entrega de materiais de enfermagem e medicamentos no domicílio.

Não possuímos esse sistema de fornecimento de medicamentos na unidade

Não possuímos profissionais suficientes para a ação.

Não temos essa oferta. A equipe de assistência farmacêutica do CS Taquaral foi deslocada para outras unidades próximas (Conceição e São Quirino), pois devido a reforma da unidade, as equipes estão alojadas de forma provisória, precária, nos salões das igrejas católicas. Não contando com farmácia. Devido a falta de computadores nas igrejas, temos dificuldades com o uso do GEMM pela equipes de PSF.

dificuldade p inserir novos pacientes. Dificuldade de participação farmaceutica devido deficit RH

Manter o Programa, desde que mantidos os insumos necessários

Os usuários com maior dificuldade são acompanhados através de visita domiciliar por enfermeiro e ACS. A falta de RH impossibilita a implantação do programa pois o profissional farmacêutico realiza a maior parte do tempo dispensação de medicamento.

Somente cadastro dos pacientes que apresentam severa restrição de locomoção. Os medicamentos e insumos são levados aos pacientes pelos ACSs

Existe somente o cadastro do grupo no GEMM

A unidade não está cadastrada no programa.

Não temos este programa acontecendo em nosso serviço.

Realizamos a entrega de medicamentos e materiais em casa apenas para alguns pacientes acamados que possuem dificuldades em busca-los na unidade, o restante dos pacientes não o recebem nos domicílios por falta de recursos humanos e logísticos.

Não há fonte de registros.

. A unidade não está inserida no Programa Remédio em Casa e não temos pacientes cadastrados no GEMM.

Número absoluto: 02. Os pacientes debilitados são cadastrados na Unidade porém não tem farmacêutico para desenvolver o programa. Mesmo assim disponibilizamos remédio em casa para 02 pacientes que é realizado pelos ACS, onde, tiveram um treinamento no final de 2014 e pela enfermagem.

Sugestão: contratação de mais profissionais para desenvolver esta ação.

Apesar de ter o registro dos pacientes acamados e o cadastro de materiais e medicamentos fornecidos, não conseguimos atender a demanda com visita domiciliar com a presença do profissional da farmácia, em vista que estamos com déficit deste profissional na unidade( temos apenas 4 aux. De farmácia). Com muita dificuldade tentamos garantir a esse paciente acamado a visita do enfermeiro e médico.

A unidade não possui fluxo padronizado para entrega domiciliar de medicamentos, porém este serviço é oferecido aos usuários de maior vulnerabilidade conforme avaliação em discussões na ESF e construção de PTS

Banco de dados dos usuários em atualização

Falta um farmacêutico, dificuldade de transporte. Acreditamos que a unidade vai aumentar este percentual com a implementação do NASF.

Não temos instituído o programa, o que hoje fazemos, é tratamento supervisionado de Tb e Hanseníase, quando usuário não comparece ao nosso serviço, levamos o medicamento até o mesmo. Fornecemos inclusive para feriados e finais de semana.

Equipe não contemplada com programa remédio em casa.

A dispensação acontece no balcão da recepção, não temos farmácia com acesso restrito por isso não dispensamos psicotrópicos

Temos quatro pacientes que os agentes e auxiliares levam a medicação e matérias para curativos na residência, pois são usuários impossibilitados de estarem se locomovendo até o Centro de Saúde. Não temos o programa remédio em casa como o ministério propõe, devido à falta do profissional farmacêutico.

Não temos o programa na unidade. Temos no planejamento a implantação da visita domiciliar do farmacêutico para adequação de cotas de medicamentos a serem entregues.

Esse programa não foi implantado na Unidade.

A unidade não está inserida no programa.

Programa remédio em casa não inserido na unidade.

Não possuímos o programa implantado, pois a Unidade não possui farmacêutico próprio. Pacientes acamados são cadastrados, porém medicamentos destes pacientes são retirados na unidade, pelos cuidadores.

A unidade não está inserida neste programa.

Não temos este programa

os usuários ou os seus cuidadores retiram os insumos na unidade

Existe o cadastro no Grupo Remédio em Casa, no GEMM, não havendo o Programa Remédio em Casa, na UBS. Não há farmacêutico nesta UBS, nem transporte próprio da Unidade.

ESTES DOIS PACIENTES SÃO PACIENTES COM GRANDE DIFICULDADE DE COMPREENSÃO E CONSEQUENTEMENTE BAIXA ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA. NO ENTANTO, FAZEMOS ANTICONCEPÇÃO INJETÁVEL NO DOMICÍLIO, DE PACIENTES DE ELEVADA VULNERABILIDADE E BAIXA ADESÃO.

Os agentes comunitários entregam medicações em domicilio apenas para alguns pacientes, após discussão de casos em reunião de equipe.

Apenas os casos mais necessitados são inscritos no programa, a grande maioria dos acamados ou com restrição de acesso recebem medicação de outras formas: ACS, responsáveis ou em visita domiciliar.

Não estamos inseridos no Programa Remédio em Casa. Realizamos a entrega de medicamentos para os usuários, no domicílio, que estão inseridos em Projeto Terapêutico Singular.

A Unidade não está inserida no programa remédio em casa. Temos cadastro de pacientes mas não temos o farmacêutico na equipe para a realização do programa.

Trabalhamos com grupos nas comunidades com dispensação de medicamentos, e entregamos material de curativo e outros nos domicílios.

Temos 02 usuários que os ACS separam os medicamentos e entregam, porém ainda não cadastrados no GEMM, proposta de qualificar essa ação.

Oferecemos medicamentos em casa para apenas quatro pacientes que apresentam dificuldade de comparecer à unidade ou tem dificuldades cognitivas

para o uso correto das medicações, sendo necessário o acompanhamento mais frequente e próximo.

Inserimos 2 pacientes novos e demos alta para outros pacientes. Todos que retiram ou recebem materiais ou medicamentos estão cadastrados no GEMM.

não ofertado. não existe recurso para atender essa solicitação

Consideramos acamados e tratamento assistido de TB.

Não temos a oferta deste programa.

Temos o objetivo de ampliar para todos os pacientes que recebem visitas domiciliares.

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

### Meta Municipal 8.c - Valor

12.5

0

14

100

14.3

40

7

25

7.14

20

80

10

15

17.9

14.28

18

14.8

6.45

0.25

35.7

0.4

32.10

32

0.33

75

10.7

12.50

31

8

7.1

12

15.38

### Meta municipal 8.c - Considerações e recomendações

Numerador: 4 / Denominador: 28 \*100= 14,28 O funcionário monitorou o estoque e alimentou o sistema, porem não houve abastecimento da maioria dos medicamentos fitoterápicos.

No campo 8.c não é autorizado informar o valor exato. Assim, o valor correto para o item 8.c é 17,85%. Dos 28 medicamentos fitoterápicos disponíveis na rede, a UBS dispensa 5 medicamentos.

Houve o controle dos fitoterápicos, necessitamos de ampliação no fornecimento e abastecimento para as unidades.

A Unidade disponibiliza 100 % dos itens fornecidos pela Botica, que nesse período são representados por apenas dois, dos dezoito itens padronizados.

Numerador: 2 medicamentos fitoterápicos ofertados. Denominador: 31 formulações teoricamente integrantes da lista da PMC. Grande número de fitoterápicos em falta, comprometendo sua disponibilização para os usuários.

Temos de estimular o uso de fitoterápicos pelos profissionais de saúde bem como a capacitação para tal

De um total de 28 itens padronizados, no CS temos disponibilidade de 4. Diversos itens estão em falta de matéria-prima para produção, conforme informação da Botica da Família.

RESPOSTA NO EXCEL.

Aguardamos o abastecimento dos itens fitoterápicos.

no momento apenas gel de calendula e de babosa encontra-se na unidade

Medicamentos fitoterápicos disponíveis na SMS: 28 Medicamentos fitoterápicos disponíveis na UBS: 10

3/13 x100=0,4%, durante o quadrimestre, no momento não estão,os recebendo nada.

Durante o quadrimestre considerado tivemos um desabastecimento considerável dos medicamentos fitoterápicos. As prateleiras estiveram praticamente vazias por todo o período.

Não temos o percentual preciso de falta, porém houve descontinuidade em vários itens devido a falta de matéria prima.

numerador: 4 denominador: 5

estão em falta nesse quadrimestre.

HÁ MONITORAMENTO

Numerador = 2, denominador = 20.

SEM CONSIDERAÇÕES

2/28. Só temos Gel de babosa e gel de calendula.

Todos os medicamentos fitoterápicos produzidos pela prefeitura estão sendo disponibilizados na unidade. Porém são em número muito incipiente de itens.

Ampliar o acesso aos medicamentos e qualificar a equipe para o manejo destes.

A equipe de assistência farmacêutica do CS Taquaral foi deslocada para outras unidades próximas (Conceição e São Quirino), pois devido a reforma da unidade, as equipes estão alojadas de forma provisória, precária nos salões das igrejas católicas, não contando com farmácia.

5 medicamentos padronizados 3 em falta

Manter monitoramento do estoque e solicitar o medicamento em falta

Numerador:4 Denominador: 12

disponibilizamos apenas gel de babosa e calendula. Não recebemos xarope de guaco.

A Botica da Família está fornecendo neste momento apenas gel de calêndula.

Recebemos apenas dois medicamentos do total de 28 fitoterápicos da SMS.

Disponibilizamos todos medicamentos fitoterápicos padronizados pela SMS de Campinas. Portanto nosso indicador é 100%.

Do total de 28 medicamentos fitoterápicos padronizados, apenas 5 estão disponíveis no período.

Numerador : 4 Denominador : 28x100 ] Houve monitoramento do estoque de medicamentos fitoterápicos e houve alimentação do sistema de movimentação de estoque.

Houve monitoramento das medicações fitoterápicas, porém temos poucas disponíveis.

Numerador: 02. A assistência farmacêutica disponibilizou neste ano 02 medicamentos fitoterápicos de num total de 16 itens padronizados (gel de Babosa e gel de Calêndula), o que perfaz um percentual de 12,50% dos itens padronizados. Recomendação: regularizar o abastecimento.

São 16 itens padronizados, porém em 2015 foram oferecidos 4itens, num total de 25%.

Neste momento a unidade possui todos os medicamentos produzidos pela botica

Disponível Gel calêndula (50 e 250 mg) e gel babosa (50 e 250 mg)

A distribuição de medicamentos fitoterápicos conta com 16 itens, porém com cota inferior ao necessário possuímos apenas 03 está disponível.

Esperamos que a botica retome seu total funcionamento, pois, nossos usuários recebam com bons olhos o tratamento fitoterápico. O trabalhador monitorou os estoques e manteve o sistema alimentado diariamente.

Realizado monitoramento, no entanto, sem matéria prima no município para produção e abastecimento das unidades.

Os fitoterápicos são muito utilizados principalmente no tratamento de feridas, assim como o xarope guaco é essencial. E a falta destes desqualifica a assistência

São 16 os itens padronizados, porém disponíveis neste momento pela farmácia temos: gel de babosa 25% e gel de calêndula 5%.

Numerador:03 Denominador:03 Solicitação quando necessário e prescrição pelos profissionais de saúde.

Número de medicamentos fitoterápicos disponíveis na unidade = 05/ Relação de medicamentos fitoterápicos da SMS =  $28 * 100 = 17.9\%$ .

Sistema constantemente monitorado.

0/4

Resposta em arquivo anexo

E feito monitoramento de estoque e alimentado GEMM entretanto está com falta na produção da Botica.

Numerador: 2 Denominador: 25

do total de 28 itens a unidade possui Babosa gel de 50 e 250g e Calêndula de 50 e 250g

O funcionário de farmácia monitora os estoques da Unidade e alimenta o sistema GEMM, adequadamente.

A UNIDADE DISPÕE DE TODOS OS MEDICAMENTOS DISPONIBILIZADOS PELA BOTICA.

a Botica possui 13 medicamentos fitoterápicos. Utilizamos com frequência Calêndula e Babosa.

Temos babosa, calêndula e guaco. Deveríamos 15 itens, porém não temos disponibilizados para dispensação pela secretaria.

Numerador: 03 Denominador: 25

numerador: 2; Denominador: 14; total: 14,3%. O funcionário monitora e alimenta o sistema, no entanto, há falta de abastecimento da Botica.

Devido a dificuldades estruturais não temos recebido fitoterápicos, problemas na produção e compra.

2/16. Profissionais da Farmácia fazem o controle e monitoramento destes medicamentos, mas os dois produtos disponíveis são pouco utilizados.

Dos 16 fitoterápicos oferecidos só disponibilizamos quatro, a maioria para realização de curativos. As servidoras da farmácia fazem as solicitações periodicamente.

$4/28 * 100 = 14,3\%$

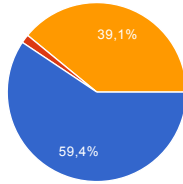
não está sendo disponibilizado para a rede

04, para um total de 28.

Dos 13 itens padronizados recebemos apenas 2.

Gostaríamos de ter esses medicamentos disponíveis tendo em vista seu baixo perfil de efeitos colaterais e boa tolerabilidade

**Meta Municipal 8.d – Realizar dispensação de medicamentos durante todo o horário de**

**funcionamento das unidades de saúde, com qualificação.****Meta Municipal 8.d - Valor**

Sim, para todo horário de funcionamento da Unidade	<b>38</b>	59,4%
Não dispensa medicamentos	<b>1</b>	1,6%
Dispensa de medicamentos com horário reduzido	<b>25</b>	39,1%

**Meta municipal 8.d - Considerações e recomendações**

Horário da unidade 07:00h às 17:00h, horário de funcionamento da farmácia 08:00h as 16:00h. Temos apenas uma técnica de farmácia com carga horária de 36h.

O horário de dispensação é de segunda a sexta, das 08h as 19h, e a UBS funciona das 07h as 21h. No horário que a farmácia encontra-se fechada, os técnicos estão fazendo controle de reposição de estoque no setor de dispensação, separação de materiais para pacientes acamados, separação de materiais de enfermagem e odontologia para reposição dos setores, organização de livros de controlados.

Farmácia fica fechada eventualmente, em horário de almoço, quando os técnicos estão de férias, faltas abonadas ou LTS. A farmácia inicia atendimento às 8h, para reposição, organização do setor e separação de medicações individuais para pacientes. Para qualificar o atendimento necessitamos de contratação de farmacêutico e de mais um técnico em farmácia.

A Farmácia da Unidade dispensa medicamentos das 8:00 às 19:00 horas. Das 7:00 às 8:00 são desenvolvidas atividades internas, como contagem do armário de psicotrópicos, reabastecimento do estoque, limpeza e organização geral.

Temos uma farmacêutica e uma técnica de farmácia, desta forma, garantindo a assistência farmacêutica em todo período de funcionamento da unidade, porém, nos períodos de férias ou de algum treinamento externo, a farmácia acaba funcionando em um período menor. Para solucionar esta questão, solicitamos a contratação de mais uma profissional para a PMC.

Temos conseguido manter a farmácia aberta em todos os períodos de abertura da UBS - Iríamos receber um farmacêutico que em muito ajudaria o processo de trabalho, mas foi cancelado pela gestão maior da SMS

A farmácia se mantém aberta durante todo o período de funcionamento da unidade, exceto em férias e abonada que contamos com realização de hora-extra para mantê-la aberta e nem sempre é possível.

**A FARMÁCIA DO SANTO ANTÔNIO FUNCIONA DURANTE TODO HORÁRIO DA UNIDADE DAS 07:00 ÀS 19:00 DE SEGUNDA À SEXTA E DAS 07:00 ÀS 13:00 AOS SÁBADOS. NÃO TEMOS FARMACÊUTICO.**

Dispensa os medicamentos de 7horas às 18horas.

manter horario de funcionamento do cs

Apenas 1 técnica de farmácia com jornada de 36horas/semana. A unidade fica aberta 45 horas/semana.

Nossa farmácia dispensa medicamentos durante todo período de funcionamento da unidade.

A unidade realiza dispensação de medicações, na grande maioria do tempo, durante todo o funcionamento da unidade. Como temos apenas duas técnicas de farmácia, em períodos de afastamento de alguma das funcionárias, temos que reduzir alguns períodos. Ainda não contamos, em nosso quadro de RH, com uma farmacêutica para compor a equipe da farmácia.

A farmácia abre de 2ª a 6ª das 07:00 às 19:00 e sábados das 07:00 às 13:00.

A farmácia fecha apenas das 18:00 às 19:00 (horário de jantar, há apenas 1 funcionária à noite). Estamos aguardando a chegada de 1 farmacêutica.

A farmácia dispensa medicamentos em todo período de funcionamento.

DEVIDO À FALTA DE RH, REDUZIMOS EM 01 HORA AO DIA A ABERTURA DA MESMA

Farmácia dispensa medicação conforme estoque de medicamentos padronizados.

**CARGA HORÁRIA DO TÉCNICO DE FARMÁCIA , MENOR QUE O HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA UNIDADE**

Horário de funcionamento da Unidade: 7 as 17 hs. Horário de funcionamento da farmacia: 8 as 12 e das 13 as 15 hs. Somente 1 tecnica de farmácia com carga horária insuficiente para cobrir todo o período.

Temos apenas um técnico de farmácia, atendendo em horário reduzido.

Horario de funcionamento da unidade de saúde 07:00 hs as 19:00hs. Horario de dispensação de medicamentos 07:30hs as 18:00 hs.

A equipe de assistência farmacêutica do CS Taquaral foi deslocada para outras unidades próximas (Conceição e São Quirino), pois devido a reforma da unidade, as equipes estão alojadas de forma provisória, precária nos salões das igrejas católicas. Não contamos com farmácia neste momento.

abre 1 h apos abertura do cs p controle psicotropicos

Farmácia se mantém fechada por 18 horas do horário de funcionamento, devido falta de 1 profissional. Aguardamos preenchimento da vaga através de concurso

Unidade trabalha com redução de 5 horas semanais de funcionamento devido a falta de RH conforme dimensionamento. Necessita fechamento para recebimento do BEC diminuindo o tempo de atendimento.

Como contamos com apenas 2 técnicas de farmácia que se revezam no atendimento, quando ocorre férias ou necessidade de ausência de uma das profissionais, fica muito difícil manter a farmácia aberta durante todo o período de funcionamento da Unidade.

Apenas em períodos de diminuição de funcionários a farmácia trabalha com horário reduzido.

Durante o mês de janeiro a farmácia funcionou com horário reduzido por conta de licença gestante de uma das duas funcionárias.

Nos momentos que estamos com os dois profissionais da farmácia (farmacêutico e técnico de farmácia) mantemos este setor atendendo em todo momento de abertura. Mas nos períodos de férias e licenças para tratamento de saúde deste profissionais não é possível manter este setor aberto durante todo o período.

Não há redução de horário na dispensação de medicamentos.

Estamos com uma funcionária a menos devido exoneração, logo o horário de funcionamento da unidade foi reduzido em 2 horas.

A farmácia fica aberta durante todo o período, porém sem presença de farmacêutico

Recomendação: Contratação de mais 01 técnica de farmácia para cobrir todo o horário de funcionamento da Unidade.

A farmácia fica aberta durante todo tempo de funcionamento da unidade, ficando fechada apenas nas 2ª feira das 8:00 às 11:00 para recebimento do BEC. Horário de abertura da farmácia : 2ª feira das 11:00 às 22:00 h 3ª à 6ª feira das 8:00 às 22:00 h Sábado das 8:00 às 17:00 h.

A unidade fica aberta 45 horas semanais, porém neste momento está funcionando com apenas um funcionário ou seja 36 horas semanais que são distribuídas entre dispensação, controle e qualidade de estoque.

Horário de funcionamento: das 7 às 19h

Reorganização espaço físico, almoxarifado próprio, necessidade de mais um farmacêutico, unidade dispensadora de talidomida.

Temos uma servidora em nossa farmácia, que faz o seguinte horário: 08:00-12:00 e das 13:00-16:12. Abrimos nossa farmácia às 08:30, para garantir a reposição dos medicamentos dispensados e organização das receitas liberadas.

Necessário contratação de farmacêutico para melhoria da assistência prestada.

A Unidade funciona 45 horas semanais e a farmácia permanece aberta 36 horas semanais

A farmácia funciona das 8:00 às 19:00 horas, temos duas técnicas em farmácia que rodíziam no setor. A dispensação só é interrompida em situações pontuais (recebimento do bec ou em caso de ausência de uma delas).

A farmácia realiza dispensação durante 100% do período de funcionamento da unidade.

Horário de funcionamento reduzido (7:00-13:00/14:00-15:00) devido a licença-maternidade de outra funcionária. O horário de funcionamento da unidade é de 7:00 às 19:00 horas.

A farmácia da unidade fica fechada no período de recebimento de BEC (quarta-feira das 13 às 17 horas) e abertas todos os dias das 07 às 18:30 (30 minutos disponibilizados para conferência de psicotrópicos e organização do setor conforme pactuação na câmara técnica da assistência farmacêutica). 7 às 18 hs

Horário de funcionamento: 3ª, 4ª e 6ª das 08-13h, 2ª e 5ª das 7-12h e 13-17h. A Unidade fica aberta de 2ª a 6ª feira, das 7-17h. Falta 01 profissional de farmácia para abertura da farmácia em todo o horário de abertura da Unidade.

Esporadicamente um profissional da farmácia do nosso cs e deslocado para cobrir outro cs por solicitação do distrito.

Quando temos ausência do profissional por LTS, férias e/ou abonadas, a farmácia fica com horário restringido, se não conseguimos outro profissional para cobrir. Só temos 2 profissionais.

a farmácia dispensa medicamentos em quase todo o horário de funcionamento da unidade das 8 às 20 horas. Horário de funcionamento das 7 às 21 horas.

A UBS dispensa medicamentos em todo seu horário de funcionamento.

ATÉ O MÊS DE MARÇO ESTÁVAMOS COM O HORÁRIO REDUZIDO, MAS A PARTIR DE ABRIL CONSEGUIMOS ESTENDER PARA TODO O PERÍODO DE ABERTURA DA UNIDADE.

Tivemos redução de horário, devido licença saúde de um funcionário. Horário normalizado em abril.

Nos casos de licenças prolongadas como licença gestação, não existe profissional substituto, nestes casos será necessário redução de horário de abertura da farmácia.

Reduzimos o horário de funcionamento da farmácia nos períodos de férias e/ ou ausências dos funcionários (LTS, Abonadas).

Atualmente estamos com apenas uma técnica de farmácia na Unidade, portanto funcionamos assim: 2ª e 3ª 07:00 às 17:00 e 4ª a 6ª das 07:00 às 13:00

Para adequar o atendimento estamos com duas farmácia, distribuídas entre o CS Jd Rossin e o CEU (Centro Esportivo Unificado), onde estamos com parte da equipe.

Temos 2 Auxiliares de Farmácia na ausência de uma delas necessitamos de HE, em Janeiro não foi autorizado e houve fechamento, população comunicada.

Neste período avaliado, a farmácia permaneceu em funcionamento durante todo o horário de abertura da unidade. Este fato deve-se a junção a equipe de farmácia da unidade vizinha que foi interditada. Contudo, contamos com somente uma técnica de farmácia com carga horária de 36 horas. O que é insuficiente para cobrir todo o horário de funcionamento da unidade caso não haja auxílio da equipe da unidade.

Das 66 horas da unidade, fechamos apenas uma hora mais cedo aos sábados para possibilitar reabastecimento do setor para a segunda-feira, bem como para contagem de controle de psicotrópicos.

manter

Conforme acima.

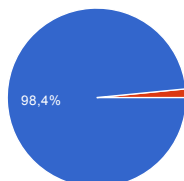
Estamos com uma técnica de farmácia em LGE neste período.

Temos apenas um técnico de farmácia o que não nos permite manter horário de abertura completo durante todo o horário da unidade. Mas mantemos avisos para a comunidade dos nossos horários e parecerias com as unidades vizinhas para o restante do período.

## Objetivo 8.2 - Qualificar as etapas do ciclo de Assistência Farmacêutica, com garantia de recursos financeiros, infraestrutura e pessoal.

### 54. Sistema GEMM alimentado corretamente.

#### 54.1 Valor



Sim	63	98.4%
Não	1	1.6%



**54.2 Considerações e recomendações**

SEM CONSIDERAÇÕES

sem ocorrências

Nada a declarar

Sem intercorrências.

Eventualmente ficamos sem o sistema devido a perda de conexão com a rede de internet.

Sistema de informação atualizado.

Há necessidade de qualificação do programa GEMM, pois há muitas limitações do sistema.

O GEMM, é uma ferramenta de trabalho excelente para controle dos materiais e medicamentos (numero de lote, quantidade, validade ), além de permitir retirada de relatórios por medicamentos, por paciente, por prescritor, agrupar pacientes a partir do medicamento utilizado (doenças crônicas), subsidiando discussões nas equipes e no Núcleo de Saúde Coletiva.

GEMM implantado e em uso.

Fomos das primeiras farmácias a implantar o GEMM

Todos os materiais e medicamentos são registrados no GEMM. Devido queda de internet, em alguns períodos não foi possível a utilização do sistema, sendo necessário o registro manual e digitação posterior. Constantemente observam-se inconsistências entre o estoque físico e virtual. Estamos também tendo dificuldades operacionais nos pedidos eventuais, que aparecem como "cancelados pelo almoxarifado", no entanto são entregues normalmente; e materiais solicitados e não atendidos, que não é possível reinseri-los no sistema para serem entregues na próxima semana.

SISTEMA GEMM IMPLANTADO.

Processo de trabalho estruturado.

sistema com "falhas", pois naop sabemos da veemencia do estoque em relação ao que esta registrado no sistema

GEMM IMPLANTADO E EM FUNCIONAMENTO NA UNIDADE.

sem considerações

Capacitar profissionais de outros setores, como enfermagem e odonto, no GEMM. Apesar de todos os medicamentos e materiais estarem no sistema temos poucos profissionais habilitados.

Falta implantar o GEMM material de escritório.

Apesar do sistema ser abastecido, tivemos várias ocorrências de falta de insumos vindos do almoxarifado

O GEMM está sendo utilizado corretamente sem problemas .

GEMM IMPLANTADO E OPERANDO

Capacitação dos profissionais na unidade para uso do sistema

Problemas com internet

Sem considerações.

Capacitar profissionais para uso da ferramenta.

A equipe de assistência farmacêutica do CS Taquaral foi deslocada para outras unidades próximas (Conceição e São Quirino), pois devido a reforma da unidade, as equipes estão alojadas de forma provisória, precária nos salões das igrejas católicas. Não contamos com farmácia e nem com computadores nos salões das igrejas para uso do GEMM

quedas pontuais de internet

manter a alimentação do sistema GEMM

Não houve

GEMM ainda apresenta alguns problemas técnicos. A internet tem quedas devido ao provedor.

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

Utilizamos o sistema GEMM para dispensação de insumos de enfermagem e medicamentos

Sistema GEMM implantado e utilizado em toda unidade para dispensação e controle de materiais e medicamentos.

Sistema GEMM é utilizado corretamente na unidade, garantindo o abastecimento adequado e o uso racional de medicamentos.

2 Ocorrem alguns erros no sistema, por exemplo: reverter receita e pedido eventual que aparece cancelado. Outros: perder o sinal de internet o que dificulta a dispensação.

Implantado o GEMM e está em funcionamento para todos os medicamentos da cesta da Unidade mais falta equipamentos e manutenção apropriada.

Recomendação: Contratação de mais 01 técnica de farmácia para cobrir todo o horário de funcionamento da Unidade.

Sistema GEMM totalmente implantado na unidade

houve melhora no sistema de armazenamento e controle de estoque de medicações e materiais a partir do aluguel do contêiner climatizado

GEMM foi implantado e é utilizado pela farmácia, enfermagem e vacina. Internet com problemas (caindo) dificulta controle estoque.

Sobre o funcionamento do sistema mantem-se adequado, algumas vezes o sinal de internet cai, o que dificulta nossas atividades.

Necessário capacitação para cadastro de hipertensos e diabéticos no GEMM.

Não temos almoxarifado com isso fica difícil o controle exato do estoque

Toda a dispensação e controle de estoque são realizados através do GEMM.

Atualmente utilizamos o sistema GEMM, assegurando a qualidade da oferta ao usuário.

Sem intercorrências nesse período.

Não foi reportada a coordenação nenhum problema com a utilização do programa.

GEMM implantado e funcionando para todos os medicamentos, materiais de enfermagem, odontológicos, de escritório e imunobiológicos. Falta equipamentos de informática (computadores).

Não aconteceram ocorrências

Necessidade de treinar mais funcionários para utilização do GEMM e responsabilizar todos que utilizam material para controle adequado de estoque.

Sistema em funcionamento.

GEMM em funcionamento.

Implantado e funcionando para todos os medicamentos. Há falta de equipe para manutenção preventiva dos equipamentos e a internet as vezes é muito lenta.

GEMM, funcionando adequadamente, facilitando o registro, e permitindo acesso a relatórios

Ainda com momentos de lentidão no Sistema do GEMM.

Temos o sistema GEMM implantado e funcionando para a dispensação de todos os itens da farmácia.

Eventuais quedas de energia e a frequente lentidão da conexão de internet.

manter

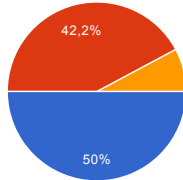
Conforme acima.

Estamos com o GEMM implantado e todos os medicamentos são dispensados por ele.

Não localizei impedimentos

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

### Meta Municipal 8g.1 - Valor



Sim, programa de farmacovigilância implantado na Unidade;	32	50%
Parcial. Tem fluxo estabelecido para notificar as ocorrências (ex.: desvio de qualidade, reação adversa);	27	42.2%
Não.	5	7.8%

### Meta municipal 8g.2 - Considerações e recomendações

#### SEM CONSIDERAÇÕES

Iniciaremos discussão com equipe da unidade e apoio técnico de farmácia, para aprimorar implementação do programa na unidade.

Desconhecemos o fluxo para farmacovigilância.

Unidade realiza todas as ações. Há necessidade de retorno relacionado as notificações.

Não temos um fluxo estabelecido nem na unidade, nem com a VISA. Cuidamos de cada situação pontualmente.

Não temos o programa de farmacovigilância.

Em processo de discussão com a equipe - ações no domicílio

Para todo e qualquer desvio de qualidade e/ou reação adversa é preenchido formulário de notificação de desvio de qualidade ou suspeita de evento adverso a produto para saúde/saneantes e encaminhado ao distrito de saúde para os devidos encaminhamentos e providências.

#### RESPOSTA NO EXCEL.

Há necessidade de estabelecer fluxo para os resíduos assim como medicações vencidas.

é realizado a farmaco vigilancia sem dificuldades

A unidade encaminha ao Distrito os desvios de qualidade e possíveis reações adversas a medicamentos.

A presença do farmacêutico é um facilitador para o programa.

O programa de farmacovigilância está implantado na unidade, porém ao número de RH inadequado nem todas as notificações são realizadas. Proposta: contratação de um profissional farmacêutico para a unidade.

A farmacovigilância segue o protocolo SMS de Campinas.

Estamos no momento sem farmacêutico, aguardando a chegada de 1 vaga já preenchida para qualificarmos esse processo.

Programa implantado na Unidade.

#### SIM, QUANDO HÁ DESVIO DE QUALIDADE E PADRÃO O DISTRITO É COMUNICADO

Quando é detectado algum desvio de qualidade o farmacêutico do Distrito é notificado através do documento de desvio de qualidade.

Notificações enviadas ao DSL

Sem considerações.

Capacitar as equipes para realização de manejo adequado dos produtos, resíduos e insumos.

A equipe de assistência farmacêutica do CS Taquaral foi deslocada para outras unidades próximas (Conceição e São Quirino), pois devido a reforma da unidade, as equipes estão alojadas de forma provisória, precária nos salões das igrejas católicas. Não temos farmácia nesse momento, porém casos apontados com desvios pela equipe e usuários, nós encaminhamos para a farmacovigilância do distrito leste.

fluxo seguido, desvio qualidade realizado

manter as ações de farmacovigilância que já vem sendo realizadas

São poucas ocorrências e facilmente encaminhadas.

funcionamento ok

O protocolo de notificação de ocorrências é seguido.

A unidade encaminha as notificações ao farmacêutico responsável no DSN.

Notificamos desvio de qualidade e fazemos a vigilância no setor

Toda a equipe conhece o processo e realiza as notificações de desvio de qualidade e reações adversas e encaminham para o distrito.

Encaminhamos desvios de qualidades e possíveis reações adversas para o Distrito.

Em relação a desvio de qualidade de medicamentos ou materiais as queixas são raras, porém, quando são recebidas são notificadas. O programa ficaria melhor qualificado pela presença de um farmacêutico na unidade.

Sim, a unidade implantou o programa de farmacovigilância, controla e encaminha os desvios de qualidade de materiais e medicamentos, como também, possível reações adversas de medicamentos em fichas padronizadas conforme fluxo estabelecido pelo município.

Sim, o programa de farmacovigilância é realizado para materiais e medicamentos, sendo o impresso preenchido e encaminhado tanto pelo profissional da farmácia quanto enfermagem

Quando detectado desvio de qualidade o problema é notificado formalmente

Não temos programa de farmacovigilância, mas há um fluxo definido para notificar as ocorrências

Faz-se necessária a implementação da farmacovigilância em sua totalidade atualmente notifica-se desvios principalmente pela própria farmácia.

Estamos atentos para os desvios em medicamentos e equipamentos, quando necessário, registraremos e encaminharemos conforme determina protocolo. Ampliar para equipe a importância da farmacovigilância.

Desvios de qualidade de medicamentos e materiais e eventos adversos a medicamentos são notificados e encaminhados

O programa de fármaco vigilância esta implantado na unidade. Quando são detectadas alterações é informada a assistência farmacêutica do distrito e realizado notificação.

A unidade possui fluxo padronizado para as notificações de medicamentos e materiais com desvio de qualidade e possíveis reações adversas. Quando ocorre evento adverso com medicamentos após o preenchimento da Ficha de Notificação é realizado contato com a Assistência Farmacêutica do Distrito e encaminhado a notificação. Para desvio de qualidade de materiais é preenchido Ficha de Notificação pelo enfermeiro e encaminhado ao Distrito.

Nesse período a dificuldade fora a transição da coordenação da unidade além do horário reduzido da farmácia da unidade devido a licença maternidade de outra profissional.

Fluxo estabelecido e seguido conforme estabelece o Programa de Farmacovigilância.

Desvios de qualidade e reações adversas são informadas ao distrito de saúde.

Unidade capacitada para encaminhar desvios de qualidade de materiais e possíveis reações adversas de medicamentos em ficha padronizada, segundo fluxo estabelecido.

Nada a declarar.

Encaminhamos os desvios de qualidades e possíveis reações para o Distrito e recebemos a resposta da Assistência Farmacêutica Central. sem farmacêutico na unidade. Excesso de demanda de dispensação.

A UBS tem o sistema de farmacovigilância implantado, em conjunto com o Distrito de Saúde Sul.

Quando observado algum desvio de qualidade é notificado ao Distrito.

Realizado notificação de desvio padrão, porém sem devolutiva para a unidade.

Necessidade de capacitação da equipe.

A unidade encaminha os desvios de qualidade e possíveis reações adversas a medicamentos (RAM) para o distrito. Este notifica no site do CVS e encaminha e-mail para a Assistência Farmacêutica Central.

Existe uma atenção para as ocorrências, sendo notificadas e os casos acompanhados.

Unidade encaminha desvios de qualidade de materiais e possíveis reações adversas em fichas padronizadas, segundo fluxo estabelecido, para o Distrito.

A unidade encaminha os desvios de qualidade e possíveis reações adversas a medicamentos (RAM) para o distrito. Este notifica no site do CVS e encaminha para a assistência farmacêutica central.

Fluxo estabelecido com o farmacêutico para essas notificações que são enviadas posteriormente ao DS Sul.

manter

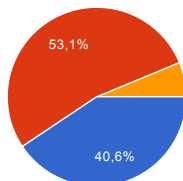
Em andamento para implantação total.

Não temos farmacêutico na unidade, apenas no NASF. Determinadas atividades ainda sofrem o prejuízo.

Ainda temos pouco a cultura dos usuários de avisar com relação a reações adversas.

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

### Meta Municipal 8.h.1 - Valor



Sim, programa de gerenciamento de resíduos implantado na Unidade	26	40,6%
Parcial. Tem coleta de resíduo comum, contaminado, perfurocortante e químico;	34	53,1%
Não	4	6,3%

### Meta municipal 8.h.2 - Considerações e recomendações

Iniciaremos discussão com equipe da unidade e apoio técnico de farmácia, para implementação do programa na unidade.

Resgatar o Programa de Resíduos junto a Vigilância Leste.

Ter treinamento para outros representantes. Contratação de um farmacêutico. Um incentivo maior para o gerenciamento de resíduos.

As coletas tem sido feitas de maneira satisfatória suprindo nossa demanda.

A implantação do programa não foi iniciada na unidade.

Temos uma enfermeira que é referência

Por realizarmos segregação e incineração apenas de resíduos do grupo B, conforme a RDC 306/04, não se caracteriza como programa de gerenciamento de resíduos. A coleta é regular, realizada mensalmente por empresa contratada, com cronograma definido pelo DLU (Departamento de Limpeza e Urbanismo). A empresa de coleta refere não ter a obrigatoriedade de apresentar nenhuma comprovação da coleta dos resíduos retirados na unidade. Para comprovar a coleta dos resíduos da nossa unidade, fotografamos a guia da empresa que consta data da coleta, unidade de saúde e kilogramas entregues à empresa, para nosso resguardo e segurança. Foi solicitado ao funcionário da empresa, que assinasse o recolhimento dos resíduos referentes aos medicamentos controlados, lacrados pela Vigilância e, o mesmo informou que desconhece esse procedimento e que não havia realizado em nenhum outro serviço, evidenciando a dificuldade de implantação do gerenciamento de resíduos.

SIM, SEGUE O MODELO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS CONSTRUÍDO PELO MUNICÍPIO, MAS PRECISAMOS REVER E ATUALIZAR O NOSSO PLANO E IREMOS FAZE-LO ATÉ AGOSTO DE 2016.

Implantação efetiva. ( com rotinas pre estabelecidas e datas determinadas.)

porém a empresa que faz a coleta não vem com regularidade

Ainda não foi implantado o programa de gerenciamento de resíduos.

sem considerações

A Unidade tem o Plano de Resíduos Implantado e funcionando parcialmente, precisamos melhorar a separação do lixo comum do contaminado.

O gerenciamento de resíduos é realizada desde 2013 na unidade.

Realizamos apenas a separação e acondicionamento dos resíduos de acordo com sua classificação e são retirados por empresas de acordo com o tipo de resíduo.

Demora no recolhimento de medicamentos vencidos para serem incinerados, ficam muito tempo armazenados na Unidade.

ESTAMOS EM PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

Todo resíduo é separado, embalado em caixa de papelão, identificado e mandado para incineração.

SEM CONSIDERAÇÕES

Separação e Coleta de recicláveis, pilha, óleo de cozinha, medicamentos para incineração, além dos citados acima.

Sem considerações.

Aguardo adequações estruturais no sistema de coleta dos resíduos do Centro de saúde, para garantir segurança ao profissional.

A equipe de assistência farmacêutica do CS Taquaral foi deslocada para outras unidades próximas (Conceição e São Quirino), pois devido a reforma da unidade, as equipes estão alojadas de forma provisória, precária nos salões das igrejas católicas, não contamos com farmácia nos salões. Com isso temos a coleta de resíduos comum, contaminado e perfuro cortante.

segue POP municipal

manter as ações de gerenciamento de resíduos que já vem sendo realizadas

Não há incentivo a nível central de coleta de resíduos e coleta seletiva. Foram buscadas informações para colocação de lixeiras seletivas sem sucesso.

funcionamento ok

O plano de resíduos da unidade é seguido

Não há previsão de implementação do programa até o momento.

Temos a coleta de resíduos na unidade.

Necessidade de Elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos, segundo protocolos da Assistência Farmacêutica e Vigilância Ambiental.

Não há controle interno na unidade. Separamos os resíduos para pesagem e planilhamento.

Programa de gerenciamento de resíduos em fase de planejamento. Falta coleta para retirada de pilhas e descarte de termômetros de mercúrio.

Sim, o programa de GR foi implantado na Unidade mais não se efetivou, necessitamos reativá-lo, para isso precisamos capacitar novos profissionais.

Programa de gerenciamento de resíduos já implantado

A unidade possui coleta seletiva para resíduos infectantes, medicamentos, pilhas e lâmpadas, Os resíduos comuns são coletados juntamente com o lixo domiciliar do bairro Porém não há um programa efetivamente instalado

Há coleta de resíduos comum, perfurocortante e químico.

Dificuldade de insumos tais como recipientes de lixo para segregação adequada.

O plano já foi implantado, porém, esbarramos na falta de condições adequadas para fazer acontecer (lixeiras com pedais, porta sabão, porta papel), etc.

Ampliar para equipe a importância do gerenciamento de resíduos.

Necessidade de local adequado com acesso interno e externo para armazenamento e coleta do lixo comum

O enfermeiro capacitado para gerenciamento de resíduo foi remanejado, há a necessidade de uma nova capacitação para outro membro da equipe para se efetivar este programa na unidade. Os medicamentos seguem os protocolos de descartes.

Atualmente temos o Programa parcialmente implantado na unidade, há a necessidade de implementação do Programa com capacitação e educação permanente dos profissionais.

Nesse período não houve incentivo para implantar o Programa Municipal de Gerenciamento de Resíduos.

A gestão dos resíduos da farmácia está implantada e documentada na unidade e é realizada pela farmacêutica. A gestão dos resíduos contaminados é realizada pela equipe. Os materiais são armazenados em área externa do centro de saúde e retirados duas vezes por semana para incineração.

Coleta de medicamentos vencidos.

Resposta em arquivo anexo

Retomar esse programa na sua integralidade, incentivando todas as recomendações do mesmo.

Programa implementado.

sem farmacêutico na unidade para implantação total do programa.

Sistema ainda não totalmente implantado.

FALTA IMPLANTAR A COLETA SELETIVA (METAL, PLÁSTICO, PAPEL E VIDRO), POR FALTA DE LIXEIRA ESPECÍFICA.

Necessidade de posicionamento da Secretaria de Saúde para definição deste item como meta.

Sem comentários relevantes.

Necessidade de envolver maior número de funcionários no processo.

Unidade possui representante para monitoramento de resíduos segundo protocolo da assistência farmacêutica e ambiental.

Com a situação da Unidade (interdição), o programa de gerenciamento de resíduo ficou prejudicado, será elavancado no novo espaço.

Temos representante para o Monitoramento de resíduos, plano de Gerenciamento elaborado, mas não implantado. Abril sem retirada de resíduo.

O PGRSS está implantado e funcionado perfeitamente na unidade.

Temos coleta de resíduo comum, pérfuro-cortante, contaminado e biológico.

manter

Precisamos implementar totalmente e referenciar na unidade.

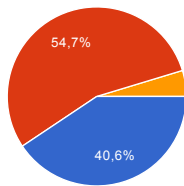
Realizamos com a orientação da farmacêutica do Distrito Sudoeste.

Buscaremos melhorar a separação do lixo considerado comum.

## DIRETRIZ 11

### Objetivo 11.1 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS

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



Sim, realiza ações de educação permanente com a equipe da unidade	<b>26</b>	40,6%
Realiza parcialmente ações de educação permanente	<b>35</b>	54,7%
Não realiza ações de educação permanente	<b>3</b>	4,7%

#### 57. Considerações e recomendações

Acontecem algumas ações de educação permanente na unidade, e os trabalhadores participam das ações promovidas pelo distrito e SMS.

São realizadas ações Ep por iniciativa da UBS.

Há necessidade de ampliação de EP para toda a equipe de saúde. E contratação de profissionais para qualificar o serviços.

É muito difícil que as EPs sejam capilarizadas para dentro de toda a equipe. Os ACSs estão fazendo EP dos ACSs e o restante da equipe não tem tido conhecimento dos assuntos abordados.

Existem ações de Educação Permanente realizadas pelo Centro de Educação dos Trabalhadores de Saúde, Distrito de Saúde e Centro de Saúde.

A secretaria municipal de saúde não deu continuidade às práticas de educação permanente que era presente em gestões passadas; O que temo feito é a partir do acúmulo de alguns profissionais trazer para dentro das UBS, esta prática em momentos possíveis

Na unidade realizamos atividade de educação permanente com os agentes comunitários de saúde com periodicidade mensal. Além disso, realizamos reuniões mensais com a equipe de enfermagem, momento em que há discussão de fluxos e condutas.

REALIZA PARCIALMENTE AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE. PARTICIPAMOS DE TODAS ATIVIDADES DE EP OFERTADAS PELO MUNICÍPIO, MAS NEM SEMPRE CONSEGUIMOS CAPILARIZAR PARA TODOS FUNCIONÁRIOS DO CENTRO DE SAÚDE.

A equipe de Agentes Comunitários de Saúde, recebe capacitação técnica no Centro de Saúde, assim como a equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem são capacitados também no Csaude. ( ex;vacinas )

sao liberados os profissionais todas as veze que tem capacitações.

Realizado capacitações internas e externas, porém com pouca oferta externa de capacitações para profissionais de nível médio.

Ainda incipiente, porém acontecem eventualmente.

Disponibilizamos, sempre que necessário, funcionários para participarem das capacitações realizadas pelo distrito e secretaria de saúde, porém as ações não estão ocorrendo no próprio serviço.

Realiza educação permanente no espaço da reunião geral.

Reuniões periódicas com a enfermagem para capacitação; foi incluído no planejamento de 2016 cronograma de EP para a equipe.

Ações realizadas na Unidade , no Distrito de Saúde para médicos , enfermeiros e profissionais da Saúde Bucal.

SÃO OFERTADASE.P., NAUNIDADE E DISTRITO

Os cursos de educação permanente são ofertados pela Prefeitura de Campinas

REGISTRO PARCIAL

Participação dos profissionais em capacitações e compartilhamento nas reuniões de equipe. Matriciamentos.

As ações de educação permanente se dá em vários momentos, nas reuniões de equipe, através de seminários e cursos oferecidos pela prefeitura. Os funcionários são dispensados para essas ações com acordo de disseminar o aprendizado para a equipe.

Garantir bloqueios nas agendas dos profissionais para reuniões necessárias.

São realizadas ações de educação permanente através de ofertas do CETS, distrito e com profissionais da própria unidade nas reuniões de equipe, reunião geral, gestão da clínica, matriciamentos das especialidades, etc...

tema segurança paciente sendo discutida com equipe

Implementar ações de educação permanente junto à equipe de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde

Foram realizados matriciamentos e repassados em reuniões de equipe ou de categorias. Alguns profissionais realizaram matriciamento da equipe

difficuldade em capacitar toda a equipe por conta do deficit de RH

Foi realizada educação permanente com a equipe de odontologia e as enfermeiras.

Realizadas atividades de EP com a equipe de enfermagem. Planejamos desenvolver ações periódicas sistematizadas com toda a equipe.

Nossos profissionais estão participando de várias capacitações ofertadas pela SMS do município. E compartilham as informações durante as reuniões de equipe.

Realiza ações de educação em saúde em situações urgentes ou de acordo com demandas advindas da equipe. Não possui um plano estabelecido de Educação Permanente para os funcionários.

Realizamos ações permanente mensal de capacitação interna. Participamos das capacitações ofertadas pela SMS.

Participação dos diversos profissionais em capacitações e capilarização nas reuniões de equipe semanais ou outros espaços criados pra este fim.

Classificamos que realizamos parcialmente ações de Educação Permanente (EP), devido à falta de RH fazendo com que não conseguimos participar da maioria das atividades externas que a instituição oferece. Recomendações: Contratação e reposição de RH.

Os profissionais de todas as categorias participam de capacitações, matriciamentos e encontros mensais por núcleo profissional. Há também reuniões mensais dos médicos da unidade para capacitação e discussão de temas relevantes. Temos ainda as capacitações em serviço para a equipe de enfermagem feito pelas enfermeiras.

Não foram priorizadas ações de educação permanente neste quadrimestre

Organizamos e registramos ações referentes a educação permanente na Unidade

Há educação permanente em reuniões de equipe, os profissionais são estimulados a frequentarem capacitações oferecidas pelo município.

A educação permanente se faz presente e é uma necessidade constante em nosso serviço,manteremos.

Estamos implantando ações de educação permanente.

Pactuamos que os funcionários liberados para capacitações são responsáveis pela reprodução aos outros funcionários em períodos determinados nas reuniões

Há educação permanente em reuniões de equipe e reuniões gerais. Os profissionais são liberados para capacitações oferecidas pelo município conforme possibilidade da unidade e interesse do mesmo, multiplicando para dentro da equipe o que foi passado.

No momento está sendo retomado as atividades de Educação Permanente dos profissionais pela unidade, porém esta oferta é mantida pelo Distrito e Secretaria de Saúde.

Foram realizadas ações sobre Arboviroses; Uso do carvão ativado nos curativos e Bolsa Família.

Não está implantada uma agenda interna que prevê educação permanente, no entanto, ela acontece em colegiados como reuniões de equipe, de enfermagem, reuniões técnicas no distrito de saúde.

Fluxograma arboviroses Vias de administração de medicamentos SAE Enfermagem

Resposta em arquivo anexo

Quase todas as EP são capilarizadas na equipe.

Realizamos ações de educação permanente com a equipe de Enfermagem

ações de educação permanente realizadas pela equipe, residentes e estagiários que frequentam a unidade.

A instituição não está oferecendo, no momento, Educação Permanente. Porém todas as capacitações que são oferecidas, o servidor que participa, traz para os outros membros da equipe, na UBS.

SEM CONSIDERAÇÕES

Todos os treinamentos são ofertados aos profissionais. Realizamos educação continuada na unidade.

Foi levado para discussão na unidade o tema "atenção à saúde aos crônicos". Trabalho nos moldes da EP pela própria unidade.

Realizamos atividades, grupos, reuniões que possam contribuir para a reflexão da prática, de acordo com o contexto atual da unidade.

Capacitações prejudicadas por falta de RH e alta demanda que não condiz com a demanda de ações desenvolvidas pela Unidade.

Existe um trabalho contínuo de formação com os novos profissionais na rotina do dia.

Propostas de discussões ampliadas com a equipe, porém a redução de AE e TE prejudica esta ação. Sentimos falta de uma política de EP do governo.

As ações de educação permanente acontecem pontualmente na unidade de acordo com a necessidade. Quando a secretaria fornece capacitações, a unidade prontamente aproveita a oportunidade para capacitar seus servidores.

Organizadas e realizadas capacitações internas sobre influenza e arboviroses.

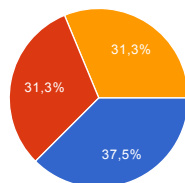
descontinuado pelo nível central

Ocorrem de modo insuficiente em reuniões de núcleo e gerais.

São realizadas capacitações em Reuniões Geral e de Enfermagem. Também enviamos nossos profissionais para as capacitações da Secretaria.

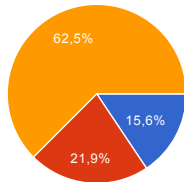
Todos os funcionários são liberados para as capacitações pertinentes e estimulados a buscar aumentar conhecimentos que ampliem as ações de campo.

#### 57. a Realiza ações referentes ao Projeto "Cuidando do cuidador".



Sim, realiza ações cuidando do cuidador	24	37,5%
Não realiza ações cuidando do cuidador	20	31,3%
Realiza parcialmente ações cuidando do cuidador	20	31,3%

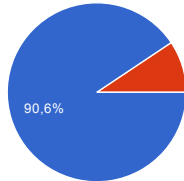
#### 57. b Profissionais com formação em mediação de conflito



Mediação de conflito e multiplica ações com a equipe	10	15,6%
Realizado, mas sem ações de multiplicação com a equipe	14	21,9%
Realizado por profissionais com formação em mediação de conflito	40	62,5%

## Objetivo 11.4 - Adotar estratégias de valorização do trabalhador, promovendo o desenvolvimento de competências e habilidades para o trabalho em saúde

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



Sim, realiza acolhimento de 100% dos novos trabalhadores e inserção no processo de trabalho em saúde	58	90,6%
Parcial, realiza o acolhimento de novos profissionais.	6	9,4%
Não realiza acolhimento de 100% dos novos trabalhadores	0	0%

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



Sim, acompanha 100% dos processos de avaliação de desempenho e de avaliação de período probatório	64	100%
Só acompanha os processos de avaliação de desempenho.	0	0%
Só acompanha os processos de avaliação de período probatório	0	0%
Não realiza avaliação de período probatório e de desempenho	0	0%

## DIRETRIZ 12

### Objetivo 12.1- Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de Saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de Saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.

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

##### Meta Municipal 12. b - Valor

4

A unidade conta com CLS atuante, aconteceram 4 reuniões ordinárias do CLS, e estamos em processo de organização de eleição para novos conselheiros.

04 reuniões ordinárias no período 01 reunião extraordinária.

Sim, existe conselho local onde as reuniões são realizadas mensalmente, com livro Ata em todas as reuniões. As eleições são realizadas em tempo hábil.

3

Temos um Conselho Local de Saúde com mandato 2016/2017, com reuniões mensais com registros nas ATAS, aonde discutimos as ações que serão realizadas na unidade de saúde e território. O C.L.S tem participado ativamente em todas as questões que envolvem a unidade de saúde, garantindo que o Controle Social seja exercido em sua plenitude.

100

Temos Conselho Local de Saúde atuante com atas disponíveis para profissionais e usuários. Durante todos os últimos quatro meses realizamos reunião na primeira quinta-feira do mês, das 19:00 às 21:00hs.

TEMOS CLS ATUANTE COM REUNIÃO TODAS AS PRIMEIRAS QUINTAS FEIRAS DO MÊS E REALIZAMOS REUNIÕES EXTRAORDINÁRIAS QUANDO PERTINENTE. É REALIZADO ATAS DESSAS REUNIÕES E ESTÃO DISPONÍVEIS PARA CONSULTA. DATA DA ÚLTIMA ELEIÇÃO DO CLS: 05/11/15.

As reuniões do Conselho Local acontecem com frequência mensal, em dia e horário pre-estabelecido. A ata da reunião é registrada. Temos data agendada para eleição de novo Conselho Local de Saúde. (07/06/16)

sim, foram realizadas 5 reuniões sendo uma extraordinária, são realizadas atas.

Conselho Local de Saúde ativo com reuniões realizadas 1x/mês - 4 reuniões no quadrimestre com atas disponíveis no livro ata e enviada por e-mail aos membros do Conselho.

A unidade possui CLS atuante, pautamos questões referentes à assistência, infraestrutura e organização do serviço.

Realizamos reuniões mensais com o Conselho Local de Saúde, com participação de gestor, trabalhador e usuários. Durante este quadrimestre foram 04 reuniões, sempre com ata realizada e disponibilizada.

Conselho Local de Saúde realiza reuniões mensalmente.

HÁ reuniões mensais do CLS, foram realizadas em: 18/01, 15/02, 21/03 e 18/04. A última eleição ocorreu em 23/03/2016. As atas estão todas registradas e disponíveis. Os temas discutidos incluem: questões na oferta de atendimento, estrutura da unidade, RH, campanhas, epidemias, riscos de saúde para população. Há boa participação dos conselheiros eleitos, mas apesar da divulgação, há pouca participação da população geral.

4 reuniões. Última eleição em novembro de 2014. Reuniões mensais com conselho atuante, reuniões registradas em atas.

DATA DA ÚLTIMA REUNIÃO-09/05/2016. ATUANTE E ATAS DISPONÍVEIS

Temos Conselho Local de Saúde eleito e atuante com reunião ordinária mensal registrado em livro ata e reuniões extraordinárias, conforme necessidade e neste período foram realizados 03 reuniões.

CLS EM REESTRUTURAÇÃO

Conselho pouco participativo, reuniões sempre na primeira terça-feira de cada mês, 2 no período devido à férias. Ata é realizada toda reunião. Discutimos na última reunião sobre estratégias para incrementar o CLS. Última eleição em 10/2014. RAG 20156 apresentada na reunião de 02/02/2016.

foram 4 reuniões neste quadrimestre.

A data da última reunião foi dia 05/05/2016, estas são mensais e ocorrem toda primeira quinta-feira do mês no Centro de saúde Paranapanema. São discutidos temas de relevância social. Discute-se temas como segurança local, adequações estruturais, atendimentos aos usuários, acessibilidade. Atualmente temos pouca participação dos usuários e trabalhadores.

Não temos CLS. Com a reforma e saída do prédio da unidade ele foi se enfraquecendo, restando apenas o núcleo de cidadãos do Jardim Miriam, estamos no processo de chamar reuniões com os usuários para fazer novas eleições e retomarmos os trabalhos do CLS.

data eleição 24/10/2015 reuniões mensais 19/01, 16/02, 15/03 e 19/04. Temas: papel do conselheiro, representantes no distrital, RAG

Unidade em processo de formação de Conselho Local de Saúde

4 reuniões. CLS atuante

Temos um conselho local de saúde atuante na unidade. As reuniões acontecem uma vez ao mês e registramos em ata os assuntos discutidos. Neste período aconteceram 4 reuniões.

Conselho Local eleito há 7 meses (outubro de 2015), com realização de reuniões ordinárias 1 vez por mês (primeira quinta do mês das 17:30 às 19 horas), com pautas pré-definidas e registro em livro ata, com abordagem de temas relacionados ao processo de trabalho da unidade, recursos humanos, manutenções prediais e equipamentos, demanda de usuários, avaliação dos serviços prestados aos usuários e outros.

Houve 4 reuniões ordinárias no período e 1 reunião extraordinária do CLS; não é atuante; foi eleito em 15/12/2015 e as reuniões são realizadas conforme cronograma estabelecido na primeira reunião desse CLS.

Temos Conselho Local de Saúde. A última eleição foi realizada em 14/04/2014. O Conselho foi válido até abril e foram realizadas novas eleições em 09/05/2016. As reuniões foram realizadas 11/01/2016; 15/02/2016; 14/03/2016; 11/04/2016. As principais pautas foram a reforma do Centro de Saúde, qual o cronograma da reforma e quais setores teriam diminuição nos atendimentos; chegada de novos profissionais; luta pela construção de um novo Centro de Saúde devido a estrutura atual ser muito antiga e não atender mais as necessidades da população e da equipe.

Sim, existe o CLS atuante e todos os membros estão participando, tanto por parte dos usuários como por parte dos trabalhadores. Fizemos 04 reuniões ordinárias e 02 extraordinárias no quadrimestre e estamos atentos ao calendário das eleições.

As reuniões são mensais. Cronograma das reuniões: toda terceira 2ª quinta-feira do mês às 17:30h

As reuniões são de periodicidade mensal, porém encontro grande dificuldade de manter participação e controle social efetivo

CLS oficial e atuante, há reuniões mensais toda segunda-feira do mês às 17h, na Sala de Reunião da Unidade, com calendário e ata disponível.

Sim com ata, participação nas reuniões e propositivo nas ações. A última eleição realizada para o Conselho Local de Saúde em 25/04/2016.

Realizamos renovação da chapa de conselho local, no último dia 30/03/16. Após eleição já fizemos uma primeira prévia. Realizaremos a segunda reunião nessa próxima semana. Temos o livro ata das reuniões. A participação dos usuários é pequena.

No momento a unidade não possui CLS atuante.

última eleição em 19/09/13, cronograma de reuniões: toda última segunda-feira do mês, todas reuniões são registradas em livro ata

A unidade possui Conselho Local atuante, neste período tivemos 4 reuniões, registradas em livro ata, foi realizado também eleição dos membros do Conselho e temos um cronograma mensal das reuniões.

Temos Conselho Local de Saúde atuante com reuniões mensais.

Data da última eleição do CLS: 28/08/2015. Datas das reuniões no período 08/02/16; 14/03/16 e 11/04/2016. Atas apenas de 14/03/2016 e 11/04/2016.

Última eleição do CLS realizada em 07/04/2015; reuniões ordinárias ocorrem na segunda terça-feira do mês e são registradas em ATA. Principais pautas: Reforma do Centro de Saúde, projeto de reforma do centro de saúde, Conserto da autoclave, RH e falta de medicamentos.

2 reuniões no período Data da eleição: 01/07/2014 Todas as reuniões estão registradas em livro ata.

Resposta em arquivo anexo

Última eleição 16-04-2016. Temos reuniões mensais com realização de atas e disponibilização das mesmas.

Existência de CLS atuante, com eleição em janeiro de 2016 e reuniões ordinárias mensais.

3 reuniões realizadas no total de 4 previstas. Conselho atuante. Reuniões apontadas em atas e disponíveis na unidade

Foram realizadas 02 reuniões do Conselho Local de Saúde, uma em fevereiro e outra em março. A reunião de janeiro e a de abril foram inviabilizadas, pois não apareceu nenhum conselheiro para participar. Este conselho foi eleito em outubro de 2015, está pouco participativo.



SIM, AS REUNIÕES SÃO REALIZADAS TODA SEGUNDA TERÇA-FEIRA DO MÊS, AS 9:00H.

Existe conselho. Este é atuante. Reuniões mensais.

Reuniões ocorrem no centro de convivência com participação de segmentos de usuários e trabalhadores. Os usuários em geral não participam com exceção dos conselheiros. As pautas são trazidas pela gestão ou pelos outros segmentos. Atas registradas em livro de registros. Última eleição do conselho foi em 13/04/2015, reuniões ocorrem nas 4ª segundas feiras de cada mês.

Conselho local eleito e atuante, com reuniões mensais, regulares, com ata e pauta definida de acordo com a urgência e necessidade do momento)

Reuniões periódicas (última em 9 de Maio de 2016). Boa participação e efetiva atuação dos conselheiros nas discussões e encaminhamentos.

Nosso Conselho local de Saúde foi eleito em outubro/2015, sendo bastante atuante desde então. As reuniões são mensais com atas feitas e disponíveis.

Hoje estamos sem CLS, mas tem uma Comissão da População que acompanha todo o processo de interdição, aluguel e construção da nova Unidade, como também o funcionamento atual.

CLS atuante; última eleição em 19/01/2016. Tivemos 5 reuniões, com pautas pré definidas e um Conselho Executivo. Anotação em ATA que fica disponível.

Existe CLS atuante, com reuniões mensais (em um total de 4 no período) com registro em ata.

Reuniões: 7/1/2016, 4/2/2016, 3/3/2016, 7/4/2016 e 5/5/2016. Atas das reuniões arquivadas no CS. Reuniões previamente divulgadas mensalmente.

Participação de usuários, trabalhadores e gestão.

existente e atuante. atas de reuniões em livro próprio. divulgação para a comunidade.

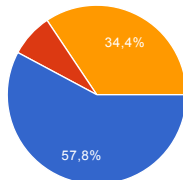
São reuniões mensais, 4 no período. Pauta; RH, Dengue e reeleição CLS.

Eleição do CLS: 16/11/2015. Atas feitas e disponíveis. Datas das últimas reuniões: 26/01, 16/02, 01/03 e 06/04

Sim. Essa ação é realizada plenamente

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

### Meta Municipal 12.j - Valor

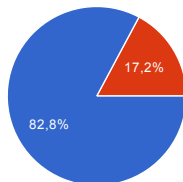


Sim RAG 2015 (3ª RDQA 2015) e PAS 2016	37	57,8%
Sim, 1ª RDQA 2016	5	7,8%
Não	22	34,4%

## Objetivo 12.2 - Novo modelo de gestão, com ênfase na capacitação de profissionais, informação e informática, Cartão Nacional de Saúde e intersectorialidade

### Meta Municipal 12.k - Gestão colegiada nas unidades de saúde

#### Meta Municipal 12.k.1 - Valor



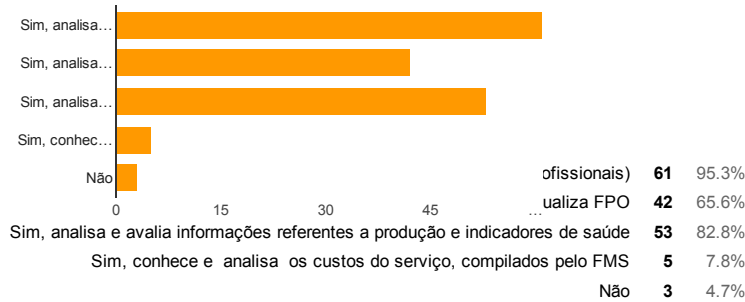
Sim	53	82,8%
Não	11	17,2%

## Diretriz 13 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência

### Objetivo 13.1 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

### Meta Municipal 13.c - Financiamento estável

#### Meta Municipal 13.c - Financiamento estável - Valor



### Meta Municipal 13.c - Financiamento estável - Considerações e recomendações

Estaremos aprimorando os mecanismos e estratégias para analisar as informações referentes a produção e indicadores de saúde, assim como análise e atualização do FPO.

Analisa CNES , FPO e informações referentes a produção e indicadores de saúde com regularidade.

Treinar mais profissionais em relação a FPO e CNES.

Preciso incluir em minha rotina, atualizar o FPO.

Não participamos das discussões diretas referente ao financiamento estável.

Em outras gestões recebíamos de rotina os custos por unidade o que permitia a maior aproximação dos gestores com o cuidado da coisa pública, Também para a leitura de gastos desnecessários

A atualização do CNES é realizada a cada admissão, exoneração ou aposentadoria de profissionais, a análise da FPO é realizada anualmente, e os indicadores são trabalhados com a equipe no planejamento anual e a cada 4 meses com o RDQA.

ANALISAMOS JUNTO AO DISTRITO E ATUALIZAMOS O CNES, PRODUÇÃO E INDICADORES. SERVIÇO TOTALMENTE INFORMATIZADO E UTILIZANDO, INCLUSIVE, PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO E SUS.

Estou há poucos meses na gestão do Centro de Saúde, ainda não me apropriei de todos os indicadores e FPO.

foi feito a atualização do cnes e fpo.

CNES analisado e atualizado mensalmente.

sem considerações

Criar estratégias, junto ao colegiado gestor, para conseguirmos avaliar as informações de produção e os indicadores da unidade.

Análise no CNES e FPO sistematicamente.

FPO ainda não foi atualizada esse ano. Há dificuldade no recebimento de materias e mobiliários com compra programada, pois costumamos chegar muito tempo após o pedido.

Ainda temos pouca propriedade para discutir esse tema.

HÁ ESTRUTURA ÓTIMA , COM EQUIPAMENTOS FUNCIONANDO

Sim, analisa informações de gestão

SEM CONSIDERAÇÕES

Não temos acesso aos custos da unidade.

Embora seja uma unidade pequena com apenas uma equipe, não é fácil trabalhar estas questões de financiamento e indicadores ao longo de tempo e de forma continuada.

Qualificar a gestão local para potencializar as ações , mantendo a eficácia , efetividade e eficiência dos processos de trabalho.

Começamos mês passado neste centro de saúde e pretendemos analisar a FPO também, o que ainda não foi possível nesse curto espaço de tempo, pois estou me apropriando do serviço ainda.

necessidade de aprimoramento

Ampliar as informações dos dados de produção e indicadores de saúde para maior número de funcionários

E realizada a atualização do CNES e analisados as informações sobre a produção e os indicadores, porem identificamos que há necessidade de auxilio para analise mais detalhada de FPO

Acesso a: CNES, FPO, E-SUS, SIGA, GEMM.

É necessário atualizar a FPO

A coordenadora da unidade está de férias, sendo o formulário preenchido pelos trabalhadores. Diante disso, não temos maiores informações a respeito dessa questão.

Precisamos melhorar este indicador.

Manter as análises e ampliar conforme se faça necessário.

Temos gestão colegiada na unidade com reuniões mensais pre estabelecidas e nesse espaço trabalhamos com os indicadores de saúde também.

O acesso ao CNES e e SUS são mensais, para avaliação dos profissionais e da produção. O FPO foi atualizado neste quadrimestre. Falta realizar a análise da planilha de custos da unidade para discussão com a equipe e Conselho Local de Saúde.

Sim, analiso as informações de gestão orçamentária da Unidade, conhecendo sua produção, despesas e custos parcialmente. Estou me apropriando mais destas questões para melhorar a orientação que tenho dado aos profissionais da Unidade. Recomendações: contratação de pessoal o mais urgente possível principalmente administrativo.

Analiso as informações de gestão orçamentária parcialmente, conhecendo sua produção. Temos pouco acesso dos custos da unidade.

Manter CNES e FPO atualizados

Análise e atualização CNES, FPO, informação referente a produção e indicadores de saúde

Unidade trocando de coordenador que precisa ser capacitado para estes temas.

As informações de custos e contratos são pouco divulgadas e conhecidas,poucas vezes chegam a nós.Precisa melhorar essa informações.

Equipe em constante processo de aprimoramento para acompanhar os indicadores de saúde da unidade.

Não recebemos dados sobre os custos do serviço

A verificação do CNES é feito frequentemente e principalmente com a chegada ou saída de um profissional. Recentemente fomos capacitados a trabalhar com a FPO, instrumento que ainda estamos conhecendo melhor.

Analizamos e atualizamos o CNES

Referente ao CNES e FPO o contato é realizado geralmente pelo Departamento de Informação e Informática da SMS via e-mail além do Distrito de Saúde Sul.

Análise e atualização do CNES sempre que há movimentações de profissionais e FPO uma vez ao ano. Autoclave da unidade quebrada há treze meses. Foram realizadas 5 visitas técnicas e nenhuma OS aberta. A unidade perdeu a governabilidade sobre a digitação das planilhas de produção após centralização.

Cnes atualizado regularmente.

Resposta em arquivo anexo

Acessamos CNES sempre que preciso e e-SUS geralmente quadrimestralmente.

--

analisa os relatórios disponibilizados pelo distrito de saúde sul, tabnet e coordenadoria de informática. As manutenções são solicitadas via email.

CNES, FPO, e-SUS, SIGA, GEM, DIM Esses sistemas são acessados pela coordenadora e por uma das enfermeiras da UBS, periodicamente, conforme o caso.

A ATUALIZAÇÃO DO CNES TEM SIDO MUITO DIFÍCIL... É NECESSÁRIA A CRIAÇÃO DE UM FLUXO DE INFORMAÇÕES MAIS RÁPIDO E EFETIVO.

Análise parcial.

Não temos acesso a processos financeiros da SMS.

Não tenho acesso aos custos do serviço.

Não temos conhecimento do custo destinado à Unidade, a manutenção corretiva e preventiva é precária estamos com autoclave quebrada há 10 meses.

Os dados são discutidos com a equipe, seria importante ter acesso ao custeio, para aprofundar a discussão.

Não temos informações de custos dos serviços.

São analisados periodicamente dos dados do CNES da FPO e a produção e indicadores de saúde afim de fazer o planejamento da unidade.

CNES, E-SUS e SIGA acessados pela coordenação e administrativo para atualizações quando necessário. FPO em processo de atualização nesse semestre pela coordenação. FMS não acessada.

contamos com a vinda em breve do recurso prometido do PMAQ

Necessidade de maiores informações sobre o item.

Meta: analisar e atualizar FPO

Estamos atuando para ampliar o registro da produção adequada e qualificada dos nossos funcionários

## Fim do Documento

### Número de respostas diárias

