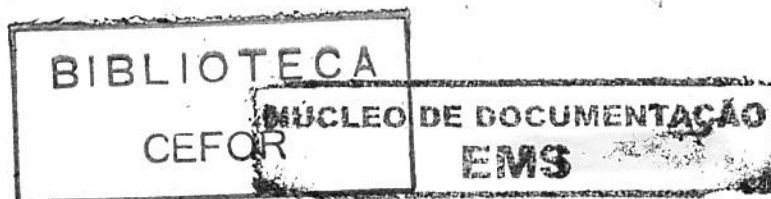


SMS - CEFOR, 1990

REUNIÃO: CONDIÇÕES VIOLENTAS DE VIDA

LOCAL: CEFOR

DATA: 01.11.90



A Coordenação colocou que a reunião havia sido pensada no sentido de resgatar as experiências das regiões e das assessorias com relação a questão das condições violentas de vida, visando o estabelecimento de prioridades e a padronização de ações que reorientassem a Secretaria em função destas prioridades.

O Secretário da Saúde falou em seguida, abordando entre outros os seguintes pontos:

- * A Discussão não pode perder de vista a municipalização, a distritalização e a implantação do SUS em São Paulo.
- * Há decisão política de que a questão da violência é prioridade para 1.991.
- * Proposta de operacionalização até DEZ/90 no CTA.
- * Papel coordenador do COAS.
- * Resgate das experiências das regiões.
- * Definir prioridades efetivas com base nos dados epidemiológicos e experiência das ARS (Há apoio do CTA).
- * Adesão do trabalhador de SMS com relação à proposta.

A seguir, temos o resumo das experiências relatadas na reunião com relação à questão da violência e não necessariamente a fala de todas as pessoas.

A R S - 7 - PS DO MANDAQUI

Diante de uma situação na Zona Norte de 16.000 mortes por causa violenta, por ano, 2.000 casos de acidente de trabalho por mês, 04 baleados por dia, o PS Mandaqui resolveu assumir a questão da violência e com base em experiências nacionais e internacionais (AUSTRALIA) elaborou proposta para enfrenta-lá.

Partiram do conceito de urgência, que parece ser melhor que o de emergência, (palavra nova, ambígua), enquanto risco de vida. Chegaram a um consenso de que o risco de vida é Urgência. Então a conjuntivite do motorista do ônibus seria ou não urgência? Considerando que se ele não melhorar corre risco de vida e põe em risco a vida dos passageiros, a conjuntivite dele é urgente e teria que ser atendida no PS.

Criaram a "UNIDADE DE ORIENTAÇÃO E TRIAGEM" no PS, onde uma equipe com Médico, A.S., Enfermeiro, Segurança e Relações Públicas, no corredor de espera, faz a triagem. O Relações Públicas, fica circulando no corredor orientando o fluxo de pacientes, tirando dúvidas e recebendo reclamações proveniente de atendimento. A equipe avalia médico por especialista ou é encaminhado para uma UBS. Este encaminhamento para UBS, implica em marcação, na hora, de dia, hora e local onde o paciente será atendido.

Isto foi possível, já que, com base em entendimento anterior, há reserva de vagas do agendamento de algumas UBS para os encaminhamentos da Unidade de Orientação e Triagem do P.S.

A implantação deste sistema, tem permitido a redução de tempo e espera no atendimento do paciente, de 04 horas para 30 minutos, em média.

Ainda com base nesta experiência foi falado que é importante ter o familiar junto do doente e a humanização da morte nos casos que o paciente pode morrer em casa.

É que a enfermaria, teria que ser bastante integrada ao P.S. e teria que ter giro. Não pode ser só uma enfermaria social.

Foi acrescentado, por representante da região 7 que a experiência tem sucesso porque o pessoal do P.S. "arregaçou as mangas" e porque houve retaguarda das UBS (02 vagas por dia). As UBS, depois desta experiência, passaram a repensar a sua organização principalmente no que se refere a uma "porta" mais ágil.

O médico do P.S. teve que sair do consultório e ir para a fila, por isso a experiência enfrentou resistência. Mas com isso, além da agilização do atendimento, o paciente, enquanto espera pode observar a equipe trabalhando na sua frente, e atender o porquê da espera.

Foi relatada então a experiência do Hospital João XXXIII, um hospital "aberto" onde a família do paciente pode ficar com ele 24 horas por dia. Foi considerado prioritário a questão das lesões ao nascer.

E a questão de abrir o Hospital. A partir de normas mínimas, mudaram a recepção dos doentes. Houve reação dos profissionais, pois de certa forma a família invadia o "seu" espaço, por isso fizeram fazer reuniões semanais com eles;

com a técnica de grupo operativo.

A experiência tem mostrado avanços: os profissionais têm sentido valorizados e há um repensar de concepção de saúde. Inicialmente, pensavam o hospital aberto com o modelo do hospital particular. E hoje veem que é mais que isso. As pessoas começam a entrar em espaços antes proibidos. É preciso que diminua a subordinação da clientela à instituição. O familiar, dentro do hospital, provoca sentimentos e contradições do profissional com o doente e muda o atendimento.

Foi acrescentado, ainda com relação ao João XXIII que quando se trata de parto, não pode haver triagem, não dá para priorizar. Se a criança nascer mal, ela nasce mal, ela nasce com lesão. É diferente do caso do Mandaqui; é preciso ter equipamento e atendimento para 100% dos partos.

O Hospital João XXIII, tentou romper com o modelo de instituição com a FEBEM, os Manicômios, e os Hospitais.

O 1º pontapé foi programa " Mãe Participante " ,segundo um profissional da ARS-10.

Foi dito ainda, que era importante dar conta da questão da violência institucional no Hospital e que se as coisas iam ser normatizadas, que seria importante que se a rede toda tivesse acesso. O que sempre tem acontecido.

A R S = 3 - Violência Sexual

A idéia não é nova, é reivindicação antiga do movimento da mulher. A proposta para dar conta da violência sexual contra a mulher foi sendo construída pelas UBS que fazem parte do programa. Houve contatos com o I.M.L., com o Serviço de Aborto Legal, Delegacia da Mulher, OAB.

A demanda é espontânea, ou vem da Delegacia da Mulher ou do I.M.L.

Não existe estudo epidemiológico sobre esta questão pois é difícil para a mulher falar que foi estuprada.

A proposta priorizou, no atendimento, os casos de violência sexual. Quando a paciente chega, são acionados vários profissionais; ela tem um diagnóstico bio-psíquico social.

O serviço tem uma pequena retaguarda para D.S.T.

Na maioria dos casos, a paciente tem problemas de ordem emocional e a proposta do programa é seguir o caso. Mas resolvido o problema da gravidez, a paciente em geral, não volta à unidade.

Com relação à gravidez, quando a mulher é estuprada e fica grávida é encaminhada ao Hospital Jabaquara que tem critérios rígidos para decidir se a gravidez deve

ser interrompida ou não.

No que se refere à dificuldade para implantar a proposta, foi relatado que há problemas com alguns médicos, pois para muitos, vítima de violência é caso de polícia. O Programa procura justamente, abrir a UBS para que a mulher vítima de violência sexual seja atendida.

que
Foi colocado ainda após às experiências das UBS's, é que houve a nomatização de ações com relação a Violência Sexual.

A R S - 10 - D.S.M. BOI MIRIM

Optaram por atuar em duas UBS's: uma mais antiga, com funcionários antigos e outra recém-inaugurada.

A principal mudança foi na porta da entrada: a humanização de recepção e a agilização do agendamento.

Fizeram painel com horário dos profissionais. A Pré a Pós consulta passou a ser realizada na sala do médico, bem como o agendamento dos retornos. Houve mais integração na área de enfermagem: central de esterelização, atendimento da enfermagem em grupo, rotinas para o atendimento. Foram medidas tomadas com a participação da população.

No Parque do Lago, a unidade mais nova, abriram o Posto mesmo com um Médico só, porque tem outra concepção de Saúde. Fizeram um treinamento sobre V.E onde as próprias pessoas da unidade coletam os dados.

Com relação à ARS-10, foi falado que seria difícil instalar uma unidade de orientação e triagem no Hospital do Campo Limpo pois as UBS's não tem capacidade para absorver a demanda que o hospital iria levantar.

Finalizando a reunião a coordenação disse que parecia, depois dos relatos, que a reorganização dos serviços com base no SUS, na questão das condições violentas de vida e até na questão da violência institucional fazia sentido. Não é algo de cima. Bate com a realidade. O que foi falado foi sintetizado em alguns temas:

- acesso/porta de entrada/fila
- reorganização e humanização do serviço: multiprofissionalidade e ética profissional
- propostas alternativas - Centro de Convivência/Hospital-dia
- atenção às urgências
- informação
- violência institucional

Diante de algumas colocações de que não seria ainda o momento de dividir o grupo em sub-grupos a reunião foi encerrada. Marcou-se outra, para dar continuidade e ouvir inclusive as regiões que não vieram, para o dia 07/11 às 08.30.

Participaram da Reunião:

REUNIÃO - CONDIÇÕES VIOLENTAS
DE VIDA
09/11/90

LISTA DE PRESENÇA.

NOME	LOCAL DE TRABALHO E TEL P/CONTATO
JOSE JOÃO C. PALMA	X Cefor - 542 2474
Regina Rodrigues de Moraes	- Ass. Saúde da Mulher - 284-1333-2112
Janni Régia Scacchi	- D.S. Ipiranga 2733082
VERA LUCIA MORADARI	- H. Maternidade JOÃO XXIII. 273.30.9
Artur O. KALICHMAN	- X CEFOR
Maria Clara Faria	- X Distrito de Saúde Campo Limpo 5116444
Maria Elza de Souza	- RAM A. FUNDA f. 2756253
MARCO AURELIO MOURA	- ASSESSORIA ARS-7, 267-1709
DOUGLAS AUGUSTO SCHNEIDER-ILUB.	- ASSESSORIA DE SAÚDE BUCAL 2841333 R.196/199
UBIRATAN NUNES DE OLIVEIRA	- ARS-9 (RH) → 247-5730
Justina ma. Abi Kuniyoshi	- ARS. 74. PSMandaguí. 2980211/29
Silvia m. g. Simisalli	- Assessoria do Programa de AIDS - 28413 R170
JOSÉ CLAUDIO DOMINGOS	- COORDEN. " 289272
CARLOS ALBERTO PIETZ NEDEK	- SECRETARIO. - 288.1063
Rosa M. S. Watanabe	- adm. Hosp-PS. mandaguí - 267-77-39
JERICO A. M. CARNEIRO	- Assessoria do Programa Saúde Traba- /hador
Luís Carlos Nery	- P.S. MANDAGUI - 2677739
SIZENANDO E. DE LIMA JUNIOR	- P.S. MANDAGUI - 2677739
ERNÉSTO MEKLER	ARS-7 767-1709

NOME	LOCAL TRABALHO TELEFONE P/ CONTATO
ROSA M. D. NAKAZAKI	ARS-10 - 5114405
LIANA B. GUTIELLEZ	CEFS - 2841333 R 135
Kete B. Ramos	ARS-10 - 511-4405
Yasumi Hirata	ARS-10 - D.S. M'Boi - 5114405
Tilvia Dora S. Santos	ARS-10 (541-4405)
Maira Angelica de Souza Sabaki	ARS-10 - D.S.M'Boi 5114405.
LUCIA REGINA GATTI	D.S.M'Boi Murim
Rosa de Lourdes A. do Santos	<u>CEFOR</u>
Manoel C. Setyue	hepi - ARS-10
JOSEAN LUIZ DO AMENDAH	CRH-2 / SMS. G 284-1333 R. 114/139/122
Tara Moreno Linschans	SMS / 9005 XVIII 2892720
Sylvia Maria Dalipo	COAS 284 1333 R (198) (199)
Suelly Y. Miyashiro	CEFOR
Simone J. Cozza	ARS. L - RH
M ^a de Fatima Maximo Souza	CRH / CEFOR
Marina Moraes Akem Fleveira	CEFOR
Majia Justilia de A. S. Navarro	ARS-3
Roseli de Oliveira	NGPI / ARS. 1 F: 8253766
Edio Ferriz de Souza	CEFOR - 842.2474
Sulene Cominada	Cefor - 5422474
Ronda M.M. Motta	CEFOR "
Jelson F. Marinho	CEFOR

Mania de Curus Job Montois

CEFOR

ATA RESUMIDA DA REUNIAO DOS GRUPOS DE TRABALHO - 28/11/90

A reunião iniciou-se com a organização, por parte de cada um dos 7 subgrupos de trabalho (resgate; central de vagas; demanda espontânea; parto e lesões ao nascer; saúde mental; doenças crônico-degenerativas e AIDS; urgências e violências) de um relato sucinto a ser apresentado ao conjunto dos grupos, em reunião plenária, ainda no mesmo dia, de modo a se permitir uma reorganização geral do trabalho e a operacionalização das propostas rumo ao documento final.

Realizados os relatos pelos grupos, dos quais extrairemos aqui apenas algumas questões que julgamos mais significativas para a operacionalização do trabalho, visto que os relatórios, em sua maioria, encontram-se já manuscritos, necessitando agora serem sistematizados, e detalhados em relação ao roteiro apresentado no início dos trabalhos.

Para este reagrupamento e detalhamento das propostas, formaram-se 3 novos grupos:

1- GRUPO DE ACESSO :

Formado a partir da composição anterior, somado aos representantes do Seminário de Urgências realizado na ARS 7. Este grupo está responsável pelas propostas de estruturação das atividades de recepção dos usuários a nível das UBSs e PSs, tendo já preparado um documento com aspectos conceituais e diversas propostas que agora serão detalhadas.

2- RESGATE E CENTRAL DE VAGAS :

Formado a partir da composição anterior, somado ao Colegiado de Interlocutores das Regiões junto ao CECOM e a componentes dos 4 subgrupos do hospital aberto, além de, eventualmente, diretores de PSs e hospitais. Este grupo está responsável pela formulação, a partir das propostas que vinham sendo elaboradas pelo Colegiado e CECOM, da estruturação de um sistema de resgate bem como de uma política de gerenciamento dos leitos próprios e conveniados que passa pela montagem de CENTRAIS DE VAGAS (AIDS, PARTOS, QUEIMADOS, FOLITRAUMAS, UTI, DIALISE, 2a. LINHA E DOENÇAS EPIDEMICAS).

3- HOSPITAL ABERTO

Formado a partir das experiências já sistematizadas dos subgrupos que discutiram parto e lesões ao nascer, saúde mental, AIDS e doenças crônico degenerativas, e urgências, além de algumas questões colocadas na reunião plenária, tem o trabalho de articulá-las numa única proposta operativa. Na reunião prévia ao fechamento dos trabalhos deverá ainda ser apresentado o resultado do Seminário sobre a saúde da

mulher, que encerra-se na quarta-feira 5/12, que poderá trazer novas contribuições.

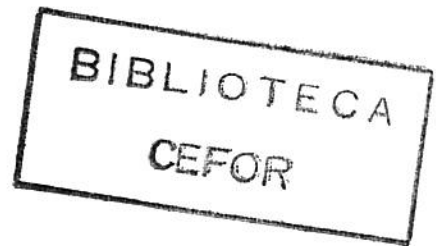
Considerando que os relatórios até agora produzidos somam 38 páginas manuscritas, optamos por não sistematizá-las neste momento, considerando que este trabalho deva ser realizado por relatores tirados de cada um dos 3 novos grupos, de modo articulado a uma **proposta geral de operacionalização**, para o que sugerimos como apoio o roteiro proposto no início dos trabalhos.

A reunião do Grupo de Trabalho contou com 38 participantes, da totalidade das regiões, além de representantes do COAS, CEFOR, CEPI, HSPM e CECOM. O prazo final para apresentação do trabalho ficou sendo o dia 10 de dezembro, quando ocorrerá reunião plenária do grupo. Fica mantida a indicação de sua apresentação na **Oficina de Gerenciamento**, marcada para os dias **12, 13 e 14 de dezembro**, no CEFOR, que contará com a presença dos diretores das ARSs, dos Distritos, Assessorias, COAS, CEPI e CRH. Deste modo, cada um dos novos subgrupos terá, a partir da reunião do dia 3/12 um prazo máximo de uma semana para a conclusão dos trabalhos.

SP, 2/12/90.

TOPICOS PARA A ESTRUTURAÇÃO DAS PROPOSTAS

- 1) RECURSOS HUMANOS :
 - TLPs e Necessidades específicas,
 - Formação, Treinamentos e Reciclagens,
 - Articulação com Residências e Estágios.
- 2) RECURSOS MATERIAIS :
 - Necessidades de Materiais Permanentes e de Consumo para a concretização das propostas.
 - Readequação do Espaço Físico dos Equipamentos frente às novas necessidades.
- 3) FINANCIAMENTO :
 - Estimativa dos Custos e Fontes de Recursos
- 4) GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO.
 - Sistema de Informação Epidemiológica que informe a tomada de decisões e a avaliação das ações.
 - Participação Popular e dos Usuários.
 - Atribuições dos Níveis Local, Distrital, Regional e Central
 - Propostas de Normatização e Padronização das ações.
 - Articulações Politico-Institucionais : Referência e Contra-Referência para Equipamentos de dentro e de fora da SMS, buscando integração com outras Secretarias e Instituições.
 - Propor mecanismos de Supervisão e Avaliação das ações.
- 5) METAS E ESTRATEGIAS.
 - Apresentar propostas de Implementação levando em conta as experiências já em curso, buscando delimitar no tempo os diferentes momentos e necessidades para o processo de implementação.
 - Propor estratégias para o enfrentamento das várias formas de Violência Institucional e para a ampliação e aprofundamento da discussão sobre as Condições Violentas de Vida no MSP num movimento que venha a repensar, coletivamente, a Ética Institucional.



1 - Grupo - Condições Violentas de Vida

- . Necessidade vigilância aos acidentes.
cada inst. levantar sua própria situação de risco
denuncia pela população e instituição.
- . Trabalho intersecretarial
p.ex. COHAB - ac. domésticos
CET
- . Ac. trânsito - checap veículos
PROAIM - ac. trânsito
incluir ac. domésticos

Trabalho educativo - incorporadonos diferentes trabalhos já existentes.

- . Alerta geral sobre acidentes. Não seja evento pontual.
contratação coerente c/ perfil da necessidade.

2 - Grupo - Violência Institucional

- atividades de recepção
(releitura epidemiológica+garantia de atendimento)
 - . GORD/UOT + (S.L.I.) + AÇÕES DE ESCLARECIMENTO SOBRE DIREITOS FRENTE A INSTITUIÇÃO
- Sub-Prefeitura
- Estatuto do Funcionalismo - S.M.S.
 - . discussão da ética institucional
 - . comissão de ética institucional
 - direitos da população
 - direitos dos funcionários
 - deveres dos funcionários
- Reforço das Comissões Gestoras.
participação popular
- Vigilância das Instituições de Saúde e outras (comitês de Mort. Mater.,)
- Condições de Trabalho:
 - . comunicação dentro da S.M.S.
 - . momentos de reflexão nas Unidades
 - . fixar os funcionários nas Unidades
 - . desenvolvimento de R.H.
- Mecanismos de Comunicação Social
 - . através das Unidades (GORD UOT)
- Hospital Aberto
- Política de desospital

2 - Grupo - Saúde da Mulher e Saúde da Criança

- que serviços extrapolam ações da SMS/Gab.
- unidades estipulam data fixa p/1ª CM.
- portanto utilizar enfermeira p/ responder a demanda que chega e não tem CM imediata
- * maternidade notificar RN de Risco.
- * Unidade passa absorver RN Risco mais rápido.
- * acesso à todos métodos AC para planejamento familiar

saúde da mulher

- P6 no registro de dados ARS/CEPI
- falta priorizar - definir o que implantar agora

acrescentar: implantação dos Comites Mortalidade Materna, que estes possam intervir p/melhorar qualidade de assistência e impunidade

Emilio - Temos falado S.Mulher e S.Criança e não temos melhorado. Que condições vamos ter concretamente para melhorar . Ao enunciar prioridades cruzar c/ dotação orçamentária para poder caminhar na prática.

Repensar esta questão priorizando de acordo c/dotação recursos.

Ana Cecília - Existem questões que não depende de recurso e sim reorganização de serviço.

Mário - Com algumas coisas não dá para ficar quieto - c/ corte de verbas Retomar visão crítica

Lenira -

Exedito - Vigilância a Saúde - vigilância em não próprios por exemplo

Damareis - gerenciamento é problema, por exemplo: diferentes cursos ao mesmo tempo.

3 - Grupo - Saúde do Trabalhador

1. jogar discussão do trabalho na rede.

2. vigilância em saúde .

3. atenção ao funcionário específico.

não só atenção curativa e sim global

1.

2. condições de trabalho (também c/ ótica da violência institucional)

3.

- incluir o gerenciamento de 1 2 3 para SMS. p/poder enfrentar a questão Saúde do Trabalhador na PMSP

1. HSPM

2. DRH-6 - avaliação de local de trabalho

3. DEMED

4. divulgação treinamento em Saúde do Trabalhador para todas as ARS's com auxílio dos CRTS.

5. levar a questão do trabalhador da PMSP p/Cidade Saudável

6. intervenção junto a limpadoras que estão exigindo atestado de esterelidade.

Também em relação a treinamento p/limpeza hospitalar.

Registro de saúde p/funcionários contratados.

{
Curativa
Vigilância
Condições de Trabalho

} Discussão questão trabalhador como seu trabalho está sendo organizado.

Sergio

RELATÓRIO - "WOORKSHOP" - ORGANIZAÇÃO E GERENCIAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE PÚBLICA

Resumo - 18.04.91

1- Grupo - Saúde do Trabalhador / Relator Mário

Histórico sobre CRST

Década de 80 quando questão trabalho começou a ser falada .

Houveram resp. questões de melhor condições de trabalho - montar CRST

Questão hoje implantação ações de trabalho na rede ,

- acidentes do trabalho

- vigilância sanitária

1. Todos hospitais, PA e PS + 24 UBS em função do local onde ocorre maiores acidentes no trabalho

- Em cada DS - retaguarda ambulatorial de ortopedia e fisioterapia e oftalmologia.

- Existe ARS com CRST e ARS sem nada, seria fundamental que todas ARS iniciasse trabalho: Urge na ARS 5 e 6

- CRST que já existem deveriam auxiliar no inicio do processo nestas ARS dentro de 1 ano .

2. Vigilância Sanitária - introsada com Vigilância Epidemiológica

- um único profissional capacitado em UBS, ou DS vendo condições mínimas de saúde:

1. moradia (canteiro obra)

2. alimentação

3. higiene

- caberia ao CRST vigilância mais sofisticada

- formação de pessoal em DS e UBS

- investigação de acidentes fatais e graves em 24/48 horas

Prioridades por visitas:

1. Locais levantados pelo movimento Sindical

2. Locais indicados pelos dados epidemiológicos

3. construção civil

1 - Organização de Serviços

Territorialização - área de abrangência
sistema local e sistema distrital de informação

→ sistema local

composição equipe distrital médico sanitaria
 enfermeira snitarista
 médico veterinário
 eq. campo
 nível médio

Rosa - Assistente Social/Educadora - deixar claro - Ass. Social e Educadora

Fundamentalmente Educador e Assistente Social tem ação fundamental
na orientação educacional.

- Profissional nível médio para atuar como generalista nível local com capacitação.

- DNC → já existe

detalhamento atividades por exemplo: saúde do trabalhador
serviços saúde

2 - Organização Serviços de Vigilância

- 1 - Definição de equipes mínimas nas UBS
(Med., Enf., A.S. e Educ.)
- 2 - Territorialização
- 3 - Definição de Equipes Mínimas Distritais
(Med., Enf., A.S., Med. Vet. e Educ.)
- 4 - Atribuições Mínimas
 - . Doenc. Not. Comp.
 - . S. Trab.
 - . Serv. Saúde
 - . Sist. Local de Inf.
- 5 - Treinamento/Capacitação de "Generalistas"
 - . nível médio
 - . nível superior
- 6 - Assumir imediatamente as D.N.C. / acordo com SES
- 7 - Montagem de rede de Laboratório de Saúde Pública
- 8 - Incorporação da Vig. X Alimentos
Integração

Violência Institucional

- * luta anti manicomial
- * idoso, HIV+ → atendimento a grupos específicos
rediscussão sobre ação nestes grupos (segredados) estigmatizados
- * CRH ↔ COAS ↔ CEPI - maior integração p/também melhorar capacitação.
- * GORD e UÓRD - estratégia para iniciar atendimento e depois pode ser usado para outros conteúdos quando estiverem organizado o interior da Unidade.
- * Comissão de ética - seria ombdsman - seria comissão para receber denúncia re
clamação - e
 - receber denúncia e clarear compromisso de funcionários com a população
 - comissão gestora mais política
 - comissão ética mais dia/dia diferente do inquérito mais rápido
- * Em relação a conquista da cidadania
para quem estamos olhando quando trabalhando a questão da cidadania
Qual parcela da população não estamos separando, esquecendo algum grupo importante?
- * Frisar - intervir nas instituições que produzem violência/doença ou classe especial em escola
- * Projeto Comunicação Social → luta anti manicomial
→ FEBEM

Incluir no Código Sanitário - vigilância institucional.

Atingir grupos que ainda não foram incluídos em instituições como manicômio/FE
Incorporar e organizar para receber grupos "prestes" a irem p/ instituição →
casa gestante
hospital dia
e similares

Violência Institucional

- * luta anti manicomial
- * idoso, HIV+ → atendimento a grupos específicos
rediscussão sobre ação nestes grupos (segredados) estigmatizados
- * CRH ↔ COAS ↔ CEPI - maior integração p/também melhorar capacitação.
- * GORD e UÓRD - estratégia para iniciar atendimento e depois pode ser usado para outros conteúdos quando estiverem organizado o interior da Unidade.
- * Comissão de ética - seria ombudsman - seria comissão para receber denúncia re
clamação - e
 - ⇒ receber denúncia e clarear compromisso de funcionários com a população
 - ⇒ comissão gestora mais política
 - ⇒ comissão ética mais dia/dia diferente do inquérito mais rápido
- * Em relação a conquista da cidadania
para quem estamos olhando quando trabalhando a questão da cidadania
Qual parcela da população não estamos separando, esquecendo algum grupo importante?
 - * Frisar - intervir nas instituições que produzem violência/doença ou classe especial em escola
 - * Projeto Comunicação Social → luta anti manicomial
 - FEBEM

Incluir no Código Sanitário - vigilância institucional.

Atingir grupos que ainda não foram incluídos em instituições como manicômio/FE

Incorporar e organizar para receber grupos "prestes" a irem p/ instituição →

casa gestante

hospital dia

e similares

violência Institucional

- * luta anti manicomial
- * idoso, HIV+ → atendimento a grupos específicos
rediscussão sobre ação nestes grupos (segredados) estigmatizados
- * CRH ↔ COAS ↔ CEPI - maior integração p/também melhorar capacitação.
- * GORD e UÓRD - estratégia para iniciar atendimento e depois pode ser usado para outros conteúdos quando estiverem organizado o interior da Unidade.
- * Comissão de ética - seria ombdsman - seria comissão para receber denúncia re
clamação - e
 - receber denúncia e clarear compromisso de funcionários com a população
 - comissão gestora mais política
 - comissão ética mais dia/dia diferente do inquérito mais rápido
- * Em relação a conquista da cidadania
para quem estamos olhando quando trabalhando a questão da cidadania
Qual parcela da população não estamos separando, esquecendo algum grupo importante?
- * Frisar - intervir nas instituições que produzem violência/doença ou classe especial em escola
- * Projeto Comunicação Social → luta anti manicomial
→ FEBEM

Incluir no Código Sanitário - vigilância institucional.

Atingir grupos que ainda não foram incluídos em instituições como manicômio/FE
Incorporar e organizar para receber grupos "prestes" a irem p/ instituição ⇒
casa gestante
hospital dia
e similares

Violência Institucional

- * luta anti manicomial
 - * idoso, HIV+ → atendimento a grupos específicos
rediscussão sobre ação nestes grupos (segredados) estigmatizados
 - * CRH ↔ COAS ↔ CEPI - maior integração p/também melhorar capacitação.
 - * GORD e UORD - estratégia para iniciar atendimento e depois pode ser usado para outros conteúdos quando estiverem organizado o interior da Unidade.
 - * Comissão de ética - seria ombdsman - seria comissão para receber denúncia re
clamação - e
 - ⇒ receber denúncia e clarear compromisso de funcionários com a população
 - ⇒ comissão gestora mais política
 - ⇒ comissão ética mais dia/dia diferente do inquérito mais rápido
 - * Em relação a conquista da cidadania
para quem estamos olhando quando trabalhando a questão da cidadania
Qual parcela da população não estamos separando, esquecendo algum grupo impor-
tante?
 - * Frisar - intervir nas instituições que produzem violência/doença ou classe
especial em escola
 - * Projeto Comunicação Social → luta anti manicomial
→ FEBEM
- Incluir no Código Sanitário - vigilância institucional.
Atingir grupos que ainda não foram incluídos em instituições como manicômio/FE
Incorporar e organizar para receber grupos "prestes" a irem p/ instituição ⇒
casa gestante
hospital dia
e similares

2- Grupo - Saúde da Mulher/Saúde da Criança

1. O que seria prioridade

mortalidade materna e neonatal

- leitos de maternidade
- priorizar CM de pré-natal
- testes gravidez na UBS
- ind. gestante de risco

hierarquizar maternidade

utilizar atendimento de enfermagem

2. Assistência ao parto

capacitação de pessoal de berçário

recém nascido de risco - identificar

prioridade atend. 0-28 dias na UBS - algum tipo de atendimento

transporte de RN

consulta de puerpério

aleitamento materno

Planejamento Familiar

campanha educativa - PN cedo /PF em todas UBS

disponibilidade de métodos nas UBS

atenção à mulheres que abortaram

3. Adolescente

- mortalidade ascendente

- integração a saúde da mulher

- atendimento integral não só Saúde, SEBES, Sec. Cultura, Secr. Esportes

4. Imunização

5. Doenças Respiratórias - retorno CM /retaguarda

6. Doenças Diarreica - TRO

7. Desenvolvimento e Crescimento - todas potencialidades

boca, olhos - qualidade vida

8. Cobertura da mama e colo

concentração CM mulher

atendimento da Enfermeira

conscientização do direito ao bom atendimento

9. Hospital aberto

Casa gestante

Hospital Dia

Mãe participante

DS Planeja, implementa, organiza e cobra destas ações .
Dificuldades surgem na definição de competência.

3 - Grupo - Condições de Vida

Ac. Crianças e Idosos

Que ac aconteceu?

Necessidade investimento em informação, territorialização para conhecimento da área epidemiológica .

Quais sit. risco? Não só das Unidades mas sim integração escola/UBS .

Divulgação de informação até UBS .

Trabalho educativo - escola /creche/Pronto Socorros

Ac - notificação por sistema de vigilância.

Reabilitação assumida pela instituição, mesmo experiências pilotos .

- normalizando procedimentos em PS, p/ não só resgate .

- PROAIM - estudar acidentes

- Trabalho intersecretarial - fundamental

Projeto comunicação social

Propor um dia sem acidente

Vigilância Sanitária - Escola/Creche faz mapa de sit. de risco p/ acidente

4 - Grupo - Violência Institucional

1. implantação de sub-prefeitura

2. conselho gestores em toda instância c/revisão

3. hosp. aberto e grupo de acesso em UBS, que o CEFOR e COAS sejam coordenadores do processo .

4. que atividades dentro das UBS.

5. que respostas sejam de acordo com a realidade local

6. criar espaços para reflexão de prática nova p/ não ser mais uma e sim modificação.

7. GORD e UORD sejam transitório - meta reorg. do serviço - sist. local de informação - reconhecimento epidem.

8. rever retaguarda

9. olhar para o funcionário

valorização - (gratificação) - fixação

participação da base

ensino - capacitação

modelo de atenção onde o trabalhador esteja feliz

- estatuto

- com. ética

- supervisão de trabalho

comunicação - informação

- cuidado da linguagem

- troca de experiência

aprimorar a integração COAS/CEPI/ CRH CEFOR/ NEPI/ NOAS

organiza propostas integradas c/ outras instituições como por exemplo:
asilo, creche

violência interna institucional - própria PMSP

5 - Grupo - Organização Serviços

Conceito - Vigilância Epidemiológica e Sanitária = mesmo objetivo
vigilância em saúde

Legalidade - local do SUS, poder independente
organiza serviço próprio .

Nível Local - UBS e DS se materializa a ação .
todos fazem proposta equipe mínima :
1 médico, 1 enfermeira, 1 outro, 1 auxiliar

Ação sistema local de informação

Leitura área de abrangência

Pessoal - capacitação generalista p/ triar

1. saúde trabalho

2. organização serviços de saúde

3. zoonoses

4. Nor. compulsórias

- É possível assim c/ acordo c/SES assumir a Vigilância Epidemiológica
territorialização e telefone e viatura .

- capacitação profissionais generalistas.

- laboratórios devem ser regionalizados/hierarquizados

Projeto de retaguarda laboratorial de SP.

- SEMAB - VISA

Integrar em nível regional c/ ARS's