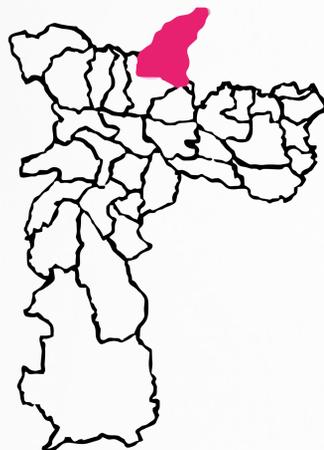


CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO

A Microrregião Jaçanã / Tremembé (MRJT) é composta pelos Distritos Administrativos Jaçanã e Tremembé. Localizada na região Norte do município de São Paulo, com 64,1 km² (4,25 % da área do município de São Paulo), e uma população de 291.867 habitantes (IBGE 2010).

A MICRORREGIÃO E O MUNICÍPIO



Encontra-se na Microrregião Jaçanã/Tremembé 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), fazendo o atendimento primário a saúde.

Dentre as Unidades Básicas de Saúde da MRJT coexistem as duas modalidades assistenciais: Unidade Básica de Saúde tradicional (UBS tradicional) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), em algumas unidades há a presença das duas modalidades, as ditas UBS Mistas. A cobertura da ESF na MRJT corresponde a 19% da população total, o que abrange aproximadamente 56.000 pessoas.

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

a) População total

A população total dos distritos administrativos Jaçanã e Tremembé é de 291.867 habitantes o que representa 2,59 % da população do município. A densidade demográfica correspondente a esse território é de 4.553 habitantes por Km², no distrito do Jaçanã a densidade demográfica é de 12.129 h/km² e no do Tremembé é de 3.504 h/km² (IBGE Censo 2010).

Coefficiente de Mortalidade Infantil na Região Jaçanã/Tremembé em comparativo com Coordenadoria Regional de Saúde do Norte de São Paulo (CRSN), Município de São Paulo entre os anos de 2008-2014:

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Município SP	12,13	11,98	11,55	11,41	11,49	11,17	11,11
Região Norte SP	12,59	12,68	12,17	12,65	12,17	11,67	12,3
Jaçanã/Tremembé	14,08	12,91	14,37	12,69	11,43	10,85	14,18

Fonte: Tabnet / prefeitura de SP acessada em 14 de janeiro de 2016.

Os dados retroativos de 2011 demonstram que a mortalidade infantil na região Jaçanã/Tremembé permanecia em primeiro lugar até 2011 quando comparado com o coeficiente da região de Santana/Tucuruvi, região Norte de São Paulo (CRSN) e do Município de São Paulo (Município de SP) e que após a elaboração de planos e ações estratégicas de intervenção na Saúde da Mulher (gestantes) e na Saúde da Criança apresentou queda expressiva deixando a região Jaçanã/Tremembé na última posição quando comparado com os mesmos.

Aprofundando mais sobre o tema, estando naquele momento ocupando o cargo de Interlocutor de saúde da criança da microrregião Jaçanã-Tremembé (SP) e sendo médico sanitário e pediatra, pude perceber que em meu território tinha um Comitê de Mortalidade Infantil pouco atuante o que me fez interessar pelo curso de capacitação e Formação em Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e de atuação em Comitês de Mortalidade. Ao participar do curso pude discutir, conhecer e interagir com diversas categorias (enfermeiros, assistentes sociais, médicos dentre outras) e de diferentes

territórios. Compartilhamos experiências e dificuldades sempre com o apoio do tutor que pontuava comentários pertinentes ou interrogava pontos importantes para enriquecimento dos debates. A forma como o curso está estruturado é enriquecedor pois permite ao aluno observar os gráficos de seu desempenho em todas as formas oferecidas de aprendizado (chat, e-mail, bibliotecas virtuais, conteúdo teórico e prático, fóruns...) além de estabelecer prazos para estudo do conteúdo programático e entrega de avaliações periódicas. O curso demonstra todos os passos para formação de um Comitê, desde leis existentes, sua composição, fichas de notificação, responsabilidades de diferentes níveis de saúde quanto a investigação dos casos até o fechamento das causas que acarretará em informações para elaboração de ações de prevenção. Portanto, o aluno que se dedica ao curso além de encontrar se preparado para compor um Comitê de Mortalidade também se conscientiza da importância do preenchimento correto dos dados nas fichas de notificação para consolidação de indicadores consistentes. Os pontos negativos que considero do curso são: chat com horários marcados provocam pouca adesão dos participantes pois necessita disponibilidade conjunta ao mesmo horário e com acesso a internet. Acredito que poderia ser facilitado se substituído por grupos de rede social. Outro ponto é que as avaliações são mais enfatizadas nos casos clínicos e com pouca abordagem na parte teórica.

Após o curso pude aperfeiçoar as ações em meu território realizando além da reuniões mensais com gerentes de unidades básicas de saúde, estendendo a abordagem do tema para os enfermeiros responsáveis técnicos bimensalmente discutindo causas de mortalidade do território, capacitação de profissionais sobre diversos temas em pediatria inclusive para formação de grupos de orientação e elaborando planos de intervenção. Integramos a atenção primária com os serviços de apoio como NASF (Núcleo de apoio a Saúde da Família), NIR (Núcleo Integrado de Reabilitação) e EMAD (Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar). Monitoramos os casos de recém-nascidos de alto risco de óbito quanto ao seu acompanhamento periódico na rede ou serviços complementares. Além de receber cópia dos dados de visitas domiciliares dos óbitos infantis realizados por profissionais da rede e realizar pessoalmente as visitas hospitalares dos casos do território com solicitação da Supervisão Técnica de Saúde local.

A partir de 2014, reforçando que os indicadores de mortalidade são calculados de junho de um ano a junho do ano seguinte, muitos fatores comprometeram a qualidade na assistência a saúde do território: o desligamento de profissionais médicos e enfermeiros sem reposição o que acarretou em redução na assistência geral a saúde das gestantes e lactentes em todo território, pois mesmo o atendimento em outras unidades foram comprometidos oferecendo vagas de atendimento para priorizar a população de maior necessidade (recém-nascido de risco de óbito e gestantes de alto risco da área de abrangência e das áreas sem profissionais); a sobrecarga aos funcionários para cobrir a falta de equipe completa deixando de realizar ações que impactavam positivamente na redução da mortalidade como grupos de orientação a população de risco (como DHEG, morte súbita, gravidez na adolescência); a dificuldade em manter o monitoramento dos recém-nascidos de alto risco de morte; a falta de acesso as fichas de notificação de óbito infantil com objetivo de elaborar planos de intervenção, a falta de distribuição de cartazes e panfletos de orientação aos riscos de óbito para as gestantes e recém nascidos identificados no território, além do comprometimento emocional de alguns profissionais frente ao momento de renovação de contrato influenciando no desempenho laboral.

O momento de transição institucional do território que iniciou em junho de 2013 e finalizou em fevereiro de 2016 (chamamento público com cancelamento do contrato de renovação) comprometeu negativamente as ações em saúde no território e a piora dos indicadores qualitativos de mortalidade já estava previsto como registrado em ata de reuniões periódicas com gerentes e/ou enfermeiros responsáveis técnicos.



Equipe técnica de coordenação em 2013 – da esquerda para direita: Dra. Maria Luisa Brenha-coordenadora médica, Sra. Monique S. Corredato – Gestora de responsabilidade social, Dra. Eliana Berti – Supervisora técnica de saúde, Sr. Henrique Cesar de Jesus – Analista administrativo, Dra. Renata Leão – Interlocutora saúde bucal, Dr. Henrique Lobello – Supervisor de saúde da família, Dr. Fausto – Interlocutor saúde da criança, Enf. Maria Ines Chaddad – Interlocutora saúde da mulher.

Ações realizadas no território:



Orientações às gestante e mães nas igrejas



Orientações às gestante e mães nas escolas



Orientações às gestante e mães nas UBS(s)