

# Documento de referência para as Plenárias Distritais preparatórias para o Plano Plurianual 2022-25

## 1.Introdução – O Plano Plurianual de Saúde, o Conselho Municipal e a Conferência Municipal de Saúde.

A cada 4 anos, no primeiro ano de vigência de um governo municipal, cada município tem que realizar o seu Plano Plurianual de Governo. Ele tem validade por 4 anos, iniciando sua vigência no segundo ano de mandato do atual prefeito e “invadindo” o primeiro ano do governo seguinte. Ou seja, o plano plurianual que será definido neste ano terá vigência de 2022 a 2025. Dele, ou seja, das suas diretrizes, ações e metas, derivam, a cada ano, o plano municipal anual e a lei orçamentária, na qual se definem os recursos para a sua implementação.

Uma das partes do Plano Plurianual do Governo Municipal é o Plano Plurianual Municipal de Saúde, que iremos construir neste ano para valer até o ano de 2025.

O Plano de Saúde é o conjunto de diretrizes, objetivos, ações e metas, no campo sanitário, que o governo municipal pretende implementar neste próximo período de 4 anos. Trata-se, portanto, de uma carta de intenções para um período razoavelmente longo, no qual imprevisibilidades podem acontecer. Isso significa que o plano, sob determinadas condições, pode ser alterado ao longo desse período.

Trata-se de um dos principais instrumentos de gestão e planejamento do SUS e está previsto em um conjunto de leis (8.080/1990, o Decreto nº 7.508/2011 e a Portaria nº 2.135/2013, entre outras). Segundo elas, “o processo de planejamento e orçamento do SUS deve ser ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos”.

É importante frisar que o Plano Municipal de Saúde tem que ser elaborado em consonância com o controle social do SUS. Ou seja, não se admite que o Plano seja apenas do governo de plantão, mas deve ser realizado de maneira democrática, com participação de trabalhadores e usuários, integrando na sua realização os vários espaços de gestão participativa previstos em lei. Aqui em Campinas esses espaços são a Conferência Municipal de Saúde, os Conselhos Locais, os Distritais e o Municipal de Saúde.

O plano, ao fim e ao cabo, deve expressar não só as intenções dos gestores e técnicos que os representam, mas também o diagnóstico das condições e necessidades de saúde da população e dos territórios onde vivem a partir do olhar desses sujeitos, trabalhadores e usuários, que, em última instância, vivem as dores e delícias da construção do SUS e as consequências dos seus resultados. Sem esse olhar teríamos uma peça de qualidade técnica, porém de reduzido alcance para reduzir as iniquidades do sistema de saúde ou para garantir a qualidade, a facilidade de acesso e humanização exigida pelos seus usuários.

De modo geral a construção do PPAs inicia-se com a Conferência Municipal de Saúde. Nesse momento da pandemia, dada a impossibilidade de se realizar uma conferência com a qualidade de participação necessária, o ponto de partida será a 11ª. Conferência Municipal de Saúde. Para revisá-la e adequá-la ao presente momento é que estamos propondo vários momentos de participação, iniciando-se com as discussões nos Conselhos Locais de Saúde e, num processo ascendente, passando pelas plenárias distritais, culminar na aprovação do documento final no plenário do Conselho Municipal de Saúde

45 Esse documento, para facilitar o processo de discussão, sintetiza as principais diretrizes da 11ª.  
46 Conferência Municipal de Saúde, realizada em abril de 2019.

47

## 48 **2.Análise de conjuntura: O SUS Municipal – Rumo ao Plano** 49 **Plurianual de Saúde**

50 O Brasil passou, nas últimas décadas, por uma transição demográfica e epidemiológica, com o  
51 envelhecimento da população e mudanças no padrão de adoecimentos e mortes. Se há 40 anos  
52 predominava uma população muito jovem, com o predomínio das doenças infectocontagiosas, hoje,  
53 com padrões diferenciados pelas várias regiões do Brasil, há um predomínio das doenças crônicas  
54 decorrentes do envelhecimento populacional, embora nos vejamos, também, com uma alta carga de  
55 doenças provocadas por violência e acidentes e, ainda, pelas doenças infecciosas (estas, no último  
56 ano, deverão ter um peso grande nas estatísticas por causa da pandemia de Coronavírus).

57 Esse padrão demográfico exige outras formas de cuidar que implicam maiores gastos por parte dos  
58 sistemas de saúde, particularmente no Brasil, onde 7 de cada 10 pessoas dependem exclusivamente  
59 do SUS para os seus cuidados individuais de saúde. E, mesmo aqueles que têm seguros e  
60 convênios privados, dependem do SUS para outros cuidados coletivos, tais como a vigilância  
61 sanitária, vacinação etc. Ou ainda, buscam o SUS para cuidados individuais não cobertos pelos  
62 sistemas privados, para aquisição de medicamentos e de exames mais caros. Não por acaso as  
63 prestações de contas da Secretaria de Saúde mostram um importante descolamento dos recursos da  
64 Secretaria de Saúde dos valores da inflação ao longo das últimas décadas.

65 Os avanços do SUS, desde a sua implantação há 32 anos, são consideráveis. São exemplos a  
66 redução significativa da mortalidade infantil, da mortalidade materna, das doenças  
67 infectocontagiosas, da doença cárie, entre outras.

68 As mudanças estruturais que promoveram tais avanços são muito significativos: um dos melhores  
69 programas de cuidados de pacientes portadores de AIDS, a implantação dos cuidados em saúde  
70 mental de base comunitária, tratando pacientes em liberdade, um dos maiores e melhores programas  
71 de imunização do mundo, uma ampliação grande dos cuidados em saúde bucal, uma grande  
72 expansão da estratégia da saúde da família, entre outros.

73 De outro lado, muito tem deixado a desejar em outras áreas, exigindo avanços imediatos: ainda é  
74 muito grande a dificuldade de acesso a serviços de atenção primária, mas principalmente a serviços  
75 secundários e hospitalares. É uma queixa ainda comum a falta de humanização dos serviços  
76 (vínculos frouxos com as equipes de referência, pouca participação dos pacientes nos seus projetos  
77 terapêuticos, as barreiras culturais e geográficas ao acesso, a burocratização dos serviços, entre  
78 outros). A eficiência e efetividade é baixa, segundo vários pesquisadores de economia em saúde. A  
79 integração em redes regionais é quase nula. A coordenação do cuidado e ordenação das redes, por  
80 parte da atenção primária, nas grandes cidades é falha ou inexistente. Há um déficit democrático  
81 importante, com pouca participação e efetiva de trabalhadores e usuários, na gestão e avaliação das  
82 políticas de saúde. Há uma ampliação descabida de terceirizações de serviços assistenciais, da  
83 gestão privada de serviços públicos, de contratações precárias de profissionais de saúde, entre  
84 outros problemas.

85 São várias as explicações para tais déficits, mas o principal deles é, sem dúvida, o subfinanciamento  
86 e, nos últimos anos, o desfinanciamento do SUS nacional com repercussões nos sistemas  
87 subnacionais, estaduais e municipais.

88 Há, ainda, problemas na gestão do SUS, que incluem déficit na formação de pessoal, déficit de  
89 formação para gerenciamento, administração e avaliação de serviços, escolhas para cargos e

90 funções sem critérios técnicos, os espaços de gestão regional são pouco valorizados ou inexistentes,  
91 a participação de trabalhadores e usuários, quando existe, é burocratizada, pouco valorizada e  
92 instrumental.

93 Esse retrato se repete, em grande medida, na cidade de Campinas.

94 Vivemos numa cidade de aproximadamente 1.200.000 habitantes, com um índice de envelhecimento  
95 (relação entre o número de indivíduos com mais de 60 anos e os com menos de 15 anos) de 90,71,  
96 em 2020, segundo a Fundação Seade. Esse valor quase quintuplicou em 4 décadas (era de 20 em  
97 1980). Traduzindo para o nosso cotidiano, significa que ocorreu um grande envelhecimento da nossa  
98 população em tempo muito rápido, o que nos tornou o que pode ser considerada uma cidade de  
99 população idosa, comparável a vários países europeus e com média de idade bem superior à do  
100 Brasil. São quase 190 mil pessoas com 60 anos ou mais para um grupo de jovens com menos de 15  
101 anos de aproximadamente 205 mil pessoas.

102 Essa mudança demográfica de tamanha intensidade e num tempo curto traz inúmeras implicações,  
103 para a economia, para as relações intergeracionais, para mudanças culturais, mas sobretudo para a  
104 Saúde.

105 Junto com ela sobreveio uma mudança no padrão de mortalidade e de adoecimento da população.  
106 Se na década de 80 predominavam as mortes infantis e em adultos ainda jovens, cujas principais  
107 causas eram as doenças infecciosas e as mortes por causas externas (acidentes, violência etc.),  
108 hoje predominam a mortes em pessoas mais idosas, particularmente por doenças crônicas, tais  
109 como os cânceres e a doenças cardíacas, embora ainda tenhamos como um problema importante as  
110 violências.

111 Esse padrão de adoecimento, com predomínio das doenças crônicas, implica diretamente nos  
112 sistema de saúde municipal: aumenta-se a demanda para idosos nos serviços de saúde, que exigem  
113 um outro padrão de cuidados, mais intensivo, mais caro e mais dependente de tecnologias  
114 relacionais (maior necessidade de vínculo, mais que cuidadores, mas protetores da vida, das  
115 relações familiares e das inter-relações sociais) e de tecnologias hospitalares e de serviços  
116 secundários, tais como os Centros de Reabilitação, Serviços de Atenção Domiciliar, Centros de  
117 Idosos, Instituições de Longa permanência, entre outros.

118 É uma cidade que pode ser considerada rica quando comparada com outras do mesmo porte: é o  
119 11º PIB mais alto do país, à frente de 18 capitais como Recife (PE), Goiânia (GO), Belém (PA) e  
120 Florianópolis (SC). Além disso, Campinas é a segunda cidade que não é capital com o maior PIB do  
121 país - perde somente para Osasco. Entretanto, há distribuição inadequada de renda, com 30,2% das  
122 pessoas (aproximadamente 360 mil pessoas) vivendo em domicílios com rendimentos mensais de  
123 até meio salário-mínimo por pessoa, o que nos colocava no 394º lugar de 645 dentre as cidades do  
124 estado e na posição 4.635 de 5.570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2017). São pessoas de alta  
125 vulnerabilidade social, vivendo em territórios e comunidades pobres, com déficits de moradia e  
126 precárias condições de urbanização. Concentram-se principalmente nas regiões do Ouro Verde,  
127 Campo Grande, entorno do aeroporto de Viracopos e alguns núcleos na região dos Amaraís e em  
128 alguns territórios específicos nos distritos da cidade.

129 A análise das prestações de contas, do último plano plurianual, dos relatórios de gestão da  
130 Secretaria de Saúde demonstra que o modelo de gestão e assistencial da Secretaria, como de resto  
131 do SUS no país, não deu conta de acompanhar as mudanças demográficas, epidemiológicas e agir  
132 sobre essas populações mais vulneráveis, reduzindo as iniquidades. Embora tenha havido  
133 progressos consistentes em alguns indicadores – houve redução importante da mortalidade infantil  
134 nas últimas décadas, bem como da mortalidade materna – a grande maioria das metas do seu último  
135 plano plurianual não foram alcançadas.

136 Embora hoje não haja serviços municipais entregues à Organizações Sociais e assemelhados, há  
137 inúmeros serviços terceirizados nas áreas de serviços especializados e de atenção hospitalar,  
138 particularmente no Ouro Verde. São aproximadamente 19 empresas fazendo assistência,  
139 fragmentando-a e reduzindo as possibilidades de uma atenção multidisciplinar, integrada em rede e  
140 com projetos terapêuticos que incluam o próprio usuário.

141 A rede básica, os serviços especializados, prontos-socorros, UPAs e hospitais nunca tiveram seus  
142 serviços com o número adequado de servidores, dificultando o acesso e ampliando tempos de  
143 espera para o atendimento.

144 A cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica sempre ficou abaixo das metas  
145 estimadas, fechando o ano de 2019 com apenas 36,63% de cobertura. Houve melhora no ano de  
146 2020, mas ainda assim o RDQA do 2º quadrimestre daquele ano mostrava uma cobertura de  
147 59,88%, abaixo, portanto, do desejável.

148 A cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica é ainda pior, chegando no 2º  
149 quadrimestre de 2020 apenas com 25,8% de cobertura.

150 Como consequência da pouca expansão dos serviços de atenção primária e de serviços  
151 secundários, indicadores de cobertura de citologia oncológica, mamografia, razão de procedimentos  
152 ambulatoriais de média complexidade e alta complexidade, entre outros, nunca foram alcançados.

153 O percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida, bem como as crianças  
154 cadastradas no Bolsa Família acompanhadas na rede são indicadores abaixo da meta. Entretanto  
155 houve uma importante redução da mortalidade infantil ao longo dos anos, de tal modo que em 2019  
156 tivemos o menor valor da série histórica, com 7,54 óbitos por mil nascidos vivos.

157 Há, ainda, resultados expressivos na área da saúde da mulher com uma alta proporção de nascidos  
158 vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, redução da proporção de gestantes  
159 adolescentes, entre outros. Infelizmente outro indicador importante, a proporção de partos normais, é  
160 muito ruim, com apenas 39,53% dos partos desse tipo.

161 A realização dessas plenárias é um momento importante em que usuários, trabalhadores, gestores e  
162 prestadores de serviço podem apresentar suas expectativas e explicitar as melhores metas e formas  
163 de alcançá-las.

164

### 165 **3. Sistematização das deliberações da 11ª. Conferência** 166 **Municipal - Âmbito Municipal**

167

#### 168 **3.1) Eixo 1 - Saúde como Direito.**

169

##### 170 **Diretriz 1 – Acesso aos Serviços**

171 Garantir a melhoria e qualidade do acesso à saúde disposto na Constituição Federal de 1988, em  
172 tempo oportuno, através do fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, aprimorando a política de  
173 Atenção Primária, Especializada, Ambulatorial e Hospitalar, no âmbito do SUS.

174

##### 175 **Objetivo 1**

176 Ampliar e facilitar o acesso da população a serviços de saúde de qualidade, fortalecendo e  
177 implementando a Política Nacional Atenção Básica (PNAB) no município de Campinas através da  
178 estratégia de saúde da família e com apoio matricial dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família  
179 (NASF) e de outros serviços, como os de especialidades médicas e saúde mental. Além dos serviços

180 assistenciais, cabe à atenção básica a atuação territorial e comunitária para a prevenção de  
181 doenças, promoção da saúde com participação intersetorial de outros atores e instituições de base  
182 territorial. Cabe ainda à atenção básica ser a coordenadora do cuidado de cada um dos seus  
183 usuários e ordenadora da rede de atenção, como centro comunicacional das ações e fluxos dos  
184 usuários entre os pontos de atenção da rede de cuidados.

<b>Metas</b>
1. Ampliar a cobertura de atenção primária para 80%, com equipes completas, atingindo 100% de cobertura nas regiões de alta vulnerabilidade ainda em 2022.
2. Ampliar a cobertura das equipes de saúde bucal para 80%, com equipes completas, anos, alcançando 50% em 2022.
3. Garantir um número adequado de unidades básicas de saúde de tal modo a comportar no máximo 4 equipes em cada um deles.
4. Ampliar o número de centros de saúde na cidade, reduzindo os vazios assistenciais, priorizando as regiões mais vulneráveis e o centro de cidade, permitindo a distribuição das equipes de saúde da família para o mais próximo das populações usuárias.
5. Ampliar o número de NASF de acordo com as metas já traçadas pela Secretaria de Saúde, ampliando-os para todas as equipes de saúde da família.
6. Estimular e capacitar os profissionais de saúde para outras práticas de matriciamento e apoio às equipes de saúde da família

185

## 186 **Objetivo 2**

187 Promover a mais ampla acessibilidade às pessoas com deficiência física, visual, intelectual, auditiva  
188 (inclusive pessoas surdas) de tal modo que lhes sejam permitidas participar das conferências,  
189 reuniões dos conselhos e outras. Que sejam alcançadas pelas campanhas de prevenção e  
190 promoção de saúde (IST/AIDS, dengue, câncer/outubro rosa, febre amarela, etc) e que possam ser  
191 adequadamente atendidas em todos os serviços de saúde.

<b>Metas</b>
1. Capacitar profissionais de saúde em linguagem de libras de tal modo que todas as unidades tenham pelo menos um profissional capacitado.
2. Garantir acessibilidade a deficientes físicos em todos os serviços de saúde, adequando-os quando necessário.
3. Garantir intérpretes de libras em atividades coletivas realizadas pela Secretaria de Saúde sempre que necessário.
4. Garantir outras formas de comunicação acessível a pessoas com deficiência visual.

192

## 193 **Diretriz 2 - Assistencial**

194 Garantir a atenção integral à saúde da criança, da mulher, do homem, da pessoa com deficiência, da  
195 pessoa idosa e das pessoas com doenças crônicas, raras e negligenciadas, e às áreas e populações  
196 em situação de maior vulnerabilidade social, população com deficiência, especialmente a população  
197 em situação de rua, população negra, quilombolas, LGBT, ciganos e população em privação de  
198 liberdade, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção,  
199 prevenção e reabilitação, com a garantia de acesso a todas as estratégias de cuidado e tratamento  
200 disponíveis no SUS.

201 **Objetivo 3**

202 Romper com a fragmentação das políticas sociais públicas por meio de estratégias que favoreçam o  
203 trabalho integrado e intersetorial, na superação das necessidades da população, fomentando  
204 práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças nos territórios, priorizando as populações  
205 mais vulneráveis e os grupos marginalizados socialmente (população LGBTQIA+, mulheres, negros,  
206 portadores de condições especiais, idosos, entre outros)

Metas
1. Ampliar o número de práticas integrativas em todas as unidades de saúde.
2. Implantar políticas públicas, ações e atividades para os grupos marginalizados socialmente com a participação dos seus representantes em todos os serviços de saúde.
3. Ampliar e consolidar políticas intersetoriais nos territórios de cobertura da atenção primária, garantindo espaços de convivência, cultura, esportes e lazer, priorizando os mais vulneráveis.
4. Estimular e capacitar profissionais de saúde para as práticas de promoção da saúde de base territorial e comunitária, bem como para práticas intersetoriais.
5. Implantar atividades e ações de estímulo à atividade física em todos os Centros de Saúde.
6. Implantar uma Academia da Saúde em cada Distrito de Saúde.

207

208 **Objetivo 4**

209 Garantir o direito de atendimento em tempo oportuno, assim como garantir acesso a toda tecnologia  
210 de saúde já disponível, em busca da equidade, de toda a população (crianças e adolescentes,  
211 mulheres, homens, pessoas idosas, trabalhadores e trabalhadoras, pessoas com sofrimento mental,  
212 população negra, indígena, lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e intersexos, pessoas  
213 com deficiências, pessoas vítimas de violência, pessoas em situação de rua, populações  
214 negligenciadas, populações de ocupações, acampamentos, assentamentos e refugiados)

Metas
1. Ampliar os serviços substitutivos em Saúde Mental (CAPS, CECOs, Serviços de Geração de Renda, Residências Terapêuticas e Consultório na Rua) de acordo com as necessidades do SUS local através de contratação por concursos públicos.
2. Criar casas de parto baseadas nos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH).
3. Ampliar a acessibilidade com adequação dos serviços às pessoas com deficiências e/ou mobilidade reduzida, adequação de recursos humanos (intérprete de Linguagem Brasileira de Sinais - LIBRAS, LIBRAS-tátil) contratados através de concurso público.
4. Garantir o direito ao transporte público gratuito a todas as pessoas que apresentam alguma deficiência (física, mental ou intelectual) que dificultam ou impossibilitam a utilização do transporte público convencional.
5. Fortalecer a atenção à saúde e o Centro de Referência da população LGBTQIA+ garantindo a contratação de profissionais capacitados e os recursos necessários para esse fim.
7. Garantir ações de educação de trabalhadoras e trabalhadores da saúde, bem como um processo permanente de comunicação/informação sobre todos os direitos dessa população, como uso do nome social.
8. Criar, manter e fortalecer as redes de atenção às vítimas de violência urbana, familiar, doméstica e demais tipos de violência, contra a discriminação (racismo, xenofobia, LGBTIfobia, violência de gênero, em especial o feminicídio, violência contra crianças e idosos e intolerância religiosa).
9. Implementar e fortalecer a política de Saúde da População Negra com o fortalecimento do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, ampliando a capacitação e qualificação das equipes de saúde sobre atenção e acolhimento desta população.

215

216 **Diretriz 3: Vigilância em Saúde**

217 Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância,  
218 promoção e proteção, integrando as áreas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância  
219 ambiental e saúde do trabalhador.

220

221 **Objetivo 5**

222 Promover, consolidar e ampliar os processos de vigilância em saúde, integrando áreas tais como as  
223 de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental entre outras, capazes de avaliar, monitorar e intervir  
224 em atividades ou espaços de riscos à saúde individual e coletiva. Fomentar as ações de promoção  
225 de saúde prevenção de doenças e controle de agravos que coloquem em risco as comunidades,  
226 territórios e ambientes de trabalho. Fomentar ações e atividades descentralizadas com inserção das  
227 ações de vigilância em saúde em toda a rede de atenção, particularmente na atenção primária,  
228 considerando para isso a relação custo-benefício e as de incorporação tecnológica e as prioridades  
229 do planejamento municipal e distrital.

Metas
1. Consolidar a vigilância em saúde de Campinas, garantindo profissionais em número adequado de acordo com dimensionamento feito com a participação de trabalhadores, técnicos e o controle social.
2. Consolidar a vigilância em saúde de Campinas com a incorporação e modernização tecnológica necessária à produção, com eficácia e efetividade, as ações necessárias ao bom desempenho das áreas.
3. Monitorar e investigar as epidemias, pandemias e surtos de doenças transmissíveis e outras emergências em saúde pública, tais como danos ambientais e riscos em ambientes de trabalho.

230

231 **2) Eixo 2 - Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)**

232

233 **Diretriz 4: Gestão Democrática e Controle Social**

234 Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde,  
235 promovendo de forma democrática a participação do Controle Social, no intuito de qualificar os  
236 instrumentos de gestão, fortalecendo e ampliando as políticas de atenção integral à saúde, visando a  
237 garantia e ampliação do acesso às ações e serviços de saúde, às Redes de Atenção e à Política  
238 Nacional de Humanização, de forma a concretizar os princípios da equidade, universalidade,  
239 integralidade, transparência e participação popular nos diversos níveis de atenção.

240

241 **Objetivo 6**

242 Consolidar os Distritos de Saúde como unidade de formulação, planejamento e gestão de uma rede  
243 integrada de serviços em de um dado território, com o máximo de suficiência, considerando os  
244 ganhos de efetividade e de eficiência e a relação custo-benefício como fios condutores do processo  
245 de descentralização; com isso reconhece a existência de sub territórios (os distritos sanitários) com  
246 certo grau de homogeneidade e cujas realidades sócio-cultural-demográfica e epidemiológica os  
247 diferenciam uns dos outros; os serviços, ações e atividades se articulam em redes integradas e  
248 comunicacionais, tendo a atenção primária à saúde como dispositivo central para a ordenação do  
249 sistema e coordenação do cuidado; a participação da população na formulação, planejamento,

7

250  
251

implementação, avaliação e monitoramento das políticas de saúde desse território se dão através dos Conselhos Locais de cada serviço e do Conselho Distrital.

<b>Metas</b>
1. Implementar no mínimo um serviço de Atenção domiciliar por Distrito de Saúde, considerando as necessidade e tamanho da sua população e suas vulnerabilidades.
2. Implementar pelo menos um Caps AD, um CAPS III e um CECO por Distrito, considerando as necessidades, vulnerabilidades e tamanho da sua população.
3. Descentralizar serviços de atenção especializadas para os distritos, ampliando a sua autonomia no cuidado dos pacientes e colocando os serviços mais próximos dos cidadãos.
4. Garantir um Centro de Referência em Reabilitação (CRR) em cada distrito.
5. Garantir um Centro Especialidades Odontológicas (CEO) por distrito.
6. Implementar pelo menos um Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPS IJ), considerando as dimensões territoriais, vulnerabilidades e população distrital.
7. Garantir Oficinas de Geração de Renda e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) de acordo com número de equipes de saúde da família (eSF), número de população e vulnerabilidade.
8. Garantir um serviço de urgência e emergência por distrito.
9. Fortalecer a atenção primária, ampliando serviços e com manutenção e recomposição das equipes ampliadas hoje existentes (com pediatras, ginecologistas e saúde mental), possibilitando novos desenhos e/ ou revisão apenas mediante processo democrático, com a participação de gestores, trabalhadores e usuários.
10. Ampliar o cuidado em domicílio a pacientes que exijam baixa complexidade tecnológica de cuidados garantindo transporte, insumos e recursos humanos às UBS para que as ESF possam fazer esse atendimento.
11. Ampliar a capacidade de cuidar de todos os serviços dos Distritos (unidades básicas, serviços de saúde mental, NASFs, serviços ambulatoriais de atenção secundária, serviços de urgência e emergência, hospitais onde houver, entre outros), garantindo as equipes mínimas, equipamentos e melhorando as suas estruturas físicas quando necessário.
12. Fortalecer a política de saúde da população idosa, ampliando o número de Centros de Referências do Idoso em cada distrito de saúde, considerando as necessidades, a facilitação de acesso na AB, diversidades de cada território, com capacitação dos profissionais, entre outras ações.
13. Retomar o funcionamento da Botica da Família.
14. Garantir órteses e próteses a todos que necessitarem.
15. Garantir o acesso imediato em todas as unidades de saúde do município aos medicamentos padronizados.
16. Consolidar a política de Saúde do Homem, incentivando a participação, facilitando o acesso levando ações/atendimentos ao local de trabalho e fazendo campanhas de incentivo ao cuidado.
17. Completar as equipes dos serviços de especialidades, centros de referência e outros serviços especializados de acordo com dimensionamento da Secretaria realizado com participação dos



Conselhos Locais de cada um deles.

18. Completar as equipes dos serviços de pronto atendimento (UPAs e Pronto-socorros) de acordo com dimensionamento da Secretaria de Saúde realizado com a participação dos Conselhos Locais de cada um deles.

252

253

### Objetivo 7

254

255

256

Consolidar a gestão democrática e participativa através do controle social representado pelos conselhos locais, distritais e municipal de saúde, garantindo-lhes as condições mínimas para uma atuação autônoma e competente, consoantes as leis e regulamentações do SUS.

#### Metas

1. Garantir pessoal administrativo para os conselhos, particularmente o conselho municipal, de acordo com dimensionamento realizado com a participação dos conselheiros.
2. Garantir infraestrutura mínima para o bom funcionamento dos Conselhos.
3. Garantir apoio especializado de técnicos autônomos em relação à gestão para facilitar a fiscalização, monitoramento e divulgação de dados.
4. Implantar Conselhos Locais de Saúde e ou comissões de acompanhamento em todos os serviços próprios e contratados que prestam serviços ao SUS local.

257

258

### Diretriz 5: SUS Formador e Gestor do Trabalho em Saúde

259

260

261

262

263

Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras e sua progressão funcional, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho.

264

### Objetivo 8

265

266

267

268

269

270

271

Promover a valorização dos servidores, ampliando sua capacidade de cuidar, bem como ampliando os cuidados dos próprios trabalhadores da saúde. Avançar no processo de Educação Permanente para todas as categorias profissionais da saúde, com os objetivos de sensibilizar para o atendimento com equidade e integralidade, combater o preconceito, a discriminação e o racismo institucional, promover a inclusão no SUS e na sociedade das populações e grupos populacionais mais vulneráveis (pessoas com sofrimento mental, população negra, população LGBTQIA+, pessoas com deficiência, em situação de rua, submetidas à violência e populações negligenciadas).

#### Metas

1. Ampliar os serviços já existentes de cuidado aos trabalhadores, tais como o Cuidando do Cuidador e Serviço Médico da Secretaria Municipal de Recursos Humanos, com atuação articulada entre ambos na promoção e defesa da saúde e segurança dos trabalhadores.
2. Garantir educação continuada e educação permanente aos trabalhadores, melhorando suas capacidades de atenção para buscar em cada serviço e em cada um o cumprimento dessa diretriz, sob orientação do CETS.

272

273 **Objetivo 9**

274 Melhorar e consolidar a gestão da força de trabalho através de processos de educação permanente  
275 em saúde, educação continuada, melhoria e modernização dos processos de gestão de pessoal.

**Metas**

1. Manter processos permanentes de capacitação de pessoal para aquisição de habilidades que contribuam para o crescimento próprio e melhorem as capacidades para o cuidado, sob orientação do CETS.

276

277 **Objetivo 10**

278 Garantir a profissionalização da gestão do SUS local através de processos de escolha de gestores  
279 por capacidade técnica, bem como promover a aquisição de habilidades gerenciais e administrativas  
280 por processos de capacitação continuada e educação permanente.

**Metas**

1. Manter processos permanentes de capacitação de pessoal para aquisição de habilidades gerenciais e administrativas, sob orientação do CETS.
2. Garantir processos de ocupação de cargos gerenciais por mérito e competência técnica.

281

282 **Objetivo 11**

283 Melhorar e consolidar o SUS como espaço de capacitação de estudantes das várias profissões da  
284 saúde, de tal modo a contribuir com futuros profissionais comprometidos com as reais necessidades  
285 de saúde dos brasileiros. Construir, com universidades, faculdades e escolas de saúde, redes de  
286 aprendizado e capacitações profissionais, articulando ensino e serviço sob a coordenação do CETS.

**Metas**

1. Firmar termos de cooperação técnica com as instituições de ensino, sob coordenação do CETS, mantendo padrões de compromissos que respeitem o modelo assistencial e de gestão do SUS local.

287

288 **3) Eixo 3 - Gestão e Financiamento adequado e suficiente para o SUS**

289

290 **Diretriz 6: Fortalecimento da Gestão Pública e Financiamento suficiente e sustentado**

291 Garantir o financiamento adequado e suficiente das ações e dos serviços de saúde, de modo a  
292 enfrentar o subfinanciamento das esferas federal e estadual, investindo todo o orçamento da saúde  
293 em prol da consolidação do SUS universal e de qualidade, melhorando o padrão do gasto,  
294 qualificando os instrumentos de execução direta e de contratualização de serviços públicos com a  
295 devida fiscalização, gerando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS, ratificando a  
296 Seguridade Social como direito universal e permanente para a(o)s usuária(o)s.

297

298 **Objetivo 12**

299 O Conselho Municipal de Saúde, consoante com as deliberações da 11ª. Conferência, se coloca  
300 contrário a todas formas de privatização do SUS local, em especial a entrega da gestão dos

301 equipamentos e serviços públicos de saúde entidades privadas, sejam elas Organizações Sociais  
302 (OS), Organização da Sociedade Civil (OSC), Organização não Governamental (ONG), Organização  
303 da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Fundações Públicas ou outras congêneres.  
304 Coloca-se contrário à existência da autarquia Rede Mário Gatti por estar diretamente vinculada ao  
305 gabinete do prefeito, constituindo-se num duplo comando da Saúde no município. Propõe fortalecer  
306 os serviços próprios em detrimento da contratação de serviços terceirizados/privados e abolir  
307 qualquer forma de privatização dos serviços de saúde municipal.

**Metas**

1. Revogar a Lei Complementar 101/2015 ou Lei das Organizações Sociais.
2. Incorporar os hospitais públicos (Mário Gatti e CHOV), Serviços de Urgência e outros da Rede Mário Gatti à Secretaria de Saúde, revogando a lei de sua criação.

308

309 **Objetivo 13**

310 Garantir que o financiamento do SUS Campinas seja compatível com as necessidades de saúde da  
311 população, permitindo investimentos suficientes à consolidação do SUS municipal, com acesso  
312 facilitado a todos os serviços, ações de saúde e tecnologias necessários ao cuidado de qualidade.

**Metas**

1. Garantir que o financiamento do SUS Campinas acompanhe o crescimento da arrecadação municipal mantendo um padrão de gastos em torno de 30% do orçamento municipal.

313

314 **Objetivo 14**

315 Garantir processos facilitados para compras, investimentos e contratação de pessoal, construídos em  
316 tempo oportuno e de acordo com os parâmetros de necessidades que levem conta as necessidades  
317 assistenciais e o planejamento participativo de expansão de serviços, ações e atividades de saúde.

1. Garantir que os recursos planejados e destinados para a aquisição de insumos e medicamentos sejam de fato executados em tempo hábil.
2. Realizar frequentes concursos públicos de forma a manter o quadro de pessoal adequado ao dimensionamento preconizado pelo modelo assistencial e pela necessidade expansão dos serviços.
3. Dimensionar pessoal para os vários serviços da Secretaria de Saúde e Rede Mário Gatti segundo critérios técnicos, instrumentos legais e participação de usuários e trabalhadores.

318

319 **Objetivo 15**

320 Avançar na distritalização sanitária conferindo infraestrutura administrativa, com equipe de  
321 manutenção predial por distrito de saúde e autonomia de gestão compatível com suas  
322 responsabilidades sanitárias para se tornarem gradualmente redes territoriais (com atenção primária,  
323 secundária, rede de saúde mental, etc), com controle social efetivo, possibilitando ao gestor local um  
324 olhar qualificado para a gestão do cuidado das pessoas.

**Metas**

1. Implementar descentralização administrativa para os distritos com criação de setores para administração de pessoal, manutenção e outras atividades burocráticas e de apoio técnico

próprias.

2. Implementar a descentralização de recurso financeiro para todas as unidades de saúde próprias com periodicidade regular e critérios transparentes de uso, bem como sob fiscalização do controle social.
3. Regulamentar a verba proveniente do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) para que as equipes possam gerenciar seus projetos e não utilizá-la para compra de materiais e insumos que a SMS tenha que dar conta.

325 **4) Eixo 4 – COVID-19 - prevenção, vigilância, tratamento, cuidado de**  
326 **sequelas e vacinação**

327 Vivemos, há um ano, a pior crise sanitária dos últimos 100 anos, com consequências políticas,  
328 econômicas e sociais.

329 Embora seja um problema nacional, as formas como se manifesta em cada estado, município ou  
330 mesmo microterritórios nos grandes municípios são diferentes e afetam as várias classes  
331 socioeconômicas de maneiras diversas, exigindo dos governos formas de agir e planos que  
332 considerem essas distintas manifestações.

333 As ações e atividades a serem implementadas, embora coordenadas e orientadas, principalmente,  
334 mas não exclusivamente, pelas evidências científicas do campo sanitário, não podem se restringir a  
335 esse campo e exigem medidas nos campos social, econômico, cultural, pelo menos. Embora pareça  
336 lugar comum, é importante frisar a necessidade da integração das várias políticas públicas, em ações  
337 intersetoriais nos diferentes territórios, orientadas pelas suas características e singularidades.  
338 Consideramos importante a priorização das populações mais vulneráveis e aquelas que vivem em  
339 territórios onde predominam as habitações subnormais e condições sociais e ambientais precárias.  
340 São regiões de conhecimento de todos os Centros de Saúde e sobre as quais a atenção primária,  
341 com seus serviços amplamente espalhados pela cidade, podem ter ações importantes no  
342 contingenciamento da pandemia.

343 O número de casos, as necessidades de internações em leitos gerais e em leitos de UTI exigem  
344 também uma participação robusta do sistema hospitalar municipal e dos serviços de urgência e  
345 emergência, públicos e privados, articulados e coordenados pela Secretaria Municipal de Saúde, em  
346 um sistema solidário que concorra para salvar vidas e preservar a saúde de todos os nossos  
347 cidadãos, independente da sua condição socioeconômica e de ser ou não detentor de um plano de  
348 saúde.

349 Vivemos um momento de descontrole da pandemia em todo o país, inclusive no nosso município,  
350 com praticamente 100% dos leitos ocupados, com pessoas aguardando por internações e o número  
351 de casos e de óbitos crescendo de forma geométrica.

352 Corremos o sério risco de falta de medicamentos e de oxigênio como já tem ocorrido em outras  
353 partes do país. Os profissionais de saúde estão esgotados, em estafa e em intenso sofrimento  
354 mental conforme inúmeros relatos e, mesmo, pesquisas acadêmicas. Some-se a isso que a  
355 estratégia de correr atrás da abertura de novos leitos esbarra na falta de profissionais habilitados no  
356 mercado, todos de alguma maneira já envolvidos no combate à doença.

357 Esse momento exige medidas restritivas de circulação de pessoas por um período adequado para  
358 reduzir o número de internações e de casos, idealmente em todo o país. Deveria ser coordenado por  
359 um ministério da saúde, que infelizmente não tem tomado essa liderança, que, pelo contrário, tem

360 tomado medidas que não só não impedem a progressão da pandemia, mas ainda contribuem para o  
361 seu avanço descontrolado.

362 Este documento é uma análise da situação em março de 2021. A dinâmica da pandemia é tal, com  
363 mudanças tão rápidas, que durante a realização das plenárias poderemos estar diante de outra  
364 realidade. De qualquer modo, considerando que não há solução de curto prazo e não sabemos  
365 quanto tempo teremos que conviver com a situação, propomos algumas diretrizes e objetivos  
366 necessários por um tempo em que teremos que conviver com essa situação

367

### 368 **Diretriz 7**

369 Adotar estratégias, implementar ações e intensificar **testagem confiável** em todos os níveis de  
370 atenção do sistema de saúde para contenção e ou mitigação da pandemia de Coronavírus na cidade,  
371 com base nos princípios da equidade, integralidade e universalidade, para reduzir a propagação do  
372 vírus, a sobrecarga do sistema de saúde, o sofrimento e a morte de pessoas, com a adequada  
373 proteção dos trabalhadores, **humanização**, com colaboração intersetorial e participação da  
374 sociedade, em particular do controle social **estabelecido em lei**.

375 **Clemark**: linha 369: incluído no texto acima e linha 70: retirado.

376 **Bia**: linha 371: proposta de inclusão no texto acima.

377 **Fundamental** tenhamos equidade, integralidade, universalidade, Sistema Único Saúde (SUS),  
378 garantia da redução da propagação do vírus, **humanização** no sistema de saúde (SUS), vigilância  
379 sanitária e trabalho controle social **estabelecido lei**. SUS.

380

### 381 **Objetivo 16**

382 Disponibilizar à sociedade civil **com equidade** e, particularmente ao controle social, dados e  
383 informações acuradas, no mais breve espaço de tempo possível, **com formas de comunicação** de  
384 fácil compreensão, capazes de orientar tomadas de decisão individual e coletiva de tal modo a se  
385 proteger da doença e proteger as comunidades.

386 **Bia**: linha 378: proposta de inclusão no texto acima.

387 **A Equidade** é um dos princípios que norteiam e estimulam prover condições, para cuidado co.  
388 **Serviços** Atenção básica, Primária, possam criar **Formas de comunicação**, organizando população  
389 à sua área de abrangência.

#### **Metas**

1. Manter os boletins diários por parte da Secretaria de Saúde com dados e informações necessários e possíveis nesse tipo de veículo informativo

2. Manter os boletins semanais, por parte da Secretaria de Saúde, com dados e informações necessários e possíveis para esse tipo de veículo e essa periodicidade

3. Ampliar as formas de comunicação com a população, utilizando de vários meios, **de maneira acessível**, tais como a imprensa escrita, televisada, rádios comunitárias, entre outros

**Deka**

4. Estimular e prover condições para que os serviços de saúde da atenção primária possam “inventar” formas criativas de comunicação com a população de sua área de abrangência

**Roberto e Bia**: Estimular e proporcionar condições para que os serviços de saúde da atenção primária ampliem e diversifiquem a comunicação com a população de forma criativa, de tal modo a atingir todas as faixas etárias.

5. Pautar no Conselho Municipal de Saúde discussões e informações sobre o estado da pandemia

e ações tomadas pela Secretaria Municipal de Saúde para a sua contenção.

390 Carminha:

391 6. Tornar público a performance das estratégias de isolamento e monitoramento de contatos (de  
392 acordo com o “Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde – versão 3 de  
393 15/03/2021”) para acompanhamento do número de pessoas diagnosticadas e orientadas a fazer  
394 isolamento.

395

396 **Objetivo 17**

397 Consolidar a atenção primária como espaço importante e prioritário na contenção da pandemia do  
398 Coronavírus.

### Metas

1. Fortalecer as equipes de atenção primária à saúde, mantendo-as completas em adscrição adequada à sua área de abrangência, sendo porta de entrada em todas as ocorrências, principalmente no contexto da pandemia. Neide

Neide: proposta de inclusão no texto acima

A necessidade se ter as equipes devem estar em todos os momentos completos, pois a Atenção Primária é a **porta de entrada em todas as ocorrências** e principalmente para poder atender **principalmente no contexto** atual em uma **pandemia**

2. Contratar por tempo determinado pessoal para atenção primária, reforçando as equipes, permitindo rodízio de pessoal e jornadas flexíveis, reduzindo a sobrecarga e o adoecimento mental dos trabalhadores

Roberto e Silene:

Contratar ~~por tempo determinado~~ pessoal de forma ágil e simplificada para atenção primária, reforçando as equipes, permitindo rodízio de pessoal e ~~jornadas flexíveis~~, reduzindo a sobrecarga e o adoecimento mental dos trabalhadores

3. Manter processos de discussão permanente com as equipes através dos apoiadores institucionais, incorporando no planejamento das ações, o ponto de vista dos gestores locais, dos trabalhadores e usuários

4. Estimular e incentivar medidas de vigilância à saúde realizadas pelas equipes de atenção primária nos seus territórios, particularmente nas regiões de maior vulnerabilidade social

5. Estimular e incentivar medidas de prevenção das doenças nos territórios, particularmente voltadas aos mais vulneráveis, articulando lideranças locais, ONGs e outras instituições públicas ou não, de atuação de base territorial e comunitária

6. Manter e estimular o teleatendimento de pacientes, seja para orientações sobre a Covid e a pandemia, seja para melhorar o cuidado com pacientes crônicos Bia, Juliana

Bia e Juliana:

Manter e estimular o teleatendimento de pacientes, garantindo o monitoramento dos pacientes com COVID e ou suspeitos, a infraestrutura necessária para a implantação de um sistema de teleconsultas para a realização do atendimento remoto a pacientes pelas equipes de saúde da família, com rede de internet adequada e capacitação para os profissionais. O teleatendimento e a teleconsulta são complementares ao atendimento presencial para o adequado monitoramento da saúde do paciente, sendo utilizados de acordo com o processo de trabalho da Saúde da Família e os princípios do SUS.

399

400 **Objetivo 18**

401 Fortalecer os hospitais públicos e serviços de urgência e emergência, ampliando os leitos de  
402 internação geral e leitos de UTI ~~na medida do necessário~~ e mantendo pessoal capacitado e  
403 habilitado para o cuidado intensivo do paciente com covid-19 Deka

**Metas**

1. Fortalecer as equipes de atenção hospitalar e dos serviços de urgência e emergência, mantendo-as completas com pessoal Juliana

Garantir número de profissionais adequados de todas as categorias para os serviços de urgência/emergência e SAMU, além de ambulâncias suficientes para a remoção segura e em tempo hábil.

2. Contratar ~~por tempo determinado~~ pessoal, reforçando as equipes, permitindo rodízio de pessoal e jornada flexíveis, reduzindo a sobrecarga e o adoecimento mental Roberto

3. Manter processos de discussão permanente com as equipes, incorporando no planejamento das ações, o ponto de vista dos gestores locais e dos trabalhadores Marília

Retomar a interlocução entre a Atenção Primária e a Rede de Urgência e Emergência através de reuniões periódicas de um colegiado que inclua gestores dos distritos e dos serviços de U/E.

4. Buscar, ~~na medida do necessário~~, a ampliação de leitos de enfermaria, de suporte ventilatório pulmonar e de UTI para cuidados dos pacientes com Covid 19 Deka

5. Fazer pactuação regional para ocupação de leitos, ~~sempre que necessário~~, com fluxos regulados e coordenados. Carminha

6. Manter canais de negociação com o governo estadual e federal para garantir os recursos necessários ao financiamento adequado dos leitos já existentes e de novos leitos

404

**Objetivo 19**

405 Ampliar a Vigilância em Saúde e prover as condições para pesquisar, monitorar casos suspeitos,  
406 contactantes e contribuir para o isolamento social desses casos; prover condições adequadas para  
407 acelerar diagnósticos laboratoriais facilitando o controle e transmissão comunitária da covid-19;  
408 prover as condições para estratégias epidemiológicas em ações integradas com a atenção primária.  
409

1. Ampliar a realização de testes, realizando-os sempre que houver um suspeito de contaminação, garantindo o seu isolamento social.

Marinalva:

Ampliar a realização de testes, realizando-os sempre que houver um suspeito de contaminação, ~~garantindo~~ criando condições efetivas para viabilizar o ~~seu~~ isolamento social, como auxílio financeiro aos trabalhadores e políticas de fomento ao emprego, dentre outras iniciativas.

2. Ampliar a realização de testes em contactantes de suspeitos e contaminados, garantindo o seu isolamento social e respeitando técnicas e diretrizes do SUS.

Bia:

A realização de testes (suspeitos, contactantes), garantia do isolamento tratamento **respeitando técnicas, diretrizes do sistema único saúde (SUS)**.

3. Capacitar as equipes de saúde para atuação comunitária e territorial em ações articuladas com lideranças comunitárias, mobilizando forças sociais e ampliando a capacidade de comunicação com as populações usuárias

410 Gustavo

411 4. Monitorar a porcentagem de contactantes alcançados em até 48 horas após diagnóstico.

412

**Objetivo 20**

413

414 Desenvolver ações de proteção às comunidades e territórios mais vulneráveis, bem como de  
415 contenção e controle da transmissão comunitária da Pandemia, mediante identificação, isolamento  
416 de infectantes e o seu isolamento sempre que necessário, **seguindo as regras do Ministério da**  
417 **Saúde. Bia**

418 **Os hospitais com infectantes, faça isolamento **seguido de regras ministério saúde** (todo brasileiro**  
419 **ou não tenha direito atendimento médico e testes verificar vírus da Covid-19 previamente.**

**Metas**

1. Identificar pacientes que necessitem de isolamento e suas dificuldades para realizá-lo. **Silene**  
**Fornecer Máscaras aos usuários de forma rotineira.**
2. Comunicar aos órgãos competentes e de assistência social as necessidades dessas pessoas, de tal modo que haja apoio ao isolamento social, contribuindo na operacionalização desta rede de apoio

420

**Objetivo 21**

422 Proteger e cuidar da saúde dos trabalhadores da saúde

**Metas**

1. Garantir EPI em qualidade e quantidade **e reposição** adequadas para todos os trabalhadores segundo protocolos reconhecidos e recomendados pelos órgãos responsáveis **Luiz**
2. Promover frequentes capacitações e educação permanente para o melhor manejo dos pacientes, reduzindo as possibilidades de infecção no trabalho
3. Manter as equipes completas e ampliá-las **com contratações temporárias**, permitindo redução da carga de trabalho, protegendo a saúde física e mental dos trabalhadores da saúde **Carminha**

423 **Luiz:**424 **4. Formar grupos de apoio e ou oportunizar atendimento terapêutico aos profissionais do SUS**  
425 **Campinas.**426 **Marinalva:**427 **5. Prover cuidado de saúde mental aos trabalhadores que estão no atendimento direto com**  
428 **pacientes suspeitos ou confirmados do Covid-19, haja visto grande medo, incertezas, stress,**  
429 **trabalho exaustivo, a que são diariamente submetidos (medos de ficar doentes, de levar a doença**  
430 **para casa e adoecer entes queridos), mediante ações como definição de qual população deve ser**  
431 **atendida, supervisão de trabalhadores esgotados/estressados, realizar encontros, viabilizar folgas,**  
432 **técnicas de relaxamento.**

433

**Objetivo 22**

435 Consolidar ações e atividades para cuidar dos pacientes com Covid longa e ou com suas sequelas.

436 **Luiz e Juliana: Consolidar ações e ampliar atividades para cuidar dos pacientes com Covid longa e**  
437 **ou com suas sequelas, através da ampliação das equipes de saúde da família e NASF de acordo**  
438 **com o preconizado na PNAB, de forma a garantir o cuidado dos pacientes com sequelas de Covid-19**  
439 **e o encaminhamento adequado para os serviços especializados, garantindo também recursos de**  
440 **equipamentos a serem utilizados nos serviços de atenção primária e secundária.****Metas e objetivos**

1. Manter em atividade o grupo de trabalho para estudos, proposições e execução de atividades para cuidar dos pacientes com Covid longa e com sequelas
2. Capacitar as equipes de atenção primária para reconhecer, cuidar e encaminhar, quando



necessário, pacientes nessa situação

3. Capacitar equipes de ambulatórios, centros de referência e outras retaguardas necessárias ao cuidado desses pacientes

**Sandra: Estruturar e adequar os serviços e** capacitar as equipes de ambulatórios, centros de referência e outros serviços de retaguarda necessários ao cuidado destes pacientes, **de forma regionalizada nos territórios.**

441 **Luiz**

442 **4. Ampliar o atendimento em serviços próprios ou por meio de convênios para estes pacientes.**