

**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CLARO**  
**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO**

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DE RIO CLARO/ SP**  
**2010-2013**

**MARCO AURÉLIO MESTRINEL**  
Secretário Municipal de Saúde/  
Presidente da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro

**PALMÍNIO ALTIMARI FILHO**  
Prefeito Municipal de Rio Claro

**RIO CLARO – SP**  
**2010**

## **ELABORAÇÃO**

**Carmem Silvia Weissmann Borges**

**Catarina Burigo Almeida**

**Tiago Henrique Caetano**

## **PARTICIPAÇÃO**

**Diretores, Assessores e Coordenadores  
da Fundação Municipal de Saúde de  
Rio Claro**

**Conselho Municipal de Saúde de Rio  
Claro**

*“Toda avaliação útil, ética e tecnicamente adequada acompanha o desenrolar de uma proposta e subsidia a correção de rumos e a reorientação de estratégias de ação. Seu sentido ético alia-se a seu valor técnico e de responsabilidade social”.*

*Cecília Minayo*

## ÍNDICE

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO</b>	<b>12</b>
<b>1.1 Evolução Histórica</b>	<b>12</b>
<b>1.2 Aspectos Geográficos</b>	<b>13</b>
<b>2. CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Aspectos Demográficos</b>	<b>16</b>
<b>2.2 Situação Epidemiológica</b>	<b>19</b>
<b>2.2.1 Perfil de mortalidade</b>	<b>19</b>
<b>2.2.2 AIDS – incidência e mortalidade</b>	<b>27</b>
<b>2.2.3 Morbidade</b>	<b>28</b>
<b>2.2.4 Doenças transmissíveis</b>	<b>29</b>
<b>2.2.5 Doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses</b>	<b>32</b>
<b>2.2.6 Doenças e agravos não transmissíveis</b>	<b>34</b>
<b>2.2.7 Grupos vulneráveis aos riscos de doença ou com necessidades</b>	<b>36</b>
<b>2.2.7.1 Saúde do idoso</b>	<b>37</b>
<b>2.2.7.2 Saúde da mulher</b>	<b>38</b>
<b>2.2.7.3 Saúde mental</b>	<b>39</b>
<b>2.2.7.4 Saúde do trabalhador</b>	<b>39</b>
<b>2.2.7.5 Atenção à pessoa portadora de deficiência</b>	<b>39</b>
<b>2.2.7.6 Atenção integral à saúde da criança</b>	<b>40</b>
<b>2.3 Promoção em Saúde no SUS</b>	<b>41</b>
<b>2.4 Vigilância em Saúde</b>	<b>42</b>
<b>2.5 Atenção à Saúde</b>	<b>46</b>
<b>2.5.1 Atenção Básica</b>	<b>47</b>
<b>2.5.2 Atenção Especializada</b>	<b>53</b>
<b>2.5.2.1 Ambulatórios de Especialidades</b>	<b>53</b>
<b>2.5.2.2 Saúde Mental – Centros de Atenção Psicossocial</b>	<b>58</b>
<b>2.5.2.3 Habilitação/ Reabilitação</b>	<b>62</b>
<b>2.5.3 Assistência de Urgência e Emergência</b>	<b>62</b>
<b>2.5.4 Apoio Diagnóstico e Terapêutico</b>	<b>66</b>

2.5.4.1 Laboratório Municipal	70
2.5.5 Assistência Hospitalar	70
2.5.5.1 Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro	70
2.5.5.2 Casa de Saúde e Maternidade Santa Filomena	76
2.5.5.3 Casa de Saúde Bezerra de Menezes	77
2.5.6 Assistência Farmacêutica	78
<b>3 DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE</b>	<b>80</b>
3.1 Aspectos Socioeconômicos	80
<b>4 GESTÃO EM SAÚDE</b>	<b>86</b>
4.1 Planejamento	87
4.2 Regionalização	88
4.3 Regulação em Saúde	90
4.4 Financiamento	91
4.5 Gestão do Trabalho	94
4.6 Gestão da Educação	97
4.7 Informação em Saúde	97
4.8 Sistema Logístico	98
4.9 Sistemas Informatizados de Apoio	99
4.10 Projetos	100
4.11 Participação Social	101
4.12 Ouvidoria	102
<b>5 OPERACIONALIZAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE</b>	<b>103</b>
5.1 Eixos Prioritários 2010 -2013	105
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>139</b>
<b>ANEXOS</b>	

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Localização Geográfica do Município de Rio Claro/SP_____	<b>14</b>
<b>Figura 2:</b> Hidrografia da Região de Rio Claro/SP _____	<b>15</b>
<b>Figura 3:</b> Comparação das Pirâmides Etárias do Município de Rio Claro – Anos: 2000 e 2009_____	<b>17</b>
<b>Figura 4:</b> Localização das Unidades de Atenção Básica – Rio Claro/SP_____	<b>51</b>
<b>Figura 5:</b> Mapa do IPRS com destaque para o Município de Rio Claro_____	<b>83</b>
<b>Figura 6:</b> Localização das Unidades de Atenção Básica – Rio Claro/SP_____	<b>89</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Crescimento Populacional do Município de Rio Claro/SP - Período: 2000 a 2009_____	<b>16</b>
<b>Gráfico 2:</b> Coeficiente de Mortalidade Geral – Rio Claro/SP – 2004 a 2008_____	<b>20</b>
<b>Gráfico 3:</b> Indicadores de Mortalidade por Causas Externas – Rio Claro/SP – 2002 a 2008_____	<b>22</b>
<b>Gráfico 4:</b> Coeficiente de Mortalidade Infantil por Componente – Rio Claro/SP 2005 a 2008_____	<b>23</b>
<b>Gráfico 5:</b> N.º de Óbitos Maternos por Residência – Rio Claro/SP – 2005 a 2009____	<b>24</b>
<b>Gráfico 6:</b> Percentual de Partos por Tipo – Rio Claro/SP – 2006 a 2009_____	<b>25</b>
<b>Gráfico 7:</b> Percentual de Nascidos Vivos de Mães com 7 ou mais Consultas de Pré-Natal – Rio Claro/SP – 2005 a 2009_____	<b>25</b>
<b>Gráfico 8:</b> N.º de Nascidos Vivos de Mães Residentes em Rio Claro - 2005 a 2009_	<b>26</b>
<b>Gráfico 9:</b> Percentual de Nascidos Vivos por Sexo – Rio Claro/SP – 2006 a 2009____	<b>26</b>
<b>Gráfico 10:</b> Casos Notificados de AIDS - Residentes em Rio Claro – 2005 a 2009____	<b>27</b>
<b>Gráfico 11:</b> Óbitos por AIDS por Faixa Etária – Residentes em Rio Claro/SP – 2006 a 2008_____	<b>27</b>
<b>Gráfico 12:</b> N.º de Internações por Sexo – Residentes em Rio Claro/SP – 2008 e 2009_____	<b>29</b>
<b>Gráfico 13:</b> N.º de Casos de Tuberculose Notificados – Rio Claro/SP – 2005 a 2009	<b>29</b>
<b>Gráfico 14:</b> N.º de Casos de Hanseníase Notificados – Rio Claro/SP – 2005 a 2009_	<b>30</b>
<b>Gráfico 15:</b> N.º de Casos de Meningite Notificados – Rio Claro/SP – 2005 a 2009____	<b>31</b>
<b>Gráfico 16:</b> N.º de Casos de Dengue Notificados – Rio Claro/SP – 2005 a 2009_____	<b>32</b>
<b>Gráfico 17:</b> N.º de Casos de Leptospirose Notificados – Rio Claro/SP – 2005 a 2009	<b>33</b>
<b>Gráfico 18:</b> N.º de Casos de Leishmaniose Tegumentar Americana Notificados, Rio Claro/SP – 2005 a 2009_____	<b>33</b>
<b>Gráfico 19:</b> Taxa de Internação por Diabetes Mellitus na Faixa Etária de 30 a 59 anos – Rio Claro/SP – 2005 a 2009_____	<b>35</b>
<b>Gráfico 20:</b> Taxa de Internação por AVC na Faixa Etária de 30 a 59 anos – Rio Claro/SP – 2005 a 2009_____	<b>35</b>

<b>Gráfico 21:</b> Percentual de Cobertura Vacinal em Menores de 1 Ano – Rio Claro/SP – 2007 a 2009_____	<b>45</b>
<b>Gráfico 22:</b> Evolução da Estratégia Saúde da Família – Implantação de Equipes, Rio Claro/SP – 2000 a 2009_____	<b>50</b>
<b>Gráfico 23:</b> Consultas Médicas nas Especialidades Básicas – Rio Claro/SP – 2009____	<b>50</b>
<b>Gráfico 24:</b> Percentual de Consultas Médicas por Tipo – Rio Claro/SP – 2009_____	<b>55</b>
<b>Gráfico 25:</b> N.º de Acidentes por Animais Peçonhentos Notificados – Rio Claro/SP – 2005 a 2009_____	<b>64</b>
<b>Gráfico 26:</b> N.º de Atendimentos Anti-Rábico Humanos Notificados – Rio Claro/SP – 2005 a 2009_____	<b>64</b>
<b>Gráfico 27:</b> Percentual de Procedimentos de Apoio Diagnóstico por Especialidade, Rio Claro/SP – 2008 e 2009_____	<b>68</b>
<b>Gráfico 28:</b> Produção de Exames de Média Complexidade – Rio Claro/SP – 2008 e 2009_____	<b>68</b>
<b>Gráfico 29:</b> Produção de Exames de Média Complexidade – Rio Claro/SP – 2008 e 2009_____	<b>69</b>
<b>Gráfico 30:</b> Total Anual de Internações SUS – Rio Claro/SP – 2006 a 2009_____	<b>72</b>
<b>Gráfico 31:</b> Média Mensal de Internações SUS – Rio Claro/SP – 2006 a 2009_____	<b>72</b>
<b>Gráfico 32:</b> N.º de Internações por Especialidade – Rio Claro/SP – 2008 e 2009____	<b>73</b>
<b>Gráfico 33:</b> Percentual de Internações por Caráter de Atendimento – Rio Claro/SP, 2006 a 2009_____	<b>73</b>
<b>Gráfico 34:</b> Percentual de Internações em Rio Claro/SP por Local de Residência, Ano: 2009_____	<b>74</b>
<b>Gráfico 35:</b> N.º de Internações por Complexidade – Rio Claro/SP – 2008 e 2009____	<b>74</b>
<b>Gráfico 36:</b> Acompanhamento das Metas Quantitativas – Pró Santa Casa II – CRG Rio Claro – 2008 e 2009_____	<b>75</b>
<b>Gráfico 37:</b> Internações em Psiquiatria – Rio Claro/SP – 2008 e 2009_____	<b>77</b>
<b>Gráfico 38:</b> Alunos Matriculados por Nível de Escolaridade – Rio Claro/SP – Ano: 2008_____	<b>80</b>
<b>Gráfico 39:</b> IDH do Município de Rio Claro/SP por Componente – Anos: 1991 e 2000_____	<b>81</b>



<b>Gráfico 40:</b> Comparativo do IDH do Município de Rio Claro, do Estado de São Paulo e do Brasil – Anos: 1991 e 2000_____	<b>82</b>
<b>Gráfico 41:</b> Percentual de População por Município do CGR Rio Claro – 2009_____	<b>90</b>
<b>Gráfico 42:</b> Demonstrativo de Percentuais e Recursos Financeiros Aplicados na Saúde em Rio Claro/SP – 2001 a 2009_____	<b>92</b>
<b>Gráfico 43:</b> Repasses Financeiros da Atenção Básica por Componente – Rio Claro/SP – 2009 _____	<b>93</b>
<b>Gráfico 44:</b> Repasses Financeiros do teto de Média e Alta Complexidade por Componente – Rio Claro/SP – 2009_____	<b>93</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Principais Causas de Óbito por Faixa Etária – Residentes em Rio Claro/SP – 2008_____	<b>21</b>
<b>Tabela 2:</b> Principais Causas de Morbidade Hospitalar por Faixa Etária – Residentes em Rio Claro/SP – 2009_____	<b>28</b>
<b>Tabela 3:</b> Metas Pactuadas no SISPACTO para as Taxas de Internação por Diabetes Mellitus e AVC_____	<b>36</b>
<b>Tabela 4:</b> Vistorias Realizadas pelo Município de Rio Claro/SP – 2004 a 2009_____	<b>43</b>
<b>Tabela 5:</b> Cota inicial de Consultas por Especialidades Oferecidas pelo AME Rio Claro/SP_____	<b>55</b>
<b>Tabela 6:</b> Principais Procedimentos Realizados – CEO – 2009_____	<b>56</b>
<b>Tabela 7:</b> Principais Procedimentos Realizados – CEREST – 2009_____	<b>57</b>
<b>Tabela 8:</b> Acompanhamentos de Pacientes em Saúde Mental – CAPS III_____	<b>59</b>
<b>Tabela 9:</b> Acompanhamento para Dependente da Álcool e Drogas – CAPSAD_____	<b>60</b>
<b>Tabela 10:</b> Principais Procedimentos Realizados – CRIARI – 2009_____	<b>61</b>
<b>Tabela 11:</b> Principais Procedimentos Realizados – CESM – 2009_____	<b>61</b>
<b>Tabela 12:</b> Serviços de Apoio Diagnóstico Oferecidos pelo Município de Rio Claro/SP_____	<b>66</b>
<b>Tabela 13:</b> N.º de Leitos – Rio Claro/SP_____	<b>71</b>
<b>Tabela 14:</b> Relatório de Acompanhamento de Prestação de Serviços Hospitalares Santa Filomena – 2004 a 2009_____	<b>77</b>
<b>Tabela 15:</b> Variáveis Seleccionadas e Estrutura de Pesos para Dimensão do IPRS_____	<b>82</b>
<b>Tabela 16:</b> Percentual de Vínculos Empregatícios por Área de Atuação – Rio Claro/SP – 2008_____	<b>85</b>
<b>Tabela 17:</b> Indicadores de Renda – Rio Claro/SP – 2007_____	<b>85</b>
<b>Tabela 18:</b> Transferências de Recursos Estaduais para Rio Claro/SP – 2009_____	<b>92</b>
<b>Tabela 19:</b> Quadro de Pessoal – FMSRC – Data: 31/12/2009_____	<b>94</b>

## APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde, através do PLANEJASUS, define o Plano de Saúde como instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e resultados serem buscados no período de quatro anos, devendo ser a expressão das políticas, dos compromissos e das prioridades de saúde numa determinada gestão, sendo a base para a execução, acompanhamento, avaliação e a gestão do sistema.

O principal objetivo do plano é o contínuo aperfeiçoamento e a concretização do SUS, fundamentado nas suas diretrizes: universalização, integralidade e a equidade da atenção à saúde no município de Rio Claro.

O Plano foi elaborado de forma participativa, considerando as responsabilidades assumidas pelo Município na adesão do Pacto pela Saúde, homologada pela Portaria 155/GM, de 25/01/2008, em seus eixos nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão do SUS, as propostas aprovadas na IX Conferência Municipal de Saúde, articulado e integrado com o Plano Plurianual – PPA 2010-2013.

O Plano Municipal de Saúde 2010-2013 deve ser compreendido como a síntese das propostas e ações estratégicas do Governo do Município de Rio Claro na área de saúde. As metas programadas vêm sendo desenvolvidas em consonância com os Projetos e Programas previstos no Plano Plurianual – PPA 2010-2013 e Lei Orçamentária Anual 2010.

Em 22/04/2010, assumimos as atividades como Secretário/Presidente da Fundação Municipal de Saúde, assegurando as condições necessárias para formalização, execução, monitoramento dos instrumentos de gestão e demais compromissos pertinentes à gestão do sistema municipal de saúde.

Dr. Marco Aurélio Mestrinel  
Secretário Municipal de Saúde  
Presidente da Fundação Municipal de Saúde

## INTRODUÇÃO

Na elaboração e formalização do Plano Municipal de Saúde foram considerados:

✓ As diretrizes legais do SUS, de âmbito nacional, que são previstas na Constituição Federal - Lei Federal n.º 8080/90, como a universalidade, a integralidade das ações de saúde, a descentralização com ênfase na municipalização, a regionalização e hierarquização da rede de saúde, a participação da comunidade, entre outras;

✓ A Emenda Constitucional n.º 29/00, que fixa gastos mínimos das esferas de governo com a saúde;

✓ As normas emanadas do Ministério da Saúde, gestor nacional do SUS, que tem entre suas atribuições legais, funções que limitam e têm reflexos sobre a política municipal de saúde, como a fixação de teto financeiro federal do SUS para cada Município, a criação de normas e protocolos técnicos e de habilitação de serviços para determinadas áreas de atendimento, as prioridades programáticas nacionais, como a diabetes, a hipertensão, o controle de endemias e epidemias, etc.;

✓ As instâncias de participação da comunidade, como o Conselho Municipal de Saúde;

✓ O Colegiado de Gestão Regional, com função definida no sistema, fortalecendo a regionalização solidária e colaborando no estabelecimento de políticas regionais de saúde.

✓ As responsabilidades assumidas pelo Município na adesão do Pacto pela Saúde, em seus eixos nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão do SUS.

✓ As propostas aprovadas na IX Conferência Municipal de Saúde “Fortalecer a Participação e o Controle Social para Consolidação do SUS”, realizada em 27 e 28/11/2009.

✓ A pactuação de indicadores de saúde junto às esferas federal e estadual;

✓ O Plano Plurianual 2010 -2013;

✓ A fixação do Orçamento pelo Poder Legislativo, que estabelece as linhas gerais e os limites de financiamento do setor saúde pelo Governo Municipal;

✓ O planejamento, a administração e as prioridades políticas do Governo Municipal, que envolvem todas as secretarias e órgãos do município e as limitações decorrentes da arrecadação, isto é, dos recursos efetivamente disponíveis;

✓ As considerações técnicas, administrativas e políticas da Secretaria Municipal de Saúde/Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro, que procura equacionar suas responsabilidades de gestão, com a capacidade instalada dos serviços próprios, o perfil epidemiológico, os instrumentos programáticos, estabelecendo parcerias com entidades filantrópicas e referências regionais/estaduais.

# 1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO

## 1.1 Evolução Histórica

As caravanas de desbravadores que saíam da cidade de São Paulo partindo para o interior do país, deram origem a vários locais para pouso, hoje cidades, que surgiam ao longo do percurso; assim nasceu a cidade de Rio Claro, fundada como pouso a beira da estrada, antes da subida da Serra dos Padres, para os tropeiros que se dirigiam às minas de ouro de Goiás e Mato Grosso.

Em 1825 surgem as primeiras casas às margens do Córrego da Servidão. Apesar de fundada em 10 de junho de 1827, a cidade comemora seu aniversário no dia de São João Batista, seu padroeiro, em 24 de junho, já que o município originou-se a partir das primeiras instalações dos fundadores às margens do Ribeirão Claro onde ergueram uma capela em honra a São João Batista. Assim, o povoado que daria origem ao município chamou-se inicialmente: "*São João Batista do Ribeirão Claro*" (1824).

Em 1827, o povoado passa a ser designado como: "*Capela Curada de São João Batista do Ribeirão Claro*" contando com mais de 800 moradores. Como seu crescimento não parava, em 1845 a Capela Curada era elevada à categoria de Vila, e já em 1857 a Vila foi elevada para a categoria de cidade com a denominação de: "*Rio Claro*".

O café chegou a Rio Claro em 1840, quando milhares de cafeeiros cobriam o solo rio-clarense e da região, sendo que só no município de Rio Claro existiam 35 fazendas de café, fazendo com que ele se destacasse como o maior produtor da província. Para cuidar desses pés de café, trabalhavam cerca de 3.300 escravos, até a abolição da escravatura, quando se fez necessária a mão-de-obra estrangeira de colonos suíços, alemães, italianos, entre outros.

Devido às imensas culturas de café e aos tempos férteis que vivia a cidade de Rio Claro, a mesma almejava a extensão de linha férrea de Campinas até o seu município. O desejo da população rio-clarense foi alcançado em 11 de agosto de 1876, quando entrou na plataforma da Estação de São João do Rio Claro, o primeiro trem de ferro. As ricas e prósperas fazendas garantiram por longos anos o funcionamento normal da Estrada de Ferro, construída unicamente por iniciativa de capitalistas de Rio Claro.

Os colonos das fazendas de café, após terem pagado aos fazendeiros suas dívidas referentes aos custos das viagens até o Brasil e os gastos feitos nos empórios das fazendas, começavam uma nova vida, geralmente vinculada à profissão que exerciam em suas terras natais. Surgiram então, na metade do século XIX, lavouras de algodão e cana-de-açúcar, comércios e lojas de fazendas, ferragens e armazéns de secos e molhados, entre outras atividades comerciais.

Em 1885, a cidade de Rio Claro, passa a ser a primeira cidade do Estado de São Paulo e a segunda do Brasil a receber iluminação elétrica, promovendo assim, nos anos que se seguiram, um grande impulso econômico devido ao início da eletrificação dos motores em estabelecimentos industriais.

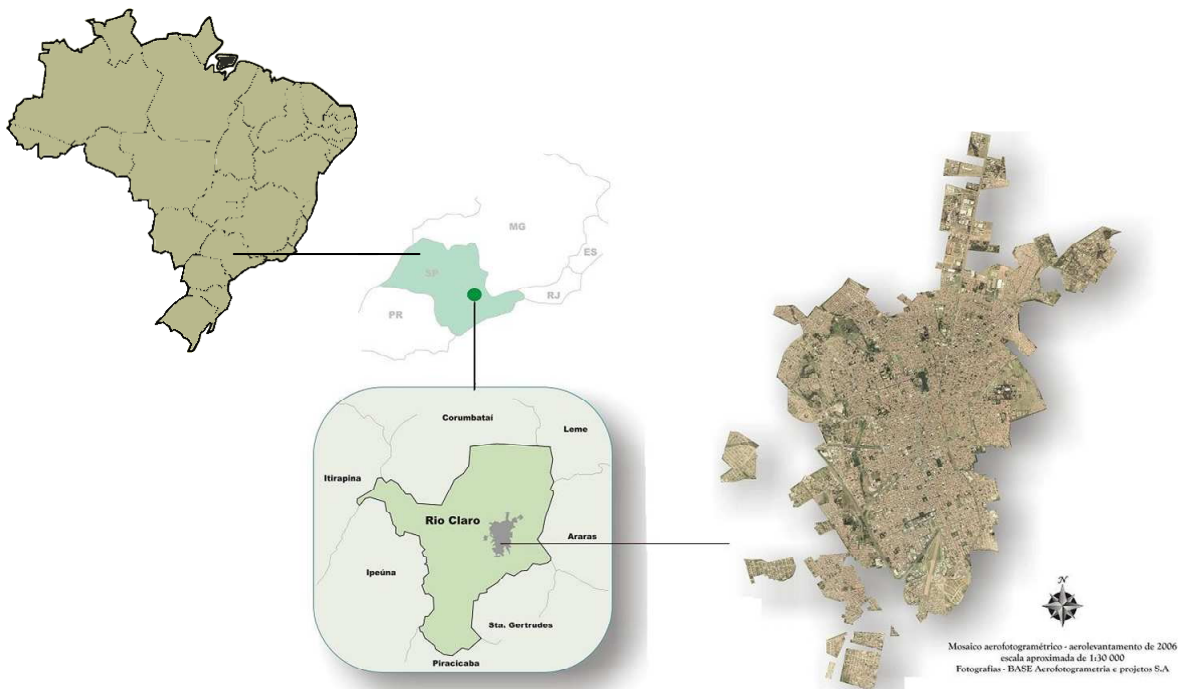
A economia da cidade que foi baseada na agricultura e pecuária durante muitos anos, percebendo as suas primeiras fábricas (de chinelo, sapatos, colchões e massas) no ano de 1873, ganha novos aspectos com a instalação das Oficinas Mecânicas da Companhia Paulista de Estradas de Ferro e da cervejaria Rio Claro e com a expansão do ramo de bens de consumo e produção de materiais de construção. A partir de 1970 iniciou-se a fase dinâmica da industrialização de Rio Claro; oferecendo boa localização geográfica, mão-de-obra barata, boas vias e proximidade com a capital, criando o Distrito Industrial e recebendo investimentos de capital nacional e estrangeiro, fez com que a industrialização se desenvolvesse rapidamente.

A industrialização impulsionou o processo de urbanização, ampliando a atividade comercial e bancária na cidade. Atualmente Rio Claro se transformou e se consolidou como importante integrante do eixo técnico – econômico – universitário que se estende desde Campinas até Ribeirão Preto, incluindo São Carlos, atraindo grandes investimentos e ocupando posição de destaque na modernidade do século XXI.

## **1.2 Aspectos Geográficos**

A cidade de Rio Claro está localizada na região Centro-Leste do estado de São Paulo (coordenadas geográficas 22° 05' e 22° 40' S, 47° 30' e 47° 55' W) a 240 km do porto de Santos, 85 km do Aeroporto Internacional de Viracopos, 200 km do Aeroporto Internacional de Guarulhos e a 157 km em linha reta (e 173 km por rodovia) da capital paulista.

**Figura 1: Localização Geográfica do Município de Rio Claro/SP**



Fonte: [http://www.rc.unesp.br/igce/planejamento/gpapt/dados%20e%20imagens/mapa\\_Localizacao\\_Rio%20Claro%20\\_SP.jpg](http://www.rc.unesp.br/igce/planejamento/gpapt/dados%20e%20imagens/mapa_Localizacao_Rio%20Claro%20_SP.jpg)

Com uma **área** de 499,9 km<sup>2</sup> e com **altitude** de 613 metros, faz divisa com os municípios de Corumbataí e Leme ao Norte, Piracicaba ao Sul, Araras e Santa Gertrudes a Leste e Ipeúna e Itirapina a Oeste. O município de Rio Claro abrange em seu território os distritos de Ajapi, Assistência, Batovi, Ferraz e Itape.

As **principais rodovias de acesso** a Rio Claro, são a SP-310 Washington Luiz, rodovia de pista dupla de maior importância para o Município, já que faz a ligação com o sistema Anhangüera-Bandeirantes no sentido capital e para o interior liga-a a São Carlos, Araraquara e São José do Rio Preto, a SP-316 - Rodovia Constante Peruchi, que interliga Rio Claro a Santa Gertrudes e Cordeirópolis, a SP-127 – Rodovia Fausto Santomauro, também de pista dupla, que interliga Rio Claro a Piracicaba, e na sequência a Tietê, Tatuí, Itapetininga e região sul do Estado e a SP-191 – Rodovia Wilson Finardi que interliga Rio Claro a Araras com entroncamento para Via Anhangüera a 23 Km, dando acesso à região de Ribeirão Preto e a sudoeste com Ipeúna, Charqueada e São Pedro.

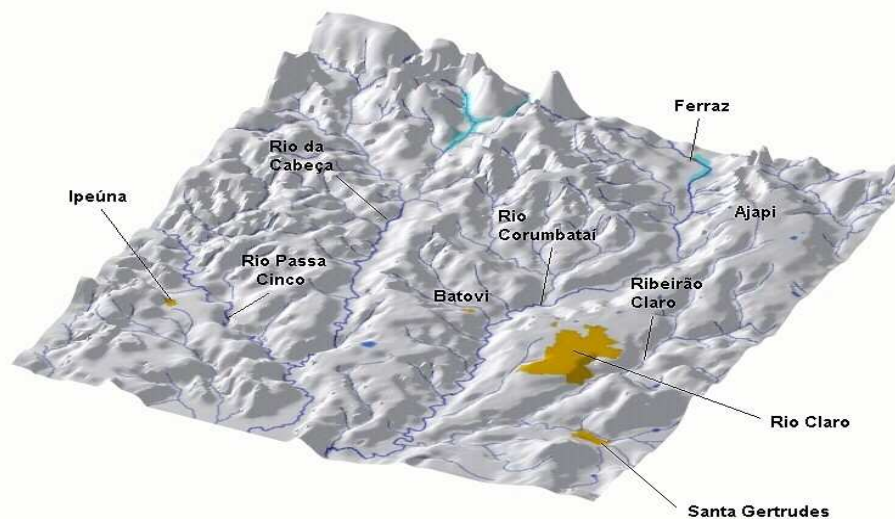
O **clima** da cidade pode ser considerado tropical, controlado por massas tropicais e equatoriais e com duas estações definidas caracterizando-se por estiagem no período de abril a setembro, com aproximadamente 15 a 20 dias de chuva e por um período chuvoso, de outubro a março, com 55 a 60 dias de chuva, respondendo por mais de 80% das precipitações anuais, cuja média é da ordem de 1.400 mm/ano. As temperaturas médias anuais variam entre 18,1C° e 20,9C° e os ventos dominantes provêm do quadrante S e SE.

O **relevo** é predominantemente plano e a **vegetação natural** é composta por cerrado e Floresta Estacional Semidecidual. Possui a Floresta Estadual Edmundo Navarro de Andrade, com uma área de 2.314,80 ha., composta por vegetação nativa e áreas reflorestadas com eucalipto, sendo uma das maiores reservas da espécie no estado de São Paulo.

A **hidrografia** do município de Rio Claro é parte da composição da Bacia Hidrográfica do Rio Corumbataí que conta como uma área territorial de 171 mil hectares onde se encontram os municípios de Analândia, Charqueada, Corumbataí, Ipeúna, Itirapina, Rio Claro, Santa Gertrudes, além de uma pequena parte de Piracicaba. O principal rio que atravessa o município é o Rio Corumbataí além de seus afluentes, os rios Ribeirão Claro e Cabeça.

Dentro dessa Bacia Hidrográfica Rio Claro é o maior município e a referência econômica, comportando o maior número de empresas em todos os ramos de atividade e desta forma é o que mais emprega trabalhadores no setor industrial.

**Figura 2: Hidrografia da Região de Rio Claro/SP**



Fonte: <http://petro.rc.unesp.br/public/rioclaro/rc.html>

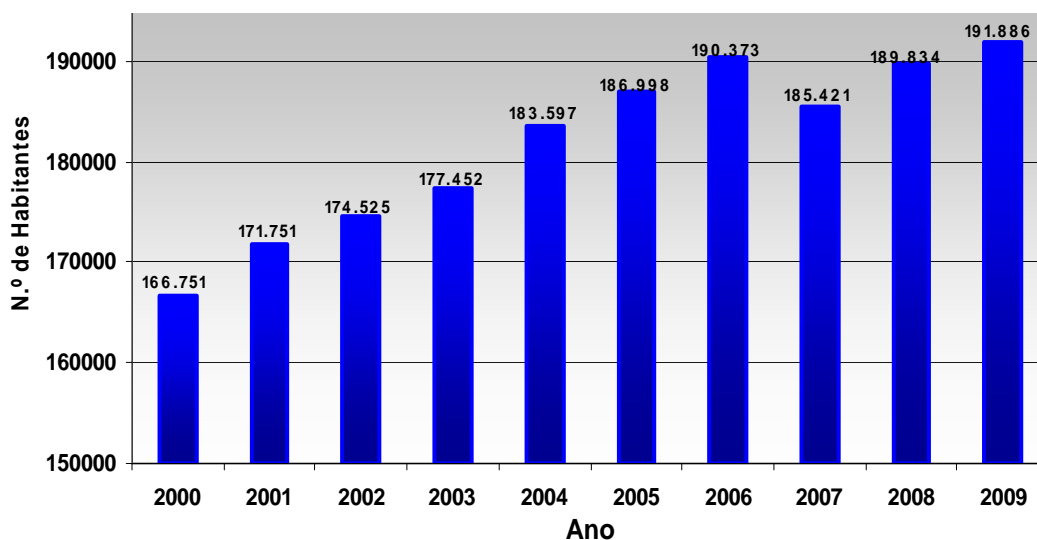


## 2 CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE

### 2.1 Aspectos Demográficos

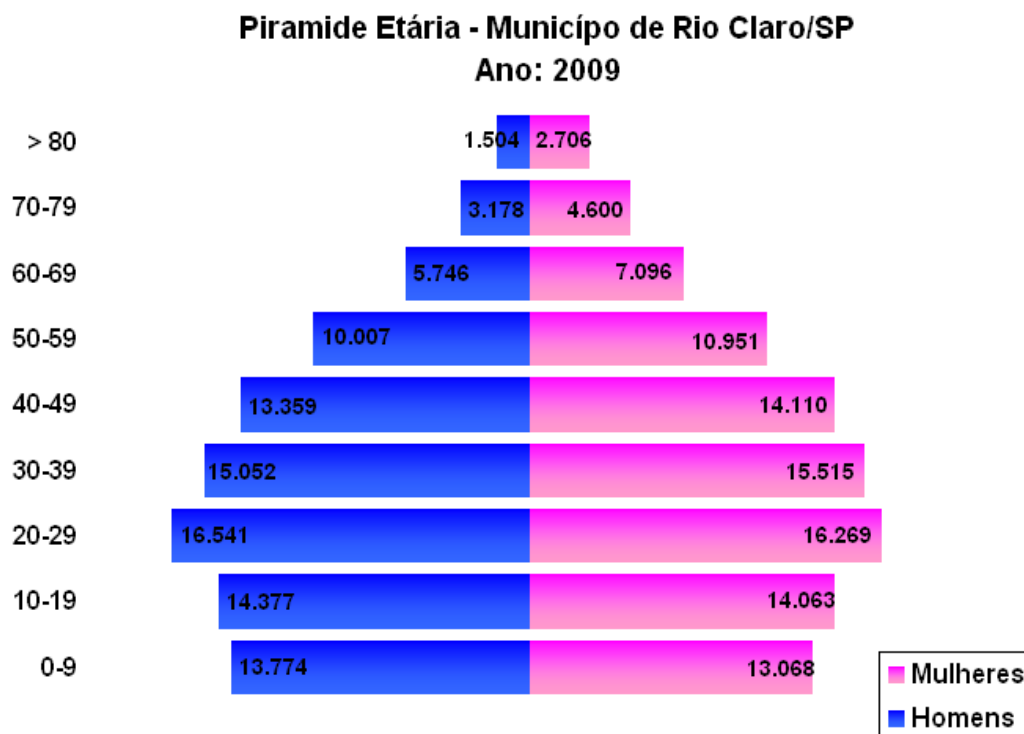
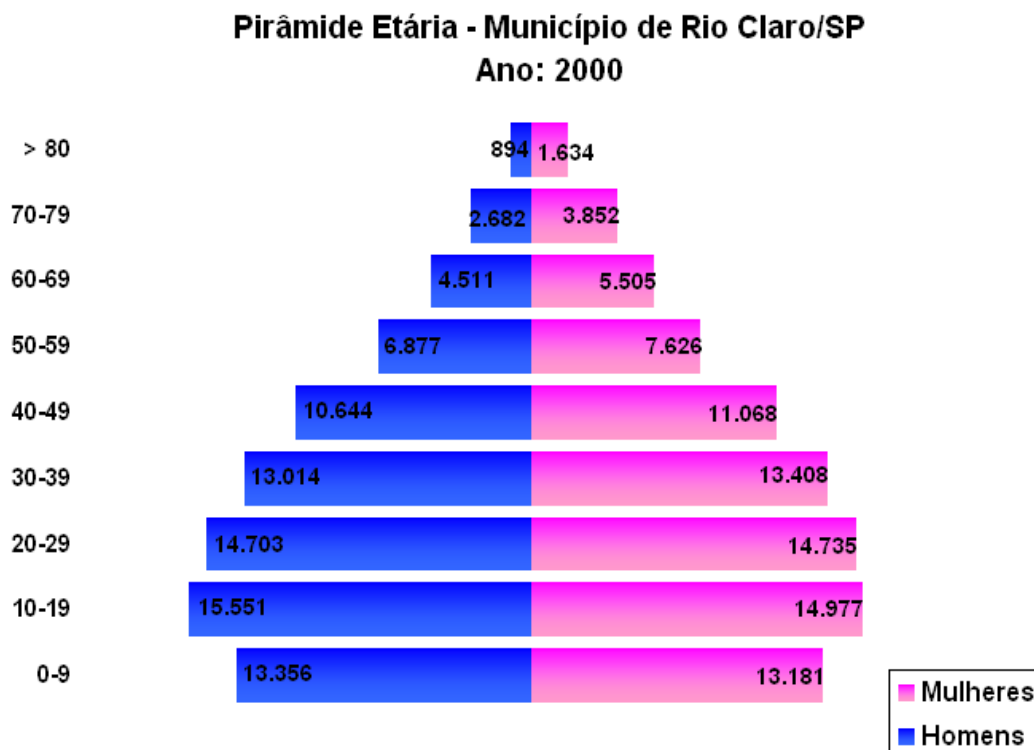
O município de Rio Claro apresenta **Taxa Geométrica de Crescimento Anual** da População para o período de 2000 a 2010 de **1,60%a.a.** (SEADE) e **Densidade Demográfica** de **385 hab/Km<sup>2</sup>**.

**Gráfico 1: Crescimento Populacional do Município de Rio Claro/SP  
Período: 2000 a 2009**



Fonte: População Residente – Estimativas para o TCU – TABNET DATASUS

**Figura 3: Comparação das Pirâmides Etárias Município de Rio Claro - Anos 2000 e 2009**



Fonte: Ano 2000: IBGE – Censo Demográfico; Ano 2009: IBGE – Estimativas – TABNET/DATASUS

Comparando-se as pirâmides populacionais de 2000 e 2009, observa-se a diminuição proporcional das faixas etárias abaixo de 19 anos e o aumento das faixas acima de 60 anos, configurando tendência ao envelhecimento.

O **Índice de Envelhecimento**, utilizado para acompanhar a evolução do ritmo de envelhecimento da população, contribui para a avaliação de tendências da dinâmica demográfica e subsidia a formulação, gestão e avaliação de políticas públicas nas áreas de saúde e de previdência social. É interpretado como a razão entre os componentes etários extremos da população, representados por idosos e jovens, conforme método de cálculo abaixo:

$$\frac{\text{N.º de pessoas residentes de 60 e mais anos de idade}}{\text{N.º de pessoas residentes com menos de 15 anos de idade}} \times 100$$

Considerando-se o método de cálculo e a estrutura populacional por faixa etária no ano de 2009, obtemos para este índice o resultado de **60,89%** no município de Rio Claro.

O resultado desse índice indica que a transição demográfica no município encontra-se em estágio avançado, mostrando a participação crescente de idosos em relação aos jovens na população, o que reflete, principalmente, a redução dos níveis de fecundidade e o aumento da esperança de vida dos idosos

A **Taxa de Fecundidade** que representa a condição reprodutiva média de mulheres, ou seja, que corresponde ao número médio de filhos nascidos vivos durante o período reprodutivo, na população feminina residente em determinado espaço geográfico, é o principal indicador da dinâmica demográfica; é utilizada para avaliar tendências da dinâmica demográfica, em áreas geográficas e grupos sociais, realizar projeções de população e subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas nas áreas de saúde, educação, trabalho e previdência social, com projeções demográficas que orientem o redimensionamento da oferta de serviços.

Considerando-se que a taxa de fecundidade do município de Rio Claro em 2006 foi de 44,19/ 1000 e em 2008 passou para **42,65/1000** (SEADE), podemos observar o decréscimo da taxa o que pode estar associado a vários fatores como urbanização crescente, redução da mortalidade infantil, melhoria do nível educacional, ampliação do uso de

métodos contraceptivos, maior participação da mulher na força de trabalho e instabilidade de emprego. A diminuição da taxa no município de Rio Claro segue a tendência do estado de São Paulo que em 2006 apresentava taxa de 53,86/ 1000 e em 2008 passou para 51,76/1000.

A **Taxa de Natalidade** corresponde à relação entre os nascidos vivos de uma determinada unidade geográfica, ocorridos e registrados num determinado período de tempo, e a população estimada para o mesmo período, multiplicados por 1000, conforme método de cálculo abaixo:

$$\frac{\text{N.º de nascidos vivos}}{\text{População estimada}} \times 1000$$

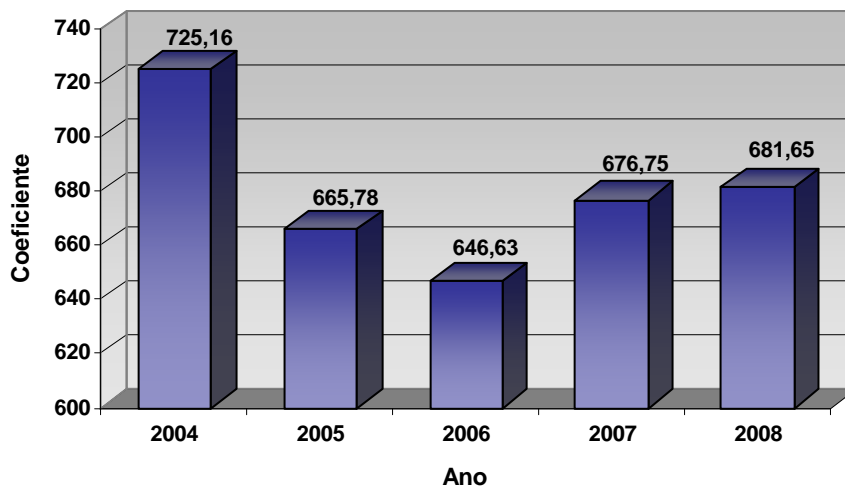
Essa taxa é influenciada pelas condições econômicas e sociais (saúde, educação, tradições familiares e religiosas) além de fatores culturais, fisiológicos entre outros, ligados diretamente à qualidade de vida da população. Vale ressaltar que quando a taxa de natalidade apresenta índices baixos, interpreta-se que a população em estudo apresenta bons índices de qualidade de vida. O município de Rio Claro apresentou para o ano de 2008 uma taxa de **12,10/1000**, enquanto no Estado de São Paulo a taxa foi de 14,63/1000.

## 2.2 Situação Epidemiológica

### 2.2.1 Perfil de Mortalidade

A **mortalidade geral** no município de Rio Claro apresenta tendência decrescente, passando de 725,17 óbitos/100.000 habitantes em 2004 para 685,65/100.000 habitantes em 2008. Essa tendência é observada no Estado de São Paulo e na região da DRS X de Piracicaba.

**Gráfico 2: Coeficiente de Mortalidade Geral\***  
**Rio Claro/SP – 2004 a 2008**



Fonte: TABNET/ DATASUS (\*por 100.000 habitantes)

A análise das causas de mortalidade reflete uma série de avanços socioeconômicos, como ampliação do acesso aos serviços de saúde, desenvolvimento tecnológico, melhora das condições de habitação e saneamento, entre outros e fenômenos demográficos como o envelhecimento da população.

Atualmente, os óbitos decorrentes de doenças crônicas degenerativas, como as do aparelho circulatório, neoplasias e do aparelho respiratório, além das causas externas, superam os provocados por doenças infecciosas e parasitárias.

Entre as causas consideradas crônicas, as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias foram responsáveis, em 2003, por cerca de 37% dos óbitos tanto no País como no Estado.

Observa-se uma tendência à diminuição das doenças do aparelho circulatório, enquanto os óbitos provocados por neoplasias têm aumentado consideravelmente.

**Tabela 4: Principais Causas de Óbitos por Faixa Etária – Residentes em Rio Claro/SP – Dados Preliminares – 2008**

	< 1	1 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 59	60 e +
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3ª Causa		2ª Causa	5ª Causa		
II. Neoplasias (tumores)		1ª Causa			2ª Causa	2ª Causa
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas				5ª Causa		5ª Causa
V. Transtornos mentais e comportamentais				5ª Causa		
VI. Doenças do sistema nervoso	4ª Causa		2ª Causa	5ª Causa		
IX. Doenças do aparelho circulatório		1ª Causa	2ª Causa	4ª Causa	1ª Causa	1ª Causa
X. Doenças do aparelho respiratório	3ª Causa			4ª Causa		3ª Causa
XI. Doenças do aparelho digestivo				3ª Causa	4ª Causa	
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1ª Causa					
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2ª Causa	1ª Causa				
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat				2ª Causa	5ª Causa	4ª Causa
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade		1ª Causa	1ª Causa	1ª Causa	3ª Causa	

Fonte: TABNET/ DATASUS

Legenda	
1ª Causa	1ª Causa
2ª Causa	2ª Causa
3ª Causa	3ª Causa
4ª Causa	4ª Causa
5ª Causa	5ª Causa

As doenças do aparelho circulatório e as causas externas representam 39,34 % das causas de mortalidade em 2008.

Com referência aos óbitos por faixa etária, as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias foram as principais causas na população de 30 a 59 anos e 60 anos e mais.

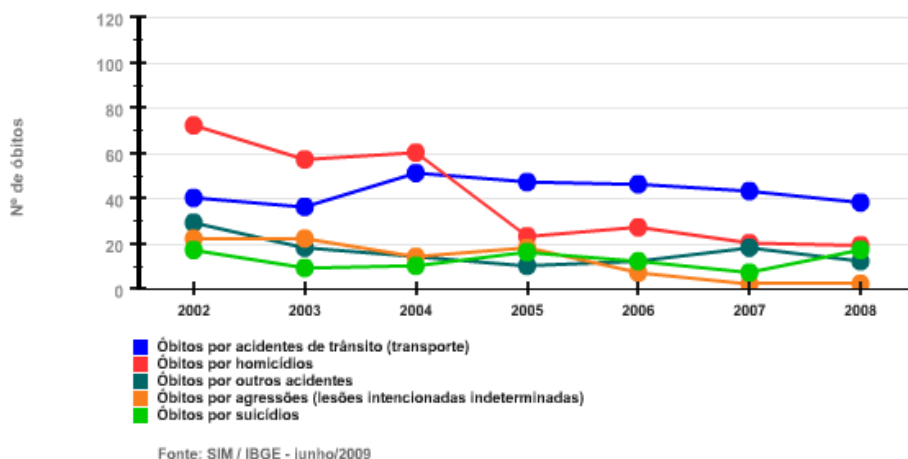
A principal causa em menores de 1 (um) ano refere-se as afecções originadas no período perinatal.

As causas externas, com um total de 101 óbitos, predominaram na população de 30 a 59 anos: 41,58 % (42); 15 a 29 anos: 31,68 % (32) e 60 anos e mais: 23,76 % dos óbitos (24).

Os acidentes e violências se constituem em um grave problema social e de saúde pública, exigindo intervenções intersetoriais para seu enfrentamento. Estão entre as principais causas de morte, sendo responsável por importante parcela da morbidade que sobrecarrega a rede de atenção especializada e hospitalar devido aos traumas e lesões físicas e emocionais. Os homens em faixas etárias jovens são o segmento mais afetado pela da violência, apresentando riscos de morte superiores aos da população em geral.

A participação relativa de cada um dos subgrupos das causas externas no perfil de mortalidade é apresentada no **Gráfico**

**Gráfico 3: Indicadores de Mortalidade por Causas Externas  
Rio Claro – 2002 a 2008**



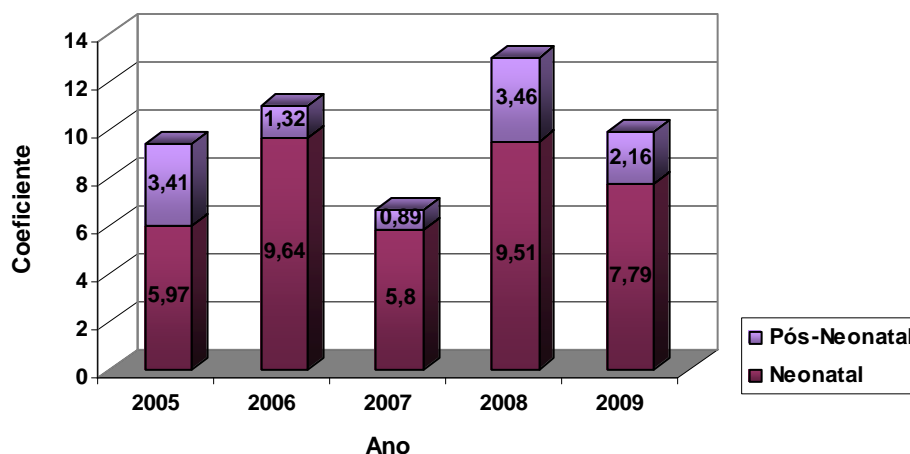
No período de 2002 a 2008, os principais componentes foram os acidentes de trânsito (AT) e homicídio. Observa-se um aumento dos óbitos por suicídio entre os anos de 2007 e 2008.

Os acidentes de trânsito atendidos no Pronto Socorro Municipal- PSMI, apresentaram as seguintes proporções, nos anos de 2008 e 2009, por tipo de veículo: moto – 48,28 %; bicicleta – 34,48 %; carro – 13,79 % e caminhão – 3,45 %.

A **mortalidade infantil** no Estado de São Paulo tem apresentado queda acentuada e contínua, passando de 50,96 óbitos/1000 nascidos vivos em 1980 para 31,2 em 1990, chegando a 13,45 em 2005. Esse declínio deve-se à redução da mortalidade pós-neonatal associada a políticas e serviços ligados à imunização e à melhoria das condições ambientais, como o saneamento básico.

O município de Rio Claro apresenta a seguinte evolução referente ao coeficiente de mortalidade infantil:

**Gráfico 4: Coeficiente de Mortalidade Infantil por Componente  
Rio Claro/SP – 2005 a 2009**



Fonte: SISPACTO

O **Comitê de Mortalidade Materno-Infantil** investiga 100% dos óbitos fetais, de crianças menores de 1 ano e de mulheres em idade fértil, discutindo e encaminhando propostas de atuação para redução da mortalidade materno-infantil no município.

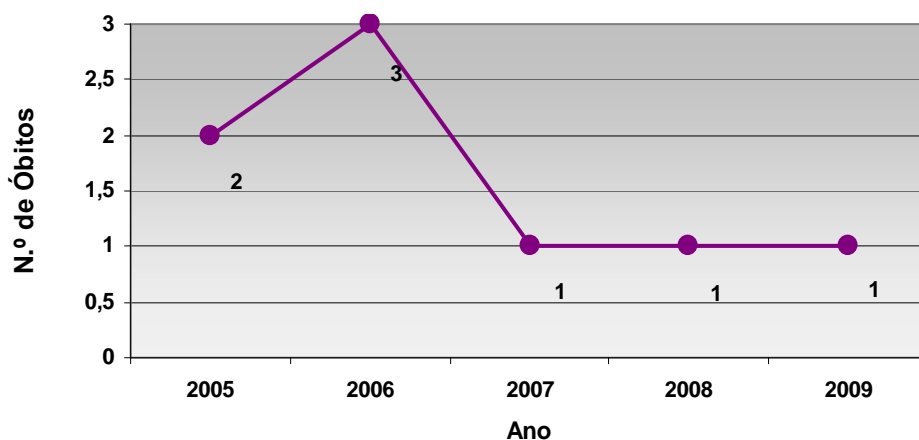
O município vem implementando ações com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil como: melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal, parto e ao RN; ações de promoção do aleitamento materno e demais ações do programa materno infantil e ampliação da estratégia da Saúde da Família.



A **mortalidade materna** é considerada um bom indicador de saúde da mulher, refletindo as condições de saúde e da atenção à saúde da população feminina e suas desigualdades. Valores elevados estão associados à insatisfatória prestação de serviços de saúde, incluindo o planejamento familiar e assistência pré-natal, ao parto e puerpério.

A razão ou taxa de mortalidade materna é calculada pela relação entre o número de mortes de mulheres por causas ligadas à gravidez e ao parto e o número de nascidos vivos.

**Gráfico 5: N.º de Óbitos Maternos por Residência  
Rio Claro/SP – 2005 a 2009**



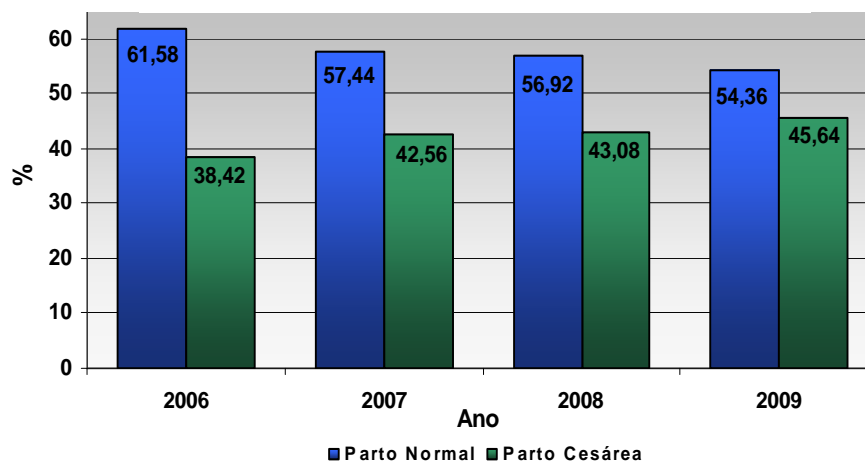
Fonte: VE Municipal

O município vem implementando ações de vigilância de óbito maternos, com efetiva participação do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil.

A redução da morte materna e infantil é compromisso assumido pela gestão municipal, pactuando metas e programando ações estratégicas como a qualificação e humanização da atenção ao parto, ao nascimento e no abortamento, ampliação da cobertura do planejamento familiar, pré-natal, acompanhamento pós-parto e puericultura através da rede básica, vigilância ao óbito materno e infantil, organização do acesso, adequação da oferta de serviços, qualificação das urgências/emergências, qualificação da assistência hospitalar para gravidez de risco e UTI neonatal.

O programa de Saúde da Mulher objetiva a redução da mortalidade materna, a diminuição da incidência de cesárea, do baixo peso ao nascer, da mortalidade neonatal precoce e da sífilis congênita.

**Gráfico 6: Percentual de Partos por Tipo  
Rio Claro/SP – 2006 a 2009**



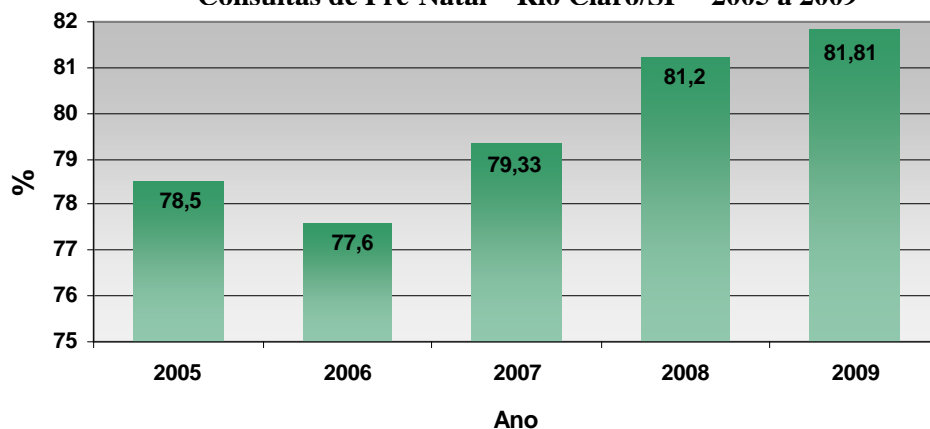
Fonte: AIH's Emitidas – UAC/FMSRC

Os decréscimos das taxas de mortalidade infantil e materna estão diretamente relacionados ao acompanhamento da saúde da gestante.

A assistência pré-natal é um fator importante para essa redução, uma vez que muitas patologias relacionadas à gravidez e ao período imediatamente após o parto podem ser tratadas ou controladas, evitando complicações à saúde da mãe e da criança.

As consultas de pré-natal vem apresentado crescimento e a proporção de gestantes que realizaram mais de seis dessas consultas evoluiu de 77,6 % para 81,81 % entre 2006 e 2009.

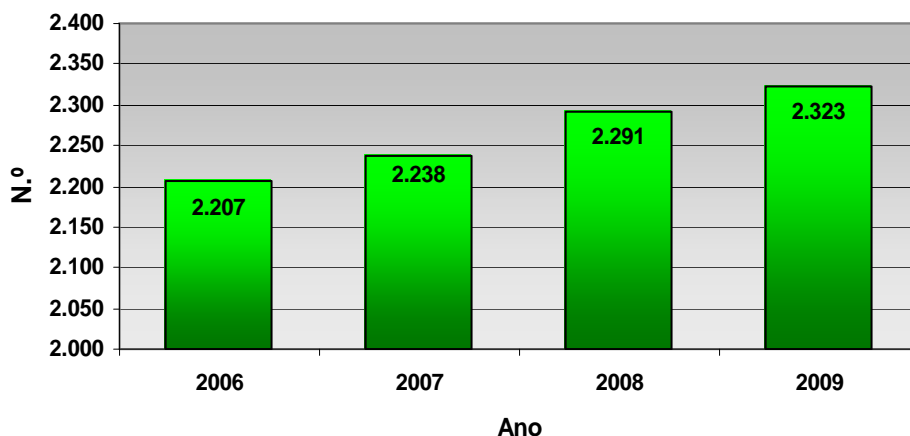
**Gráfico 7: Percentual de Nascidos Vivos de Mães com 7 ou mais  
Consultas de Pré-Natal – Rio Claro/SP – 2005 a 2009**



Fonte: SISPACTO

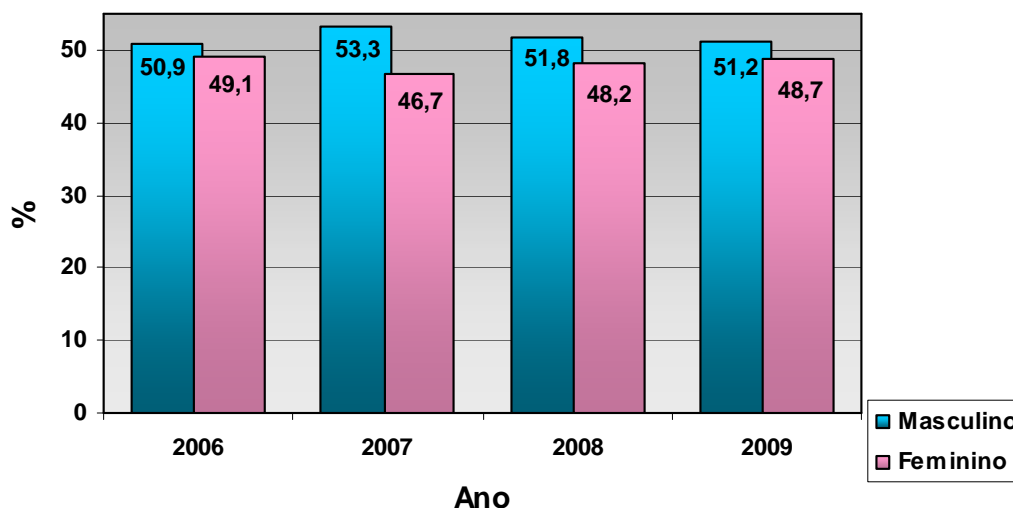
Com relação aos nascidos vivos de mães residentes em Rio Claro, observamos um crescimento, entre 2006 e 2009, de 116 nascimentos. Neste período, os nascimentos do sexo masculino foram superiores aos do sexo feminino.

**Gráfico 8: N.º de Nascidos Vivos de Mães Residentes em Rio Claro – 2006 a 2009**



Fonte: VE Municipal

**Gráfico 9: Percentual de Nascidos Vivos por Sexo Rio Claro/SP – 2006 a 2009**



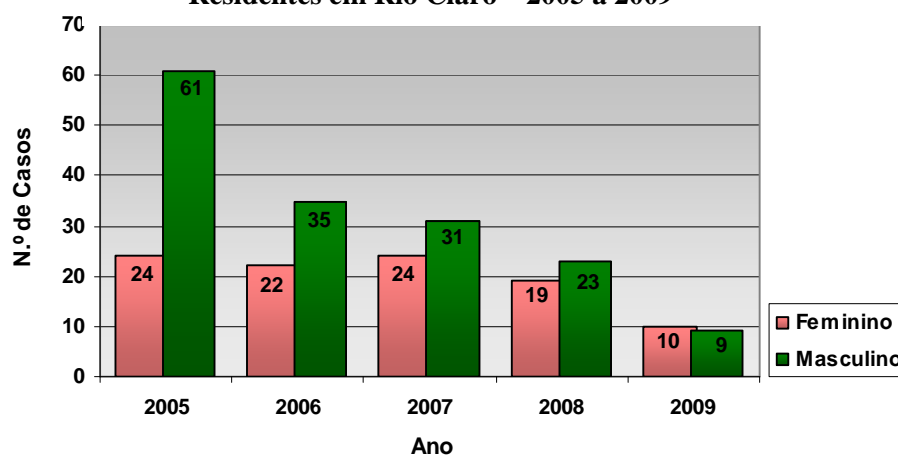
Fonte: VE Municipal

## 2.2.2 AIDS – Incidência e Mortalidade

Foram grandes os esforços que o Estado e a sociedade empreenderam para controlar a epidemia de AIDS e melhorar as condições de vida de seus portadores. Em 2004, a taxa nacional de incidência dessa doença alcançou 17,2 casos por 100 mil habitantes, enquanto em São Paulo foi de 22,2 casos por 100 mil habitantes.

O município de Rio Claro registrou a seguinte incidência de casos de AIDS no período de 2005 a 2009:

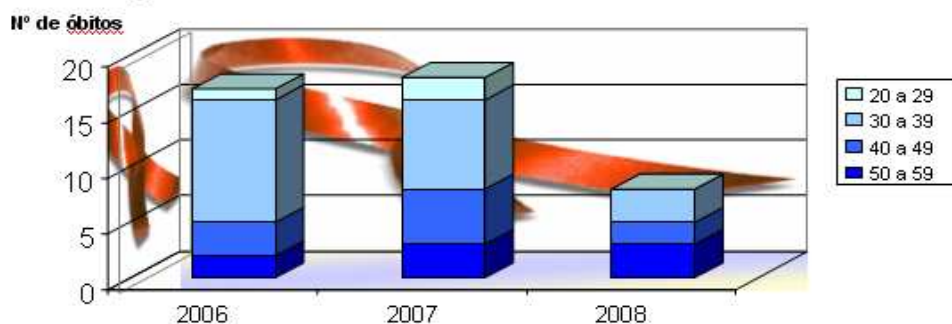
**Gráfico 10: Casos Notificados de AIDS Residentes em Rio Claro – 2005 a 2009**



Fonte: VE Municipal

A mortalidade por AIDS tem apresentado decréscimo contínuo. A redução aponta para a importância do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST/AIDS (PAM-DST/AIDS), que trabalha pela garantia do acesso universal à assistência gratuita, vigilância epidemiológica, esclarecimento da população e orientação aos profissionais de saúde.

**Gráfico 11: Óbitos por AIDS por Faixa Etária Residentes em Rio Claro/SP – 2006 a 2008**



Fonte: Base Municipal do SINAN-W e SINAN NET – VE – FMSRC

### 2.2.3 Morbidade

As internações em 2009, por faixa etária apresentaram as seguintes causas por capítulos do CID 10:

	< 1	1 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 59	60 e +
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4ª	2ª				
II. Neoplasias (tumores)					3ª	2ª
V. Transtornos mentais e comportamentais				5ª		
IX. Doenças do aparelho circulatório					4ª	1ª
X. Doenças do aparelho respiratório	2ª	1ª	3ª			3ª
XI. Doenças do aparelho digestivo	5ª	4ª	1ª	4ª	5ª	4ª
XIV. Doenças do aparelho geniturinário			5ª	3ª		
XV. Gravidez parto e puerpério			5ª	1ª	1ª	
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1ª					
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	3ª	5ª	4ª			
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas		3ª	2ª	2ª	2ª	5ª

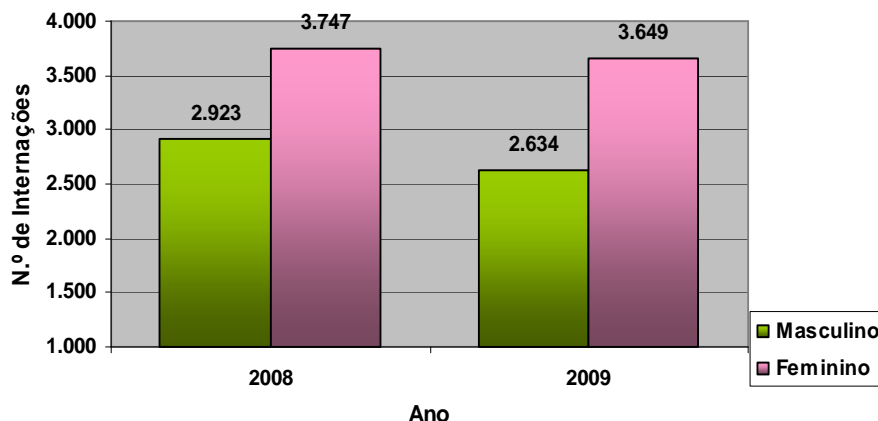
Fonte: TABNET/ DATASUS

1ª	1ª Causa
2ª	2ª Causa
3ª	3ª Causa
4ª	4ª Causa
5ª	5ª Causa

A morbidade hospitalar por grupos de causas aponta para uma diminuição nas internações por transtornos mentais e um aumento nas internações por neoplasias.

As **Internações por Causas Obstétricas** apresentaram maior ocorrência na faixa etária de 10 a 39 anos, sendo que 90 % dos procedimentos hospitalares realizados foram partos ou curetagem pós aborto.

**Gráfico 12: N.º de Internações por Sexo Residentes em Rio Claro/SP – 2008 e 2009**



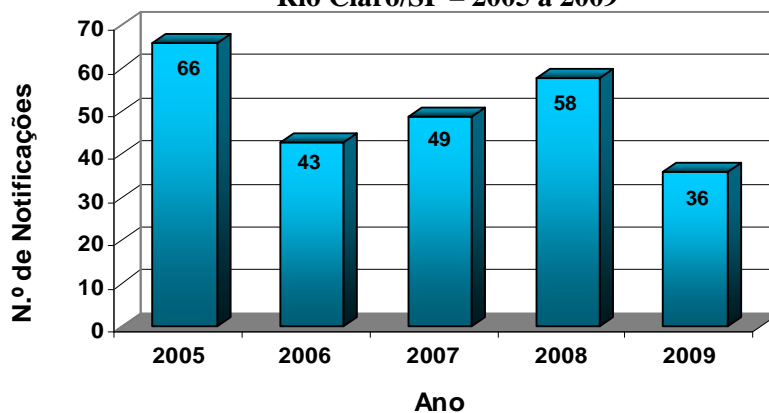
Fonte: TABNET/ DATASUS

As internações, entre 2008 e 2009, apresentaram uma diminuição de 5,80 %, sendo que as internações apresentaram predominância do sexo feminino, com 52,60% em 2008 e 50,66% em 2009.

#### 2.2.4 Doenças Transmissíveis

A **Tuberculose** se constitui em um grave problema de saúde pública no país. O número de casos notificados no município de Rio Claro é apresentado no gráfico 16:

**Gráfico 13: N.º de Casos de Tuberculose Notificados Rio Claro/SP – 2005 a 2009**

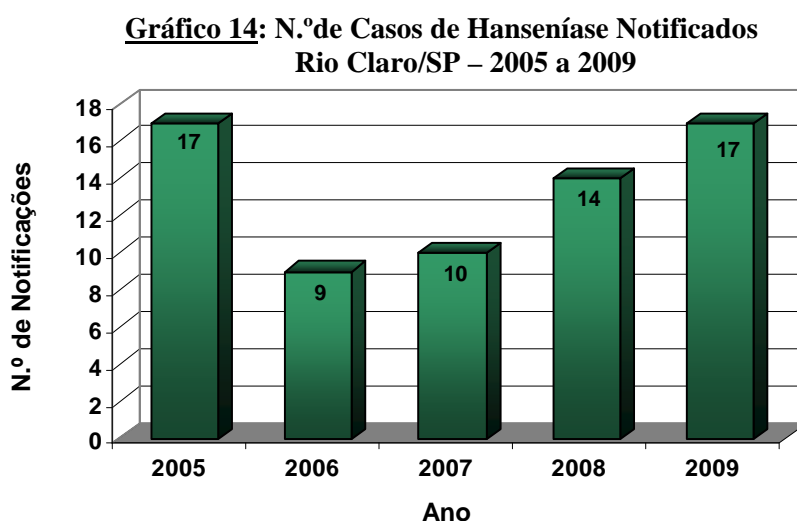


Fonte: VE Municipal

O município de Rio Claro está entre os 73 municípios paulistas prioritários para a o controle da doença no Estado.

Para atingir as metas de cura pactuadas, a rede básica vem desenvolvendo e ampliando a cobertura do tratamento supervisionado - Directly Observed Therapy - DOT.

Com relação à **Hanseníase**, no período de 2005 a 2009, o número de notificações de casos é o seguinte:



Fonte: VE Municipal

O município está classificado numa situação de média endemicidade (entre 0,2 e 0,9 casos por 10.000 habitantes), implementando ações na rede de atenção básica voltadas ao diagnóstico precoce, tratamento oportuno, prevenção de incapacidades e vigilância de comunicantes.

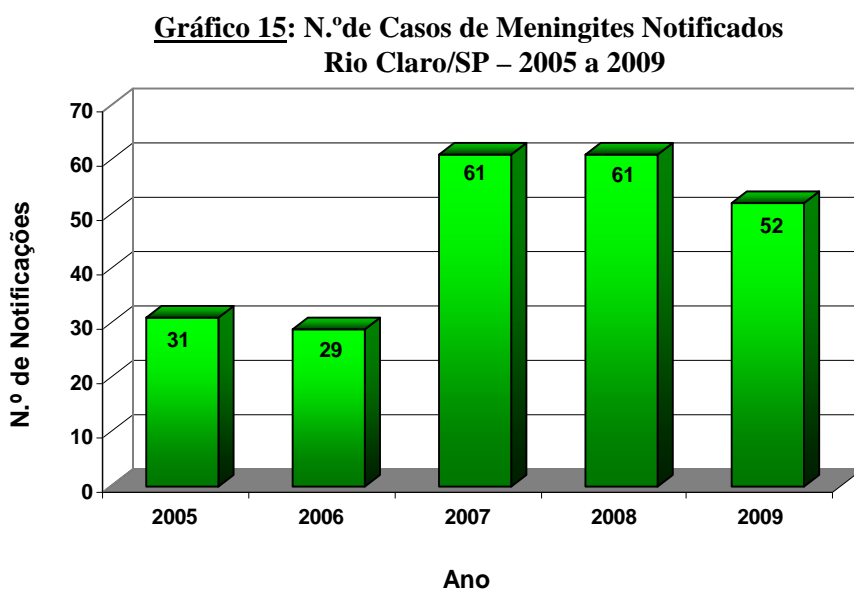
O Centro de Especialidades e Apoio Diagnóstico – CEAD é referência para a atenção especializada de média complexidade em hanseníase, para a Região de Saúde Rio Claro.

A vigilância das **Meningites** tem como principal objetivo é conhecer seu comportamento epidemiológico para desencadear ações específicas conforme a etiologia.

A doença meningocócica, no estado de São Paulo mantém o coeficiente de incidência médio de 2002 a 2006 em 3/100 mil habitantes, com estabilização da letalidade em 19,7%.

As meningites por *Haemophilus influenzae* mantêm-se sob controle desde a introdução da vacina específica no calendário estadual.

No município de Rio Claro, temos as seguintes notificações, no período de 2005 a 2009:



Fonte: VE Municipal

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que milhões de pessoas são portadoras crônicas dos **vírus das hepatites**. Estudos apontam que o Estado de São Paulo é a área com índices de prevalência considerados intermediários.

O Programa de Hepatites do Estado de São Paulo, entre 1998 e 2006, recebeu notificações de portadores crônicos dos vírus C e B, evidenciando a baixa detecção de casos.

Observa-se a implementação de ações para maior identificação de casos e intensificação da vacinação precoce de recém-nascidos e ampliação da cobertura vacinal de adolescentes, em relação ao vírus B.



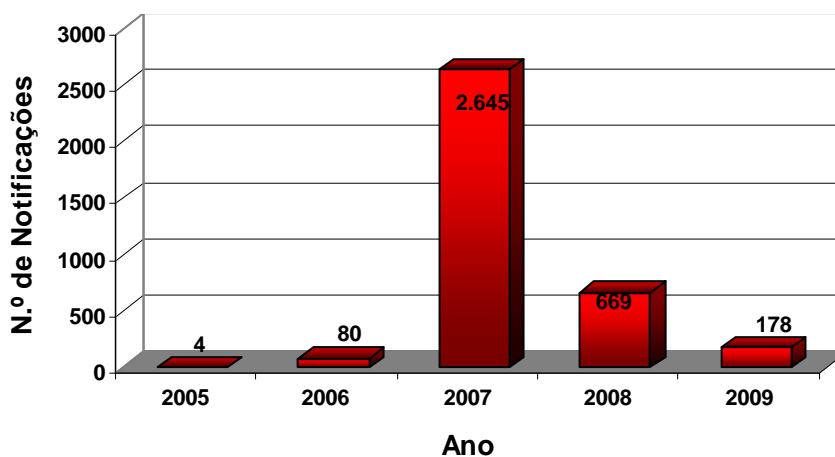
## 2.2.5 Doenças Transmitidas por Vetores e Antropozoonoses

As doenças transmitidas por vetores e as antropozoonoses representam um importante risco à saúde pública. O município desenvolve ações de vigilância dos agravos objetivando identificação de áreas de transmissão, detecção precoce de casos e conhecimento do perfil epidemiológico, controle de vetores e reservatórios e outras relevantes para o controle destas doenças.

A **Dengue** por sua magnitude, potencial de transmissão e transcendência tem sido foco de atuação prioritária.

O município enfrentou, em 2007, epidemia importante com níveis de incidência altos (acima de 300/100.000).

**Gráfico 16: N.º de Casos de Dengue Notificados  
Rio Claro/SP – 2005 a 2009**



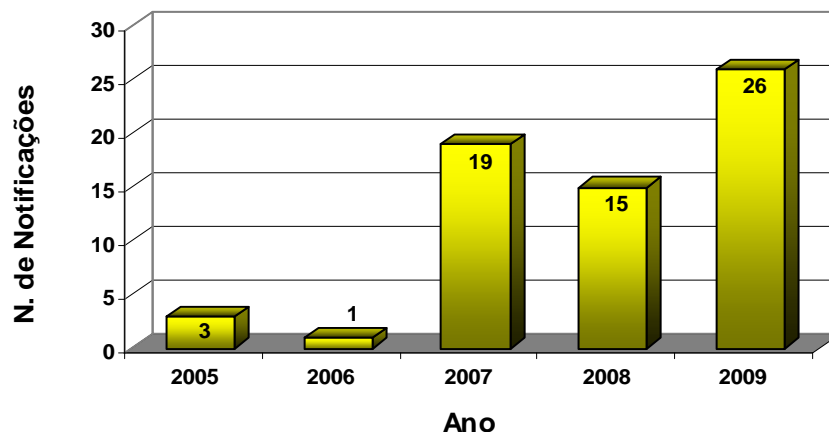
Fonte: VE Municipal

O município vem desenvolvendo ações de vistoria “casa a casa”, trabalhos educativos e ações intersetoriais objetivando a prevenção e o combate à dengue.

O Comitê Municipal de Combate à Dengue, constituído por representantes de Secretarias Municipais, Universidade Estadual Paulista - UNESP e representantes da sociedade civil organizada, tem atuado no acompanhamento, avaliação e implementação das ações de controle e combate à dengue, propondo mecanismos que possibilitem a sua plena execução.

A **Leptospirose** é uma doença aguda associada à presença de roedores na área urbana, apresentando 26 (vinte e seis) casos notificados, em 2009.

**Gráfico 17: N.º de Casos de Leptospirose Notificados  
Rio Claro/SP – 2005 a 2009**

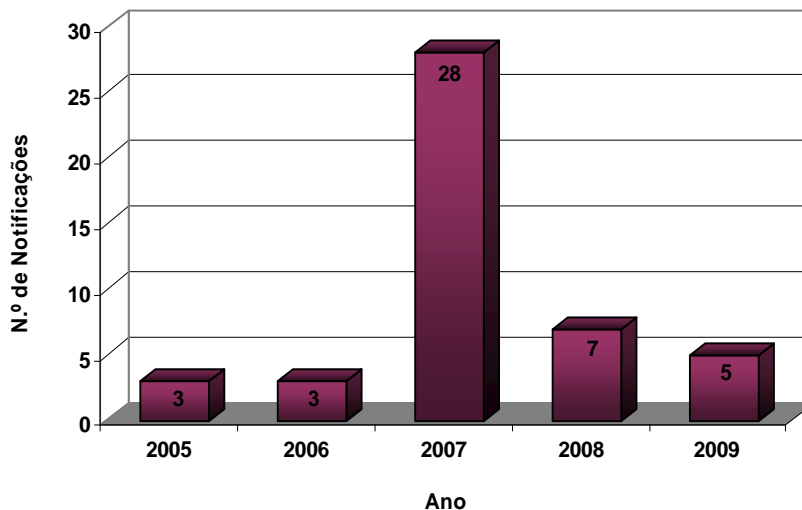


Fonte: VE Municipal

O Centro de Controle de Zoonose desenvolve Programa de Prevenção e Controle da Leptospirose com aplicação de raticida, desratização dos bueiros/bocas de lobo da cidade e atendimento e tratamento dos animais suspeitos.

O município registrou, em 2007, 28 (vinte e oito) casos de **Leishmaniose Tegumentar Americana**, conforme gráfico abaixo:

**Gráfico 18: N.º de Casos de Leishmaniose Tegumentar Americana  
Notificados – Rio Claro/SP – 2005 a 2009**



Fonte: VE Municipal

O **Programa de Controle da Leishmaniose Tegumentar** estabelece a realização de busca ativa na região do caso, onde são procurados animais com sintomatologia clínica sugestiva da doença. Essa busca é sempre acompanhada pelo médico veterinário que no caso da suspeita clínica, coleta material e envia para laboratório credenciado para confirmação da doença no animal. Conforme a situação epidemiológica é realizada nebulização pela SUCEN.

### **2.2.6 Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT**

As doenças crônicas não-transmissíveis compõem um grupo de entidades que se caracterizam por apresentar, de forma geral, longo período de latência, tempo de evolução prolongado, etiologia não elucidada totalmente, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito, tais como: hipertensão arterial, diabetes, doença cerebrovascular, neoplasias e doença isquêmica do coração.

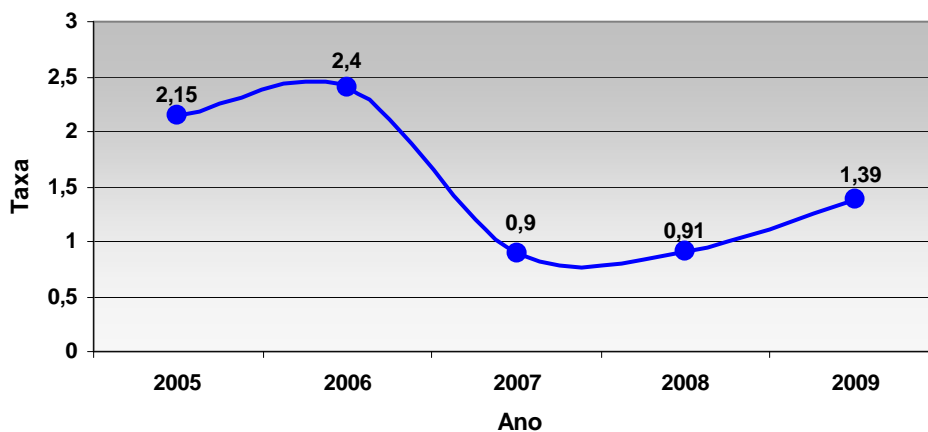
A diretriz estratégica do Plano Municipal “*Melhorar a vigilância e o controle das doenças e agravos não transmissíveis*”, relacionada com o controle das doenças crônico-degenerativas, apresenta a importância de estabelecer ações que respondam às necessidades especiais resultantes dos agravos, a valorização do cuidador de pessoas com doenças crônico-degenerativas incapacitantes e incentivo ao trabalho educativo.

A **hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes Mellitus** constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. Entre suas complicações mais frequentes encontram-se o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica, a insuficiência cardíaca, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais.

A identificação precoce dos casos e o estabelecimento do vínculo entre os portadores e a rede básica de saúde são elementos imprescindíveis para o controle desses agravos. O acompanhamento e o controle da hipertensão arterial e do Diabetes Mellitus pela Atenção Básica deverá evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares, bem como a mortalidade devido a esses agravos.

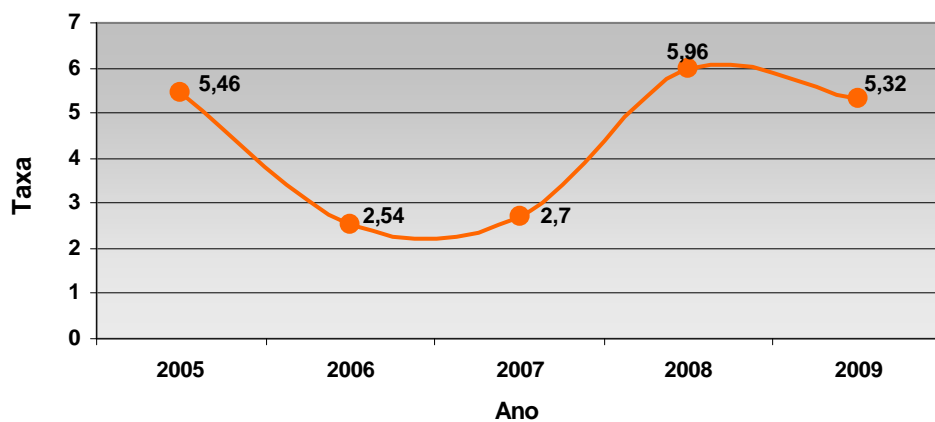
O município de Rio Claro apresenta as seguintes taxas de Internação por Diabetes Mellitus e suas complicações e por Acidente Vascular Cerebral – AVC.

**Gráfico 19: Taxa de Internação por Diabetes Mellitus na Faixa Etária de 30 a 59 anos – Rio Claro/SP – 2005 a 2009**



Fonte: SISPACTO

**Gráfico 20: Taxa de Internação por AVC na Faixa Etária de 30 a 59 anos – Rio Claro/SP – 2005 a 2009**



Fonte: SISPACTO

Nos indicadores do Pacto pela Vida – Prioridade VI: Fortalecimento da Atenção Básica - SISPACTO, foram pactuadas metas para diminuição das taxas de internações por Diabetes Mellitus e suas complicações e por Acidente Vascular Cerebral – AVC.

<b>Indicador</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Taxas de Internação por Diabetes Mellitus e suas complicações	1,50	1,48
Taxa de Acidente Vascular Cerebral – AVC	5,30	5,25

Fonte: SISPACTO

### **2.2.7 Grupos Vulneráveis aos Riscos de Doença ou com Necessidades Específicas**

A elaboração de políticas relativas à saúde evoca questões importantes relacionadas à identificação de problemas prioritários para populações específicas com vulnerabilidade, física ou psicossocial, aos riscos de doença e para as necessidades diferenciais de distintos grupos sociais.

A integralidade enquanto princípio constitutivo da atenção à saúde deve atentar para a incorporação dos cuidados integrais em áreas que os indicadores epidemiológicos apontam sua relevância social.

A universalidade deve ser qualificada pela integralidade, incluindo as necessidades específicas de ciclos de vida, de pessoas com deficiência, entre outras.

A equidade na atenção à saúde deve ser promovida considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades de saúde e ampliação do acesso do usuário às políticas setoriais, especialmente aquelas voltadas para mulheres, crianças, idosos, pessoas com deficiência, trabalhadores, saúde mental e populações em situação de desigualdade por fatores genéticos ou por condicionantes de exclusão social.

A formulação de políticas públicas e a organização do sistema de saúde devem produzir respostas suficientes e qualificadas que diminuam as iniquidades e promovam ações que devem ser priorizadas a essas populações.

Para isto, é fundamental a organização dos serviços de uma forma abrangente, desde a atenção primária até a atenção especializada, a qual deve estar organizada de forma relacionada quanto à sua complexidade, através de redes hierarquizadas e regionalizadas de oferta de serviços que devem ser compreendidas como ferramentas estratégicas de disseminação das ações de saúde.

O Plano Municipal de Saúde 2010 -2013, em seu Eixo 4 - Desenvolvimento de serviços e ações de saúde para segmentos da população mais vulneráveis aos riscos de doença ou com necessidades específicas, define como diretrizes estratégicas: *Saúde do Idoso; Saúde da Mulher; Saúde Mental; Saúde do Trabalhador; Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência e Atenção integral à Saúde da Criança.*

#### **2.2.7.1 Saúde do Idoso**

As mudanças significativas na composição populacional acarretam uma série de conseqüências sociais, culturais e epidemiológicas que exigem atenção dos gestores da área da saúde. Observa-se um crescimento da demanda de idosos na utilização de serviços de saúde, principalmente hospitalares, e para serviços específicos, em função de sua fragilidade e vulnerabilidade.

Estudos populacionais têm demonstrado que, no Brasil, mais de 85% dos idosos apresentam pelo menos uma enfermidade crônica, sendo que 15% apresentam cinco doenças. A hipertensão arterial é a mais prevalente, atingindo quase 60% deste contingente populacional.

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, com ênfase no envelhecimento ativo e saudável, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, para todo cidadão brasileiro com 60 anos ou mais.

A Rede de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa deve ser organizada ao nível de Região de Saúde, estabelecendo estratégias de gerenciamento e regulação dos cuidados, adequando a oferta à necessidade da pessoa idosa, incorporada na Atenção Básica e através

do estabelecimento de rede referenciada em centros-dia, hospital-dia e atenção domiciliar integrada, com disponibilização de insumos e medicamentos necessários.

Os objetivos programados nesta diretriz estratégica são: garantir a promoção da atenção à saúde do idoso voltada à qualidade de vida; reabilitar a capacidade funcional comprometida e capacitar os profissionais de saúde no atendimento da população idosa.

O enfoque da humanização deve permear todos os aspectos da atenção ao idoso e, em especial, os cuidados paliativos ao final da vida, através de capacitação específica dos profissionais da rede do SUS.

#### **2.2.7.2 Saúde da Mulher**

Os principais agravos à saúde que se traduzem em causas específicas de mortalidade feminina, como as causas maternas, os cânceres de mama e de colo uterino figuram como prioridades do Plano Municipal de Saúde, no eixo 2 – Redução da Mortalidade Infantil e Materna.

As necessidades específicas de saúde da mulher não se restringem à reprodução e à redução da mortalidade. As especificidades biológicas femininas e a assimetria das relações sociais entre homens e mulheres determinam uma alta prevalência de doenças em mulheres adultas que, por não serem fatais, não se expressam em indicadores de mortalidade e não são definidas como prioridades em saúde.

As chamadas "queixas ginecológicas" como as vulvovaginites, a miomatose e a endometriose, entre outras, representam demandas para a rede de saúde, observando-se oferta insuficiente de serviços na atenção básica e dificuldades de acesso a procedimentos de média complexidade, necessários à investigação diagnóstica dessas doenças.

A violência contra a mulher, principalmente a violência sexual, é apontada como prioridade para a política de saúde, com estabelecimento de ações estratégicas para minimizar os agravos conseqüentes à violência.

A organização de serviços de atenção e o desenvolvimento de atividades intersetoriais, deverão ser implementados para assegurar assistência das mulheres expostas à violência.

O município iniciou, em 2007, Projeto de Notificação de Violências, em fase de expansão para todas as unidades de urgência do município.

### **2.2.7.3 Saúde Mental**

Segundo dados epidemiológicos da Organização Mundial de Saúde, os transtornos mentais e comportamentais afetam universalmente 25% da população em uma determinada fase da vida, estando presentes em 10% da população adulta e 10% a 20% entre crianças e adolescentes. Além disso, 20% das pessoas atendidas por profissionais da Atenção Básica têm um ou mais transtornos mentais e comportamentais (Opas/OMS, relatório sobre a saúde no mundo).

Para este segmento da população as ações têm como objetivos: garantir atenção integral em saúde mental à população em serviços da rede extra-hospitalar; promover projetos intersetoriais para a atenção em saúde mental e implantar e implementar programas de educação permanente e qualificação de serviços da rede de atenção em saúde mental extra-hospitalar.

### **2.2.7.4 Saúde do Trabalhador**

A saúde do trabalhador representa um dos temas debatidos na III Conferência Nacional e V Conferência Estadual de Saúde de São Paulo, levando à formulação de propostas relevantes, que foram priorizadas na elaboração do Plano Municipal de Saúde.

O principal objetivo desse eixo é garantir a promoção da saúde dos trabalhadores e redução da morbimortalidade decorrente dos riscos ocupacionais, priorizando a vigilância de acidentes fatais e graves.

A implementação de projetos direcionados para os agravos prevalentes - LER/DORT e para os agravos em Saúde Mental relacionados ao trabalho, a qualificação da equipe técnica e a articulação do CEREST com as unidades de atenção básica e municípios da região Rio Claro, destacam-se entre as metas programadas.

### **2.2.7.5 Atenção às Pessoas com Deficiência**

Considera-se como deficiente a pessoa que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias: física, auditiva, visual, mental, múltipla.



No Brasil, estima-se que 14,5% da população brasileira tenham algum tipo de deficiência (Censo IBGE, 2000), o que causa importante impacto social e econômico.

A grande prioridade da pessoa com deficiência é sua inclusão na sociedade por meio de uma política de acessibilidade, o que contempla os diversos espaços sociais, como: educação, trabalho, lazer e saúde, entre outros.

A política de saúde da pessoa com deficiência tem como objetivo básico efetivar a inclusão da pessoa com deficiência no SUS, para atendimento à sua saúde e reabilitação, promovendo a sua inserção social por meio de ações de promoção da qualidade de vida, prevenção de deficiência, organização da rede de serviços e assistência integral, implantando ações de reabilitação na atenção básica e capacitando os profissionais de saúde.

#### **2.2.7.6 Atenção Integral à Saúde da Criança.**

A criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (ECA Art. 7º).

A elaboração de políticas públicas e a organização do Sistema de Saúde para atender a criança devem abordar a integralidade do cuidado e o ambiente sociocultural da criança.

A atenção à saúde da criança tem início no pré-natal e tem continuidade até a adolescência, respeitando as diversidades social, cultural, econômica, étnico-racial e observando a especificidade de cada fase do desenvolvimento.

A Saúde da Criança tem como objetivos promover a saúde da criança, dar proteção a agravos e diminuir a mortalidade infantil e neonatal, devendo ser desenvolvida em ações estratégicas programadas nos eixos do Plano de Saúde e nos indicadores pactuados conforme prioridades do Pacto pela Saúde.

## 2.3 Promoção em Saúde no SUS

A Política Nacional de Promoção da Saúde foi instituída pela Portaria MS/GM n.º 687/06, tendo como objetivo a *“promoção da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e bens e serviços essenciais”*.

A promoção da saúde figura como estratégia de produção de saúde e requer *“política transversal integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas de setor sanitário, outros setores do governo, setor não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida”*.

A OMS estabelece que as ações de promoção compreendam: o desenvolvimento de políticas públicas articuladas e saudáveis; o incremento do poder técnico e político das comunidades; o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida; a reorientação dos serviços de saúde e a criação de ambientes favoráveis à saúde.

As atividades de promoção e prevenção relacionadas à saúde, fazem parte do elenco de atividades de atenção básica em saúde, sendo desenvolvidas prioritariamente pelos municípios, cabendo à Gestão Estadual a tarefa de apoiar, estimular e facilitar estas atividades, por meio da articulação intersetorial, desenvolvimento de novas idéias e modelos de atuação, efetivação de parcerias.

As ações de prevenção e promoção em saúde estão programadas nos diversos eixos do Plano de Saúde, devendo ser adotadas de forma global pelo sistema de saúde e sua ampla difusão tem como meta as mudanças de hábitos e de estilo de vida na população.

## 2.4 Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde engloba as Coordenadorias de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Centro de Controle de Zoonoses, unidades da Diretoria de Medicina Preventiva e Social da FMSRC. Apresenta interfaces de atuação com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, nas ações de Vigilância da Saúde do Trabalhador e com o Serviço de Atendimento Especializado – DST/AIDS, em Vigilância das Doenças Sexualmente Transmissíveis, inclusive HIV.

As ações de prevenção devem ser vistas como prioritárias no campo da saúde, pois possibilitam repercussões de alta eficácia e baixo custo, quando comparadas a ações curativas de alta complexidade.

O serviço de **Vigilância Sanitária** Municipal foi implantado através da Lei Municipal 2949, de 11/03/1998, que estabeleceu as atribuições e competências do poder municipal para o desenvolvimento das ações.

Em 05/1998, com a habilitação do município em Gestão Plena do Sistema de Saúde, assumiu a responsabilidade pela execução de ações de baixa, média e alta complexidade em vigilância sanitária.

A VISA desenvolve ações do Programa Pró-água, que monitora a qualidade das águas do abastecimento público e fiscaliza os distribuidores de água para consumo humano, com análises realizadas pelo Instituto Adolpho Lutz.

Conforme Termo de Ajuste de Conduta - Ministério Público do Trabalho, a VISA Rio Claro é referência regional para os trabalhos realizados no setor da cana-de-açúcar (alojamentos, análise da qualidade da água servida pela usina responsável).

Através de seus agentes, realiza ações capazes de eliminar ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde.

O número de inspeções e vistorias realizadas pela VISA é determinado pelo CVS/SES/SP, segundo o grau de complexidade dos estabelecimentos.

**Tabela7: Vistorias Realizadas pela Vigilância Sanitária do Município de Rio Claro/SP – 2004 a 2009**

Origem da Demanda	Tipos de Vistorias	Ano					
		2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Rotina</b>	Correlatos	105	153	175	137	103	135
	Alimentos	1411	1198	1360	1615	1574	1243
	Alimentos Noturno	219	283	338	341	348	515
	Veículo Alimentos	70	133	166	108	142	36
	Piscinas / Clubes	16	21	33	32	56	44
	Fármacias / Drogarias	127	142	171	174	172	158
	Médicos/Dentistas e outros Área de Saúde	635	768	1033	1140	1422	1331
	Saneantes/Cosméticos	9	7	28	74	27	22
	Creches/Ensinos	0	8	8	5	22	16
	Óticas	26	26	30	28	27	40
	Drogaditos	0	7	10	8	16	5
	Casa de Repouso	3	10	14	15	47	38
	Pedicure/Cabeleireiro, etc	53	40	66	84	121	116
	Acunpuntura/Massagista/Tatuagem	5	6	3	25	54	13
	Hotéis / Motéis	10	9	19	15	20	3
Ferro Velho	24	24	34	20	16	17	
Saúde do Trabalhador	23	19	1	10	4	12	
<b>Denúncias</b>	Intoxicação Alimentar	7	1	2	2	3	1
<b>Programas</b>	Cursos/Treinamentos	170	63	147	32	38	86
	Coleta de Alimentos	19	15	52	4	9	19
	Fonte Alternativa	8	4	12	35	37	18
	ProÁgua	170	210	210	240	240	240
<b>Reclamações 156</b>	Alimentos 156	117	182	153	117	159	158
	Animais	284	67	126	113	87	82
	Lixo/Entulho e outros	149	147	179	184	166	157
	Área de Saúde	30	32	30	67	35	42
	Esgoto	41	62	27	20	30	7
<b>TOTAL</b>		<b>3.731</b>	<b>3.637</b>	<b>4.427</b>	<b>4.645</b>	<b>4.975</b>	<b>4.554</b>

Fonte: VISA Municipal

A necessidade de constituição e manutenção de corpo técnico devidamente qualificado e treinado é justificada pelas recentes atribuições assumidas pela VISA, tais como fiscalização do serviço de terapia renal substitutiva, das emissões magnéticas de telefonia celular e dos alojamentos de trabalhadores do setor canavieiro.

Dentre as prioridades destacam-se a implantação do Serviço de Vigilância Ambiental; garantir a continuidade de capacitação e reciclagem para os profissionais nas áreas de saúde, alimentos e ambiental, em radiação ionizante e não ionizante, saneantes domissanitários, correlatos e intensificar a intersectorialidade com os Departamentos Municipais.

A Lei 8080/1990 define a **Vigilância Epidemiológica** como *“um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”*.

A Portaria GM/MS n. 1.172/04 define as responsabilidades de cada uma das esferas de governo, sendo atribuições do município: a gestão de sistemas de informação epidemiológica no âmbito municipal, e a coordenação, supervisão e execução de ações de vigilância epidemiológica e sanitária. Os níveis estaduais e federais têm o papel complementar e suplementar.

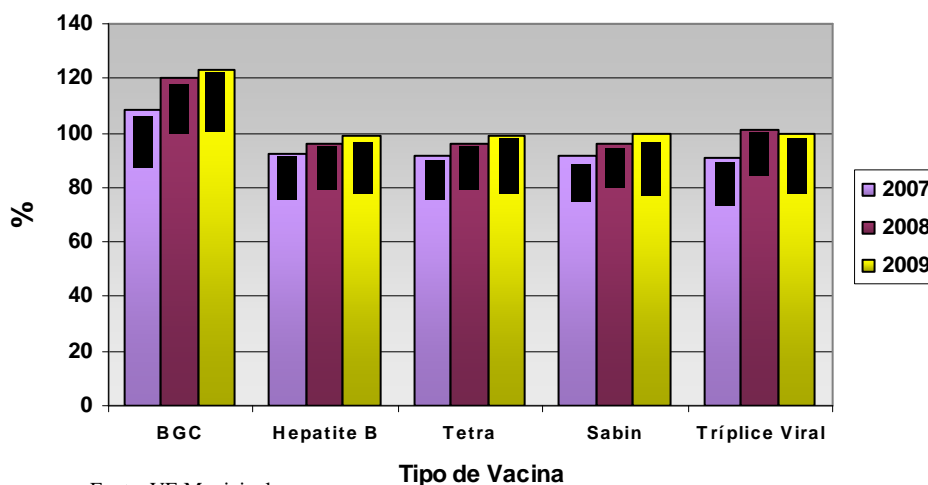
A VE vem atuando na implementação dos Programas de Saúde: Programa de Controle de Hanseníase; Programa de Controle de Tuberculose; Programa de Controle de Leishmaniose; Gestação de Alto Risco e Programa de Eliminação da Sífilis Congênita.

Dentre as ações de atenção a saúde da criança realiza orientações nas maternidades, sobre aleitamento materno, teste do pezinho e agendamento da primeira consulta pós-parto para mãe e seu bebê na Unidade Básica de Saúde mais próxima da residência materna.

O acompanhamento de bebês que apresentam fatores de risco aumentados é objeto do Programa Bebê de Risco, implantado em 2006 e desenvolvido em conjunto com a equipe multidisciplinar do Centro de Habilitação Infantil – CHI.

A VE é responsável pelas atividades de **imunização**, rede de frio, suprimento de soros e monitoramento de eventos adversos à vacinação, realizando vacinação contra hepatite B e BCG em recém-nascidos nas maternidades e clínicas do município.

**Gráfico 21: Percentual de Cobertura Vacinal em Menores de 1 Ano  
Rio Claro/SP – 2007 a 2009**



Para melhoria da qualidade de atuação são apontadas como necessidades a reestruturação e ampliação da equipe, adequação da área física das instalações da VE e para o armazenamento de estoque de imunobiológicos e o suporte na área de informática.

O **Centro de Controle de Zoonoses – CCZ**, implantado em 1997, tem como finalidade prevenir e controlar as doenças que são transmitidas pelos animais ao homem. O CCZ presta serviços como: controle de vetores, controle de raiva animal, controle de animais sinantrópicos, controle de roedores, orientação veterinária e controle de população animal. Apresenta interfaces de atuação com a Vigilância Sanitária e a Vigilância Epidemiológica.

As competências do CCZ são definidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, pela Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN) e Instituto Pasteur (Referência Nacional no Controle da Raiva).

O CCZ possui equipe de Informação, Educação e Comunicação – IEC, responsável pelo desenvolvimento de atividades de educação à população a respeito das diversas zoonoses, com realização de palestras com temas sobre: Dengue, Leptospirose, Leishmaniose, Febre Maculosa, Piolhos, Morcegos, Posse Responsável, entre outros.

O CCZ participa dos projetos: Projeto de Mapeamento Epidemiológico, em parceria com a UNESP e VE, com o objetivo de mapear a ocorrência de doenças no município; Programa da Posse Responsável, com apresentações nas escolas da cidade, sendo o público alvo crianças de 1ª a 4ª séries e em outros locais, conforme demanda e/ou solicitação.

Desenvolve trabalho conjunto com a Vigilância Sanitária, em demandas zoonosológicas, com inspeções e vistorias, mediante denúncias, via 156 ou solicitações da comunidade.

Para implementação das ações e implantação de Projetos é necessário viabilizar, junto à Prefeitura Municipal, a legalização da área ocupada pelo CCZ para ampliação e reforma das instalações atuais, inclusa no PPA 2010 - 2013, no Programa Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

## 2.5 Atenção à Saúde

Atualmente, os principais desafios da política de saúde no município são:

✓ **Aperfeiçoar a universalidade da atenção à saúde**, garantindo melhoria da qualidade nas ações de **atenção básica**, base de todo o sistema de saúde e fundamentais para que possamos reduzir as desigualdades encontradas na situação de saúde da população;

✓ **Garantir a equidade** na atenção, criando mecanismos de acesso para serviços e ações de saúde integral, na assistência de média e alta complexidade.

Os grandes avanços no desenvolvimento do SUS, que incluem a extensão de acesso da população aos serviços de saúde, tanto na atenção primária como na atenção de maior complexidade, bem como o desenvolvimento da descentralização e municipalização do sistema, ocasionaram a percepção de novos problemas organizacionais e gerenciais, que exigem reflexão e estratégias de enfrentamento.

As dificuldades de financiamento da rede de serviços de saúde, especialmente de média e alta complexidade, agravadas pelo encarecimento progressivo da assistência à saúde, torna fundamental o desenvolvimento de mecanismos de planejamento e de gestão objetivando o aperfeiçoamento da rede municipal de saúde, na busca de racionalização, eficiência, qualidade e humanização da assistência à saúde.

### **2.5.1 Atenção Básica**

A Política Nacional da Atenção Básica, instituída pela Portaria MS/GM 648/2006, adota uma conceituação abrangente de Atenção Básica, como elemento norteador de políticas orientadas para a estruturação do sistema:

*“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”.*

Nestes termos, a Atenção Básica requer organização suficientemente complexa para responder de forma integral e integrada a essas necessidades e demandas, entendendo-se como integralidade:

- a integração de ações programáticas e demanda espontânea (pronto atendimento);
- a articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação;
- o trabalho de forma interdisciplinar e em equipe.



A Atenção Básica constitui o primeiro nível de atenção à saúde, sendo estruturante de todo o sistema de saúde, devendo articular-se com a atenção secundária e terciária como uma rede, com competências distintas e fluxos multidirecionais de encaminhamento e contrarreferenciamento das demandas (individuais e coletivas).

Serviços básicos de qualidade e eficientes devem apresentar resolubilidade de 80% das demandas e referenciar os encaminhamentos necessários para a atenção de média e alta complexidade.

A Atenção Básica estrutura-se em unidades do modelo “tradicional” e da Estratégia da Saúde da Família. As Unidades Básicas de Saúde – **modelo “tradicional”** caracterizam-se pelas ações direcionadas nos diversos programas de saúde: saúde da criança, saúde da mulher, saúde mental, tuberculose, hanseníase, saúde do adulto, entre outros, com ênfase na atenção individual, havendo necessidade de integração de ações de saúde coletiva com ações de cuidado ao indivíduo.

A **Estratégia da Saúde da Família** foi implantada no município a partir de 2000, buscando a ampliação de extensão de cobertura da atenção básica em áreas com dificuldade de acesso a serviços de saúde, considerando o Índice de Prevalência de Vulnerabilidade Social – IPVS e a territorialização do município.

O modelo de atenção à saúde vem sendo reorientado pela Fundação Municipal de Saúde no sentido de uma transformação progressiva para a estratégia da Saúde da Família, conforme metas pactuadas com o Ministério da Saúde e elegibilidade do município de Rio Claro na Fase II do **Programa de Reestruturação e Expansão da Saúde da Família – PROESF**, Portaria GM/MS 3091, 18/12/2009.

O Componente I – Fase II tem como finalidade o fortalecimento da Atenção Básica/Estratégia da Saúde da Família em nível municipal, objetivando a ampliação do acesso aos serviços de saúde e melhoria da qualidade da atenção, através de uma série de atividades e ações financiáveis, com potencialidades para interferirem nos desafios que interpõem-se para a eficácia da organização do sistema de saúde..

No município de Rio Claro a Atenção Básica é desenvolvida em 06 (seis) Unidades Básicas de Saúde – UBS e 09 (nove) Unidades com Programa de Saúde da Família, contando com 11 (onze) equipes de Saúde da Família – ESF.

### **Unidades Básicas de Saúde – 06 UBS:**

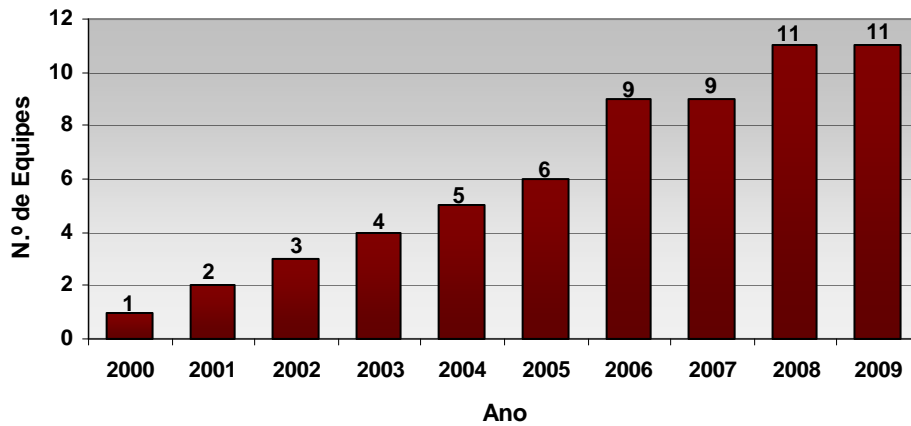
- ✓ UBS Jardim Cervezão
- ✓ UBS Dr. Mário Fittipaldi – Wenzel
- ✓ UBS Dr. Silvio Arnaldo Piva - Vila Cristina
- ✓ UBS Orestes Armando Giovanni - 29
- ✓ UBS Dr. Antônio R. M. Santomauro - Nosso Teto/Boa Vista
- ✓ UBS Assistência

### **Unidades com Programa de Saúde da Família – PSF 09 USF e 11 ESF:**

- ✓ USF Célia Ceccato da Silva - Bom Sucesso / Novo Wenzel – 01 equipe
- ✓ USF Ajapi – 01 equipe
- ✓ USF Mãe Preta (I e II) – 02 equipe
- ✓ USF Dr. Dirceu Ferreira Penteado – Jd. Novo I, II e Terra Nova – 01 equipe
- ✓ USF Benjamim de Castro – 01 equipe
- ✓ USF Dr. Gilson Giovanni – Palmeiras – 02 equipes
- ✓ USF Dr. Celestino Donato – Jd. Guanabara – 01 equipe
- ✓ USF Dr. Moacir de Oliveira Camargo – Jd. das Flores – 01 equipe
- ✓ USF DR. Oswaldo Akamine - Jd. Panorama – 01 equipe

Em 2004, o município de Rio Claro foi qualificado, junto ao Ministério da Saúde, na Fase I do Programa de Expansão da Saúde da Família – PROESF, com habilitação de 35 Equipes de Saúde da Família – ESF, com implantação de novas ESF e transformação de UBS existentes.

**Gráfico 22: Evolução da Estratégia Saúde da Família – Implantação de Equipes – Rio Claro/SP – 2000 a 2009**

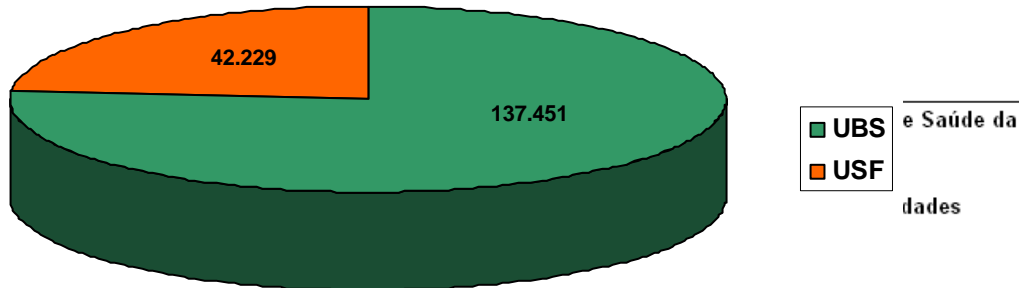


Fonte: SIAB

A proporção de cobertura da população com a Estratégia Saúde da Família é de 25,52 %, em 2009, com 49.434 pessoas cadastradas. A ampliação atual programada é de construção de 03 UBS: JD. Progresso – 01 ESF (nova), JD. Conduta - 01 ESF (nova), Bela Vista - 01 ESF (nova) e Mãe Preta – 02 ESF (existentes/prédio alugado).

Em 2009 as consultas médicas da estratégia da saúde da família representaram 23,5% do total de consultas médicas nas especialidades básicas.

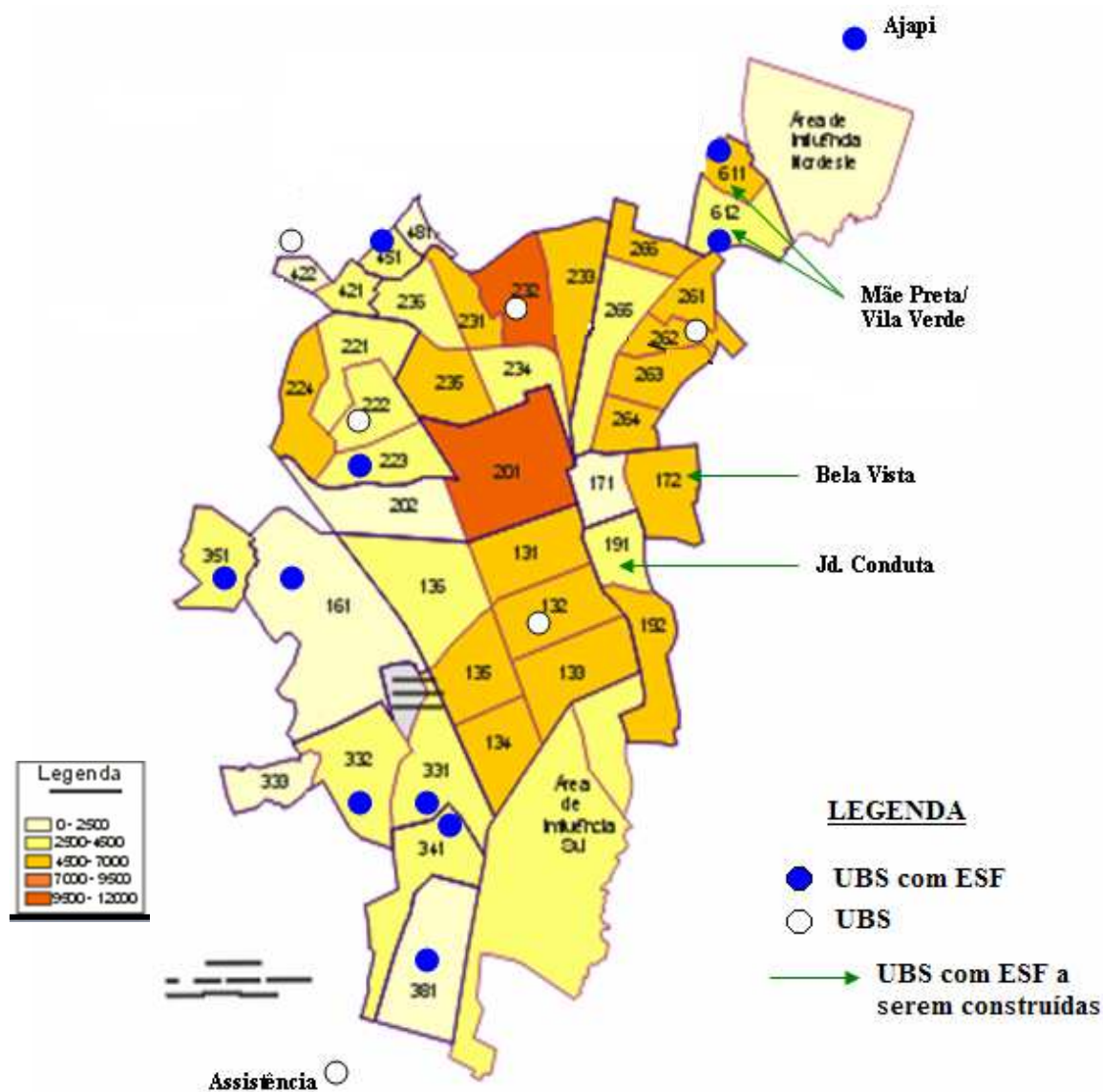
**Gráfico 23: Consultas Médicas nas Especialidades Básicas Rio Claro/SP - 2009**



Fonte: SIAB/ TABWIN

A localização das unidades da rede de atenção básica permite a oferta dos serviços de forma dispersa, favorecendo a sua acessibilidade. A implantação de novas unidades e ESF deverá ser realizada conforme territorialização do município, elaborada em parceria com a UNESP, secretarias municipais e outros setores.

**Figura 4: Localização das Unidades de Atenção Básica – Rio Claro/SP**



Fonte: SEPLADEMA 2005

A implantação do **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF – Tipo I**, conforme Portarias 154/GM, 04/03/2008, e Portaria 2.281/GM, 01/10/2009, ampliando a abrangência das ações da Atenção Básica, melhorando a sua qualidade e resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica, está sendo pleiteada pelo município.

A proposta do município é investir na qualificação da Atenção Básica, mediante ampliação de ações de apoio, avaliação e monitoramento, capacitação voltada para a Estratégia Saúde da Família e para os trabalhadores inseridos na rede tradicional, em resposta aos desafios da complexidade da rede de Atenção Básica.

Para reorganização do modelo de atenção deverão ser desenvolvidas ações de revisão e implantação de protocolos assistenciais – linhas de cuidado - nas diferentes áreas de Atenção Básica; de acolhimento e avaliação de risco; de fluxo e sistemas de referência e contra-referência aos serviços especializados e de urgência/emergência, buscando garantir a articulação, hierarquização e integração da assistência nos diferentes níveis de atenção à saúde.

A **Política de Humanização** do município deverá promover a atuação dos serviços de saúde, com proposta de estabelecer uma relação entre usuários, suas redes sociais e os trabalhadores, com ênfase no trabalho coletivo na direção de um SUS acolhedor e resolutivo, norteado pelos princípios da transversalidade e a inseparabilidade entre atenção e gestão.

O município deve buscar a efetivação de um SUS humanizado, através de Acolhimento com Classificação de Risco, Grupos de Trabalho em Humanização - GTH, Valorização dos Trabalhadores de Saúde e Ouvidoria, entre outros. Para desenvolvimento e implementação desta política o município deverá articular parcerias com instâncias municipais, estaduais e federais.

Os **investimentos** na rede básica de serviços de saúde estão previstos com recursos de projetos habilitados junto ao Ministério da Saúde e com recursos da esfera estadual e municipal, com programação de construção e adequação de unidades básicas de saúde e aquisição de materiais permanentes, equipamentos médico-assistenciais e informatização da rede.

## **2.5.2 Atenção Especializada**

A Atenção Especializada é composta por ações e serviços de média e alta complexidade, que visam atender os principais problemas de saúde e agravos da população, realizada por profissionais especializados e com o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico.

O município de Rio Claro procura garantir a integralidade da assistência, por intermédio dos equipamentos próprios, conveniados/contratados e das referências pactuadas – PPI, através do Departamento Regional de Saúde- DRS X de Piracicaba.

Apontamos a importância da participação do Colegiado de Gestão Regional - CGR Rio Claro e DRS X na viabilização de serviços para ampliação da oferta de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, conforme necessidades locais regionais.

Na assistência de alta complexidade há necessidade de implementação, pelo DRS X, de instrumentos de regulação e estabelecimento de fluxos para assegurar as referências pactuadas na PPI no âmbito regional e estadual.

A **Assistência Ambulatorial Especializada** é desenvolvida através dos Ambulatórios de Especialidades, Centros de Atenção Psicossocial e Centro de Habilitação, que são referências para a Região Rio Claro. O município conta com o Ambulatório Médico de Especialidades – AME Rio Claro, sob gestão estadual, em funcionamento desde 14/12/2009.

### **2.5.2.1 Ambulatórios de especialidades**

- ✓ Centro de Especialidades e Apoio Diagnóstico – CEAD
- ✓ Ambulatório Médico de Especialidades – AME Rio Claro
- ✓ Centro de Especialidades Odontológicas – CEO
- ✓ Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST
- ✓ Ambulatório de DST/ AIDS – Centro de Apoio e Aconselhamento Sorológico – COAS

O **Centro de Especialidades e Apoio Diagnóstico - CEAD** foi implantado em 1998, para garantir o acesso às especialidades médicas e serviços de apoio diagnóstico, funcionando no antigo prédio do Centro de Saúde.

Conta com as seguintes especialidades médicas: Cardiologia; Cirurgia Ambulatorial; Cirurgia Pediátrica; Dermatologia; Endocrinologia; Gastroenterologia; Gravidez de Alto Risco; Hematologia/Oncologia; Mastologia; Nefrologia; Neurologia; Oftalmologia; Ortopedia; Otorrinolaringologia; Pneumologia; Psiquiatria; Urologia e Vascular.

Desenvolve os Programas de Saúde: Programa de Asma; Programa de Tuberculose; Programa de Hanseníase; Programa de Atenção Domiciliar - PAD e Programa de Dispensação de Bolsas de Ostomia.

O CEAD possui serviços de Apoio Diagnóstico realizando procedimentos de: Biópsia; Campimetria; Eletrocardiograma; Eletroencefalograma e Ultrassonografia.

O **Ambulatório Médico de Especialidades – AME Rio Claro** iniciou suas atividades em 14/12/2009, compondo a Rede de Ambulatórios Médicos de Especialidades – AME do Sistema Único de Saúde de São Paulo, criada pela Resolução SS 39, de 03/04/2008, prestando atendimento ambulatorial especializado visando a ampliação do acesso e melhoria da resolubilidade da rede regional de assistência à saúde.

O AME – Rio Claro é referência para 13 (treze) municípios das Regiões de Saúde do DRS X Piracicaba - RS Rio Claro: Analândia, Corumbataí, Ipeúna, Itirapina, Rio Claro e Santa Gertrudes; RS Araras: Leme, Pirassununga, Santa Cruz da Conceição; RS Piracicaba: Águas de São Pedro, Charqueada, Santa Maria da Serra e São Pedro, atendendo uma população estimada em 450.000 habitantes.

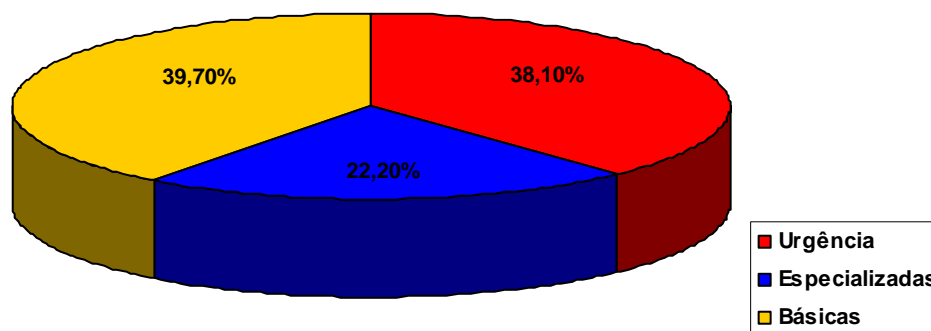
O AME – Rio Claro deverá implantar gradativamente 26 (vinte e seis) especialidades médicas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

A cota inicial disponibilizada, a partir de 12/2009, é a seguinte:

<b>Tabela 8: Cota Inicial de Consultas por Especialidade Oferecidas pelo AME Rio Claro/SP</b>		
<b>Especialidades</b>	<b>Cota de Rio Claro</b>	<b>Cota Total</b>
Acupuntura	66	159
Cardiologia	83	199
Coloproctologista	14	39
Dermatologia	82	199
Endocrinologia	0	0
Gastroenterologia/endoscopista	30	79
Gineco/mastologia/Obstetrícia (alto risco)	66	159
Neurologia	109	263
Oftalmologia	58	139
Ortopedia	58	139
Otorrinolaringologia/Nasofaringoscopia	66	159
Radiologia/Imagenologia	0	0
Reumatologia	119	287
Urologia	65	159
<b>Total</b>	<b>816</b>	<b>1.980</b>

As consultas especializadas representaram 22,20% do total de consultas médicas realizadas, em 2009.

**Gráfico 24: Percentual de Consultas Médicas por Tipo Rio Claro/SP – 2009**



Fonte: TABNET/DATASUS



As especialidades de Ortopedia, Otorrinolaringologia e Pneumologia apresentam estrangulamentos, sendo necessário ampliação da oferta de consultas, para atendimento da demanda reprimida.

A implantação de Ambulatório Médico de Especialidade – AME Rio Claro e de outros municípios do DRS X, ampliou a oferta de procedimentos, sendo necessário o aprimoramento de mecanismos regulação e de referência e contra-referência.

O **Centro de Especialidades Odontológicas – CEO** foi habilitado através da Portaria 2192/GM, de 08/10/2004, com classificação CEO I. A Deliberação CIB 01/2009, de 22/01/2009 aprovou a alteração de sua classificação para CEO II. Os serviços especializados em odontologia são referências para os municípios da Região Rio Claro.

Conta com os seguintes serviços especializados: Endodontia; Cirurgia Oral Menor dos Tecidos Moles e Duros; Dentística; Patologia (diagnóstico em doenças bucais, com atenção especial ao câncer); Periodontia; Odontopediatria e Bebê Sorriso; Atendimento a Portadores de Necessidades Especiais e Radiologia Periapical.

O Centro de Especialidades Odontológicas possui habilitação como **Laboratório Regional de Prótese Dentária – LRPD**, Portaria n.º 2444/GM, de 12/12/2005, prestando serviços de prótese dentária e aparelhos ortodônticos.

Com objetivo de ampliar as ações de Saúde do Idoso, o município implantou o **Centro de Especialidades Odontológicas em Saúde Bucal do Idoso – CEOSBI**, em funcionamento desde setembro de 2008.

<b>Procedimentos</b>	<b>Quantidade</b>
Biopsia de Glândula Salivar	35
Biopsia de Tecidos Moles da Boca	90
Aparelho Ortodôntico Removível	196
Prótese Parcial Maxilar Removível	39
Prótese Total Mandibular	74
Prótese Total Maxilar	99

Fonte: BPA – UAC- FMSRC

O município de Rio Claro desenvolve trabalho pioneiro na área de **Saúde do Trabalhador** desde 1995, quando teve início o processo de discussão sobre a viabilização da implantação do Programa de Saúde do Trabalhador no município.

O Ambulatório de Saúde do Trabalhador foi implantado em 1996, com o propósito de desenvolver políticas que apontem para melhoria das condições de trabalho e da atenção à saúde dos trabalhadores nas áreas: assistencial, vigilância, educação e controle social.

Em 2002 foi iniciada a construção de uma rede de proteção à saúde do trabalhador que se estruturou da seguinte forma: Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST – SP e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Regional – CEREST (municipal/ regional).

Em agosto de 2003, o município de Rio Claro é habilitado, através da Portaria 1.679/GM, em **Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - Regional**, tendo atualmente como área de abrangência municípios dos Colegiados de Gestão Regional da Região Rio Claro: Analândia, Corumbataí, Ipeúna, Itirapina, Rio Claro e Santa Gertrudes e da Região de Araras; Araras, Conchal, Leme, Pirassununga e Santa Cruz da Conceição.

O CEREST – Rio Claro vem buscado ampliar os serviços de atenção à saúde dos trabalhadores, no âmbito dos municípios, incentivando a implantação de ações de prevenção de doenças, acidentes de trabalho e vigilância em Saúde do Trabalhador.

A capacitação em Saúde do Trabalhador aos profissionais da rede SUS e o controle social destacam-se entre suas principais finalidades.

Dentre as prioridades temos o desenvolvimento de projetos de atuação que visem diminuir e/ou eliminar os riscos à saúde aos que os trabalhadores estão expostos em seus ambientes de trabalho. Observa-se a necessidade de ampliação de equipe técnica para atender às necessidades dos municípios que compõem a área de abrangência.

<b>Tabela 10: Principais Procedimentos Realizados – CEREST - 2009</b>	
<b>Atendimentos Prestados</b>	<b>Quantidade</b>
Atendimento ao Trabalhador	4.163
Acidente de Trabalho	1.213
Acidente de Trabalho com Vítimas Fatais	06

Fonte: CEREST – Rio Claro

O **Ambulatório DST/ AIDS**, foi idealizado para atender casos de doenças sexualmente transmitidas recorrentes e imunodeficiências adquiridas (HIV/ AIDS). Com o passar dos anos tem incorporado atendimento de outras doenças infecciosas que apresentam dificuldade de segmento na rede básica de saúde, devido à complexidade diagnóstica e de tratamento requerido, tais como Hepatites B e C.

O Ambulatório oferece orientação sobre prevenção, diagnóstico, acompanhamento médico, sorológico e dispensação de medicamentos relacionados ao tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Conta também com atendimento odontológico (saúde bucal), psicológico e social para pessoas portadoras do HIV, hepatites B e C, crianças expostas a contaminação de HIV, sífilis, hepatites B e C, vítimas de violência sexual, acompanhamento dos casos de acidentes com material biológico com uso de quimioprofilaxia.

O **Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA** têm como objetivo estimular a adoção de práticas sexuais seguras, incentivando o uso de preservativos, oferecendo orientação sobre a prevenção das doenças sexualmente transmissível e diagnóstica sorológico para HIV e Sífilis, Hepatites B e C, dando à população interessada a oportunidade de realizar o teste através de procura espontânea e sem obrigatoriedade de identificação.

Realiza ações preventivas em escolas, empresas e outros segmentos, através de palestras, oficinas, treinamentos, CTA Itinerante, com temas relacionados as DSTs/HIV/AIDS/Hepatites Virais. Desenvolve projetos de orientação e sensibilização com ações intersetoriais junto à rede básica de saúde, secretarias municipais, sociedade em geral e populações com maior vulnerabilidade.

### **2.5.2.2 Saúde Mental - Centros de Atenção Psicossocial**

O modelo assistencial de Saúde Mental do Município está estruturado conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde, que prevê a construção articulada de um conjunto de serviços e recursos capazes de oferecer os cuidados necessários ao tratamento, produção de autonomia e exercício de direitos de cidadania para esta população, ampliando o acesso e a qualidade dos serviços prestados.

A alta prevalência dos transtornos mentais e comportamentais, na população em geral, exerce considerável impacto sobre os indivíduos, as famílias e as comunidades, com implicações psíquicas, sociais, econômicas, culturais e políticas.

O município de Rio Claro vem implementando ações e ampliando parcerias intersetoriais, inclusive com participação de Promotoria e entidades ligadas a criança e adolescentes, para assegurar atenção em saúde mental e a proteção aos direitos das pessoas com transtornos mentais e/ou transtornos associados ao uso de álcool e outras drogas.

A atenção em saúde mental é desenvolvida nas seguintes Unidades:

- ✓ Centro de Atenção Psicossocial “18 DE MAIO” – CAPS III
- ✓ Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD
- ✓ Centro de Referência da Infância e Adolescência de Rio Claro – CRIARI
- ✓ Centro de Especialidade em Saúde Mental – CEM

O **Centro de Atenção Psicossocial “18 de Maio” – CAPS III** foi implantado em 1998, como Núcleo de Atenção Psicossocial - NAPS, sendo habilitado como CAPS nível III, através da Portaria 825/ SAS, de 31/10/2002.

Desenvolve ações que visam resgatar a cidadania do portador de sofrimento mental, integrando-o no convívio social. Presta atendimento a adultos com transtorno mental severo e persistente e egressas de internação psiquiátricas, em regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Conta com leitos de observação e serviço de Pronto Atendimento em Saúde Mental.

O CAPS III realiza atendimento em regime de atenção diária, promovendo a reabilitação psicossocial e a inserção social dos usuários, desenvolvendo trabalho articulado com a atenção básica, através de atividades de suporte e supervisão de saúde mental.

<b>Acompanhamentos</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Intensivo	4.250	4.651
Semi - Intensivo	861	719
Não Intensivo	11	-

Fonte: SIA/SUS – UAC - FMSRC

Dentre as prioridades destacam-se a ampliação de ações intersetoriais e a organização da rede com implantação de apoio matricial às equipes de atenção básicas.

O **Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS ad** iniciou suas atividades em 1998, como Núcleo de Atenção à Toxicodependência – NAT, sendo habilitado junto ao Ministério da Saúde pela Portaria 754/ SAS, de 08/11/2006, como Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS ad.

Caracteriza-se pela atenção a pessoas com problema de uso prejudicial de álcool e outras drogas, prestando atendimento em regime de atenção diária, promovendo ações de desintoxicação ambulatorial e de reabilitação psicossocial.

<b>Tabela 12: Acompanhamento para Dependentes de Álcool e Drogas – CAPS AD</b>		
<b>Acompanhamentos</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Intensivo	1.899	1.912
Semi - Intensivo	544	395

Fonte: SIA/SUS – UAC – FMSRC

Participa de projetos e desenvolve ações intersetoriais de prevenção e enfrentamento da dependência ao álcool e outras drogas.

O **Centro de Referência da Infância e Adolescência de Rio Claro – CRIARI** é uma unidade integrante do Programa de Saúde Mental do município.

O CRIARI realiza o acolhimento de crianças e adolescentes de 3 a 18 anos incompletos, com queixas emocionais e sofrimento psíquico. A demanda avaliada se relaciona às questões de fala, linguagem, psíquicas e cognitivas, sendo espontânea ou referenciada pelas Unidades de Saúde, Conselho Tutelar e Fórum.

A proposta de atuação é desenvolvida por equipe multiprofissional, de escuta especializada na área Clínica Preventiva e Curativa. Os atendimentos são realizados em grupo e/ou individualmente, com a integração da família à proposta de reflexão e orientação.

Atualmente, o tratamento de crianças e adolescentes do CRIARI e usuários de drogas desta faixa etária, é dificultado pela ausência de psiquiatra infantil, cargo sem preenchimento mesmo com a realização de concurso público.

<b>Tabela13: Principais Procedimentos Realizados – CRIARI – 2009</b>	
<b>Procedimentos</b>	<b>Quantidade</b>
Consulta de Profissionais N.S. na Atenção Especializada	679
Consulta Médica em Atenção Especializada	144
Terapia em Grupo	330
Terapia Individual	551
Atendimento em Psicoterapia de Grupo	105
Atendimento Individual em Psicoterapia	1.742

Fonte: BPA – UAC- FMSRC

Uma das prioridades do município é a implantação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPSi, considerando a demanda e a ausência de referências regionais, sendo proposta aprovada na IX Conferência Municipal de Saúde. O CAPSi deverá atender os usuários de álcool e outras drogas e casos de gravidade no quadro mental de crianças acompanhadas no CRIARI, que necessitam de programa específico e atenção adequada.

O **Centro de Especialidades em Saúde Mental - CESM** realiza atendimento médico e psicológico na área de saúde mental.

Desde abril/2007, vem desenvolvendo ações referentes ao Programa de Controle do Tabagismo, conforme habilitação junto ao Ministério da Saúde.

O CESM conta com dispensário de medicamentos da área de saúde mental.

Observa-se a necessidade de adequação do quadro de pessoal e o estabelecimento de contra referencia, com seguimento pela rede básica.

<b>Tabela 14: Principais Procedimentos Realizados – CESM – 2009</b>	
<b>Procedimentos</b>	<b>Quantida</b>
Atividade Educativa/Orientação em Grupo na Atenção Especializada	41
Consulta de Profissionais N.S. na Atenção Especializada	567
Consulta Médica em Atenção Especializada	7.103
Atendimento em Psicoterapia de Grupo	227
Atendimento Individual em Psicoterapia	1.099

Fonte: BPA – UAC- FMSRC

### **2.5.2.3 Habilitação/ Reabilitação**

O **Centro de Habilitação Infantil “Princesa Victória” - CHI** atende crianças e adolescentes portadores de deficiência física, visual, auditiva, com mal formações labiopalatais, com múltiplas deficiências ou que apresentam atraso no desenvolvimento neuro-psicomotor.

O objetivo do trabalho do CHI é dar oportunidades aos pacientes de se desenvolverem dentro de suas capacidades e limitações proporcionando uma maior integração social.

O CHI é habilitado pela Portaria SAS 180, de 08/11/2006, em Centro de Referência de Reabilitação em Medicina Física, sendo referência para os municípios da Região Rio Claro.

### **2.5.3 Assistência a Urgência e Emergência**

O município de Rio Claro como os demais municípios do país enfrenta desafios, sendo que a área da Urgência uma das mais críticas. A organização dos serviços de saúde com expansão do Programa de Saúde da Família – PSF e orientado pelas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica vem se qualificando para a realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas.

O município conta com serviços de Urgência/Emergência, havendo necessidade de adequar o atendimento às diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências, oferecendo atendimento pré-hospitalar fixo com acolhimento e avaliação de risco.

Objetivando o aprimoramento da assistência, garantindo atendimento de urgência oportuno e qualificado ao nível localregional, o município de Rio Claro estabeleceu como prioridades: o atendimento pré-hospitalar móvel, com a implantação do **SAMU** – Rio Claro com a participação dos municípios do Colegiado da Região Rio Claro (projeto em andamento) e o componente pré-hospitalar fixo através da implantação de Unidade de Pronto Atendimento – **UPA** e Sala de Estabilização – **SE**, conforme habilitação pela Portaria 2.161/GM, 16/09/2009.

O Município conta com os seguintes serviços de atendimento emergencial funcionando 24hs por dia:

- ✓ Pronto Socorro Municipal Integrado – PSMI
- ✓ Pronto Atendimento Ginecologia e Obstetrícia – PA GO
- ✓ Pronto Atendimento Cervezão – PA do Cervezão

**O Pronto Socorro Municipal Integrado – PSMI** é uma unidade especializada em atendimento de Urgência/ Emergência, mantida com recursos do município, anexa à Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro, sendo referência em Urgência e Emergência para os municípios da Região Rio Claro.

A equipe de profissionais é composta de acordo com parâmetros preconizados, contando com 80% de seus membros treinados para atender traumas segundo a ATLS e ACLS e realiza procedimentos de risco e alta complexidade.

O PSMI conta com 11 (onze) leitos para observação, equipamentos de infraestrutura, de métodos gráficos e de manutenção da vida, atendendo uma média de 350 usuários/dia.

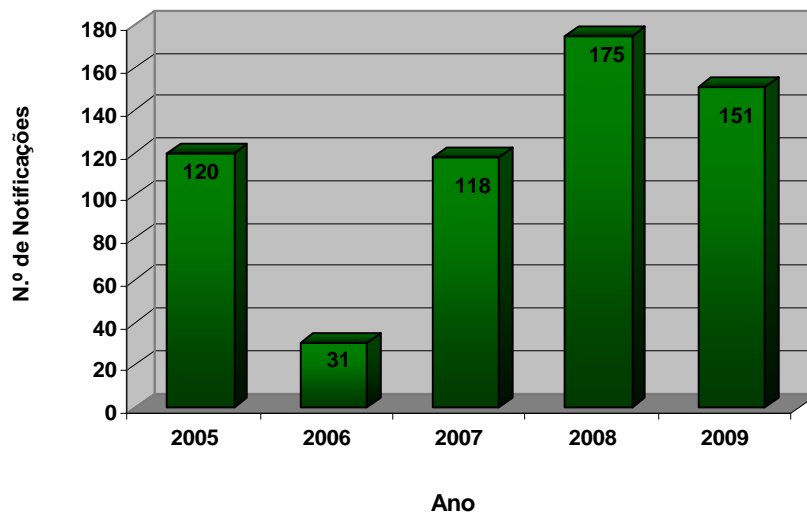
Para melhor atendimento da demanda do PSMI foi implantado, no 2º. Semestre/2008, serviço de Pronto Atendimento - PA 29 e a UBS. UBS Dr. Mário Fittipaldi – Wenzel teve seu horário ampliado, com assistência aos casos de urgências básicas e de menor complexidade e risco.

As internações de urgência e emergência SUS são encaminhadas através do PSMI, conforme estabelecido no Convênio firmado com a Santa Casa de Misericórdia.



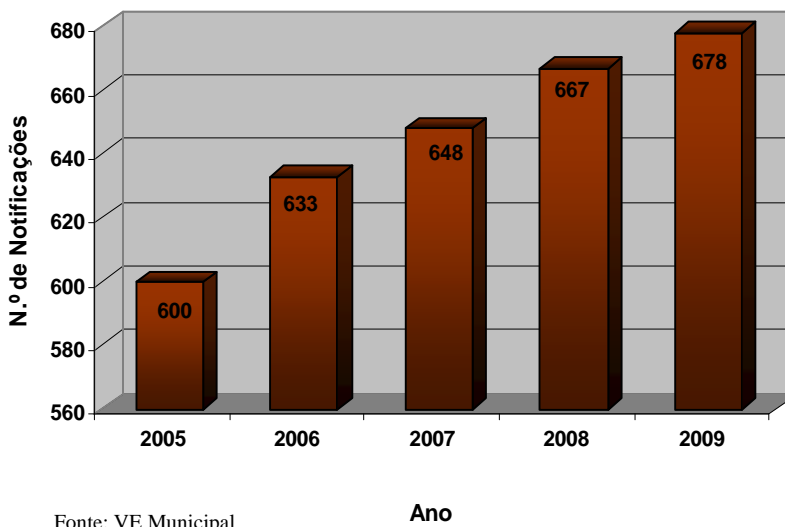
O PSMI funciona como ponto estratégico para atendimento às vítimas de animais peçonhentos, bem como soro-vacinação anti-rábica, anti-tetânica e acidentes perfuro-cortantes com riscos biológico e vítimas de estupros.

**Gráfico 25: N.º de Acidentes por Animais Peçonhentos Notificados – Rio Claro/SP – 2005 a 2009**



Fonte: VE Municipal

**Gráfico 26: N.º de atendimentos Anti-Rábico Humanos Notificados – Rio Claro/SP – 2005 a 2009**



Fonte: VE Municipal

O **Pronto Atendimento Cervezão – PA do Cervezão** está localizado na região norte, área de alta concentração populacional.

O término da construção e funcionamento nas instalações atuais ocorreu em setembro/2008.

A unidade conta com 18 (dezoito) leitos de observação, salas de cirurgia ambulatorial e pequenas cirurgias, equipamentos de infraestrutura, de métodos gráficos, de manutenção da vida e odontológico.

A equipe de profissionais é composta por médicos plantonistas, de enfermagem e de apoio, realizando em torno de 300 atendimentos/dia. Os casos mais graves e de maior complexidade são transferidos para o PSMI. Retaguarda de apoio diagnóstico a unidade de urgência/ emergência – P.A. Cervezão.

A atual gestão está viabilizando a implantação de serviços próprios de apoio diagnóstico em radiologia e laboratório clínico e o cadastramento/habilitação do estabelecimento para atendimento de Urgência/Emergência, com realização de cirurgias de média complexidade.

O **Pronto Atendimento em Ginecologia e Obstetrícia – PA GO** funciona vinculado ao PSMI e Maternidade da Santa Casa de Misericórdia, com equipe médica pertencente ao quadro de funcionários da FMSRC, para atendimento emergencial ginecológico e obstétrico, conforme diretrizes básicas do Plano Operativo Anual, integrante do Convênio SUS – Santa Casa.

Os atendimentos de urgência representaram 38,10 % dos atendimentos médicos nos seguintes procedimentos: atendimento de urgência em atenção básica 1,62%, atendimento de urgência em atenção especializada 23,08%, atendimento em unidade de pronto atendimento 13,41%.

A reorganização da Atenção Básica, com melhoria da qualidade e ampliação da resolubilidade deverá interferir nos percentuais de atendimento de urgência, sendo que o parâmetro preconizado pela Portaria 1.101/GM é de 15% do total de consultas médicas.

## 2.5.4 Apoio Diagnóstico e Terapêutico

O município de Rio Claro conta com serviços próprios, conveniados e contratados, para realização de procedimentos de média e alta complexidade.

<b>Tabela 15: Serviços de Apoio Diagnóstico ofertados pelo Município de Rio Claro/SP</b>				
Procedimento	Oferta Mensal	Tipo de Serviço		
		P	C	CC
<b>Média Complexidade</b>				
Aminioscopia	15 exames			
Anátomo Citopatologia	1.410 exames			
Anátomo Patológico	10 exames			
Audiometria	40 exames			
Broncoscopia	04 exames			
BERA	20 exames			
Campimetria	16 exames			
Cistoscopia	01 exame			
Colonoscopia	25 exames			
- Coleta Secreção Biópsia	05 exames			
- Pólipo	03 exames			
Colposcopia	05 exames			
Doppler MS/MI	50 exames			
Eletrocardiograma - ECG	380 exames			
Eletroencefalograma - EEG	140 exames			
EEG com Sono Medicamento C/ Foto Estímulo	15 exames			
Eletroneuromiografia	50 membros			
Ecocardiograma	20 exames			
Endoscopia	140 exames			
Espirometria	15 exames			
Estudo de Emissões Otoácusticas	10 exames			
Exerese de Calázio	03 procedimentos			
Facoemulsificação com Implante de LIO	80 procedimentos			
Fisioterapia	2.330 sessões			
Fotocoagulação a Laser	10 sessões			
Hemoterapia	1.260 sessões			
Imitanciometria	10 exames			
Logaudiometria	50 exames			
Imunohistoquímica	05 exames			
Mapeamento de Retina	90 sessões			

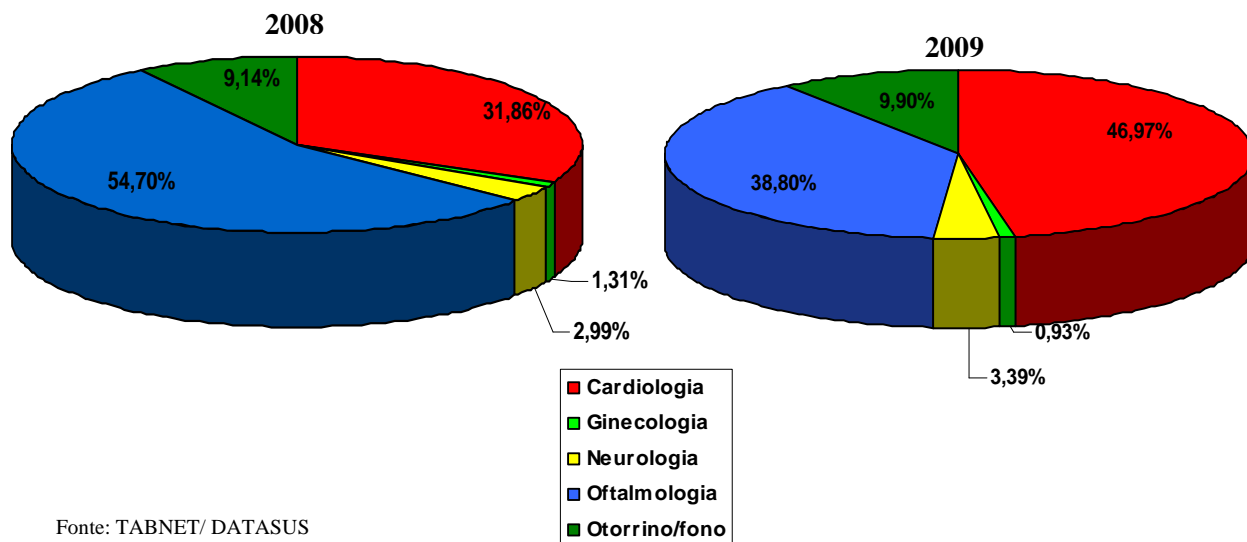
Mamografia Bilateral P/ Rastreamento	200 exames			
Mamografia Unilateral	10 exames			
Nasofibrolaringoscopia	20 exames			
Patologia Clínica	18.212 exames			
Polissonografia	02 exames			
Prótese Dentária	80 próteses			
Radiologia	4.206 exames			
Retinografia Colorida Binocular	10 sessões			
Retinografia Fluorescente/Angiofluorescêncionografia	10 sessões			
Sistema Por Monitoramento Holter	10 sessões			
Tratamento Cirúrgico de Pterígio	08 procedimentos			
Teste Ergométrico	26 exames			
Topografia Corneana	02 exames			
Toraconcentese	01 exame			
Ultra-sonografia	860 exames			
Ultra-sonografia Olho	20 exames			
Ultrassom Morfológico	03 exames			
Urodinâmica	01 exame			
Videolaringoscopia	10 procedimentos			
Yag Laser	20 sessões			
<b>Alta Complexidade</b>				
Densitometria Óssea	13 exames			
Hemoterapia	34 procedimentos			
Medicina Nuclear - Cintilografia	20 exames			
Ressonância Magnética	25 exames			
Tomografia Computadorizada	150 exames			

**LEGENDA – Tipo de Serviço**  
**P** - Próprio  
**C** - Contratado  
**C/C** – Conveniado/Contratualizado

Fonte: UAC – FMSRC

Os procedimentos de Apoio Diagnóstico por Especialidades apresentaram as seguintes proporções em 2008 e 2009:

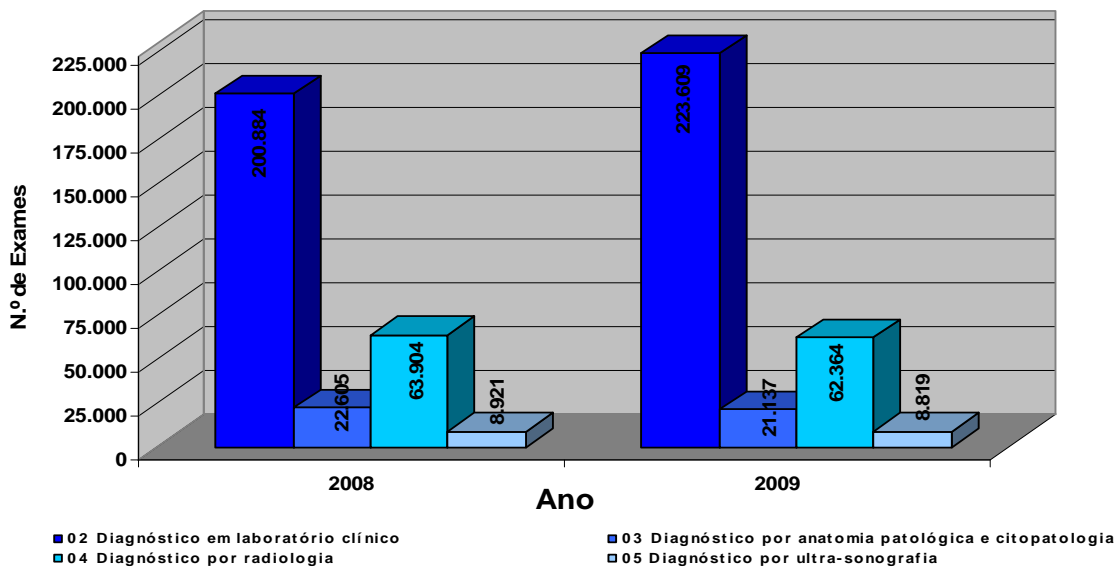
**Gráfico 27: Percentual de Procedimentos de Apoio Diagnóstico por Especialidade – Rio Claro/SP**



Fonte: TABNET/DATASUS

A produção dos principais procedimentos de apoio diagnóstico de média complexidade são apresentados no seguinte gráfico:

**Gráfico 28: Produção de Exames de Média Complexidade Rio Claro/SP – 2008 e 2009**



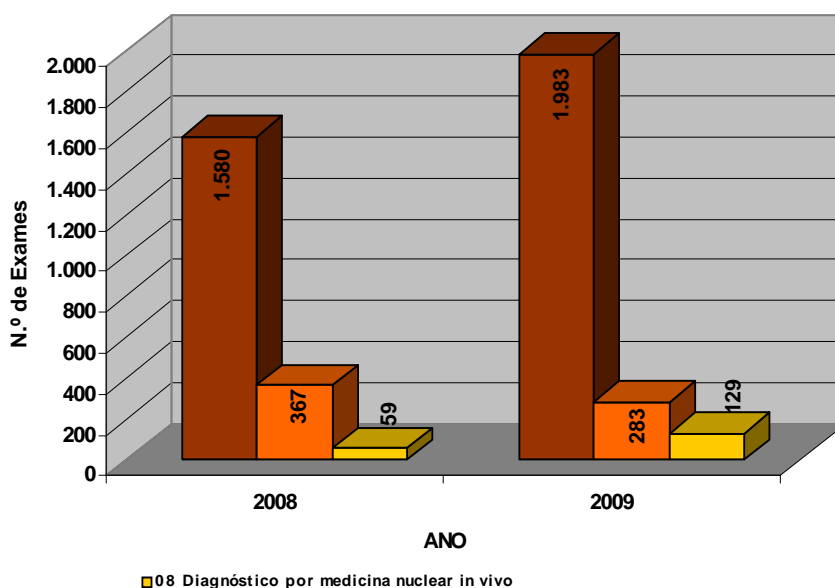
Fonte: TABNET/DATASUS

Com referência aos exames solicitados/realizados observa-se um aumento do número de exames de análises clínicas, demanda originada principalmente pelas unidades de Urgência/Emergência.

O município conta com Coleta Descentralizada, para o diagnóstico em laboratório clínico, realizada através do Convênio SUS Santa Casa de Misericórdia, nas unidades da rede básica, CEAD e Ambulatório DST/AIDS.

A diminuição de exames de diagnóstico por radiologia justifica-se pela oferta de exames do Programa Pró Santa Casa, não incluso no Gráfico 31.

**Gráfico 29: Produção de Exames de Alta Complexidade  
Rio Claro/SP – 2008 e 2009**



Fonte: TABNET/DATASUS

Analisando a produção dos procedimentos de apoio diagnóstico de alta complexidade, observa-se uma ampliação, no período de 2008 a 2009, dos exames de Tomografia e Cintilografia.

No 4º. Trimestre/2008, a FMSRC realizou intensificação de procedimentos de Ressonância Magnética, devido a grande demanda reprimida existente. A cota mensal conveniada é de 25 (vinte e cinco) exames.

#### **2.5.4.1 Laboratório Municipal**

O município de Rio Claro tem como prioridade a implantação de Laboratório Municipal de Análises Clínicas, com recursos previstos no PPA 2010 – 2013.

A implantação do laboratório conta com parceria com o Instituto Adolfo Lutz, devendo ser realizado nas dependências onde funcionava o Pronto Atendimento do Cervezão, com o objetivo de ampliar o acesso e assegurar a prevenção e o controle das linhas de cuidado dos diversos programas/patologias.

#### **2.5.5 Assistência Hospitalar**

##### **2.5.5.1 Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro**

A Assistência Hospitalar Geral – SUS é realizada através de Convênio de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde entre a entidade filantrópica – Irmandade da **Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro** e a Prefeitura Municipal de Rio Claro, com interveniência da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro.

A Santa Casa de Rio Claro é um hospital filantrópico geral de médio porte, sendo referência para os municípios da Região Rio Claro.

Possui credenciamentos/ habilitações, pelo Ministério da Saúde, em Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Cardiovascular – Cirurgia Vascular; Nefrologia; Neurocirurgia; Ortopedia; Terapia Nutricional; Oncologia – UNACON; Serviço Hospitalar para Tratamento de AIDS; Referência Hospitalar em Atendimento Terciário à Gestante de Alto Risco; Contracepção Definitiva – Laqueadura/Vasectomia; UTI Tipo II – Adulta – 10 leitos e UTI Tipo II – Neonatal – 02 leitos / Pediátrica – 06 leitos.

Em 2005, a Santa Casa formalizou adesão ao Programa de Reestruturação e Contratualização de Hospitais Filantrópicos ao SUS, homologada pela Portaria 430/ MS, de 07/12/2006. O Convênio de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde está formalizado em conformidade com o Programa de Contratualização, com os limites financeiros para a assistência de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial fixados mediante o cumprimento das metas físicas e qualitativas pactuadas no Plano Operativo Anual.

O Convênio SUS tem como objeto a assistência ambulatorial e hospitalar aos municípios da Região Rio Claro, através da realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, apoio diagnóstico e terapêutico de média e alta complexidade. A Santa Casa presta retaguarda aos atendimentos de urgência e emergência do Pronto Socorro Municipal que funciona integrado ao hospital e para as internações referenciadas pela Central Estadual de Regulação de Vagas.

A assistência hospitalar é realizada através da disponibilização de 81 leitos gerais e 26 leitos complementares, conforme Tabela 16:

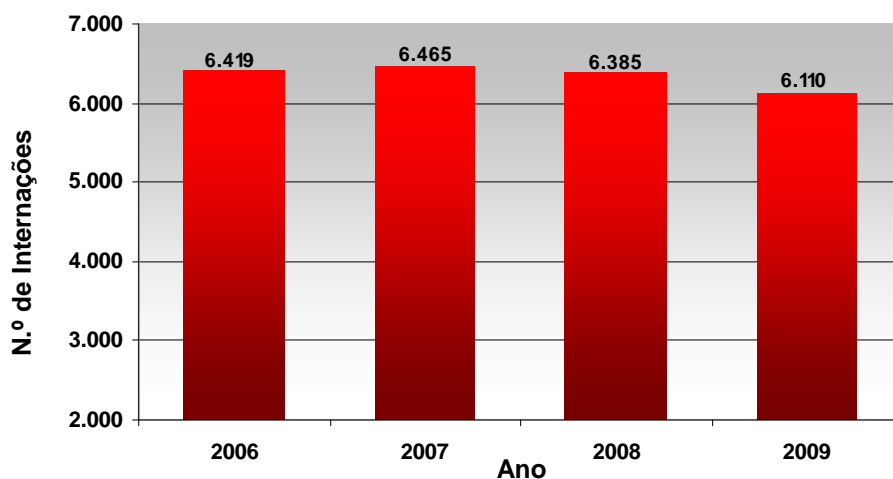
<b>Tabela 16: N.º de Leitos – Rio Claro/SP</b>			
<b><u>Leitos por Especialidade:</u></b>	<b><u>SUS</u></b>	<b><u>Não SUS</u></b>	<b><u>Total</u></b>
Cirúrgicos	33	25	58
Obstétricos	21	10	31
Pediátricos	11	04	15
Clínicos	11	12	23
Crônicos	02	-	02
Psiquiatria	02	-	02
Pneumologia Sanitária	01	-	01
<b>Sub – Total (1)</b>	<b>81</b>	<b>51</b>	<b>132</b>
<b><u>Leitos Complementares</u></b>	<b><u>SUS</u></b>	<b><u>Não SUS</u></b>	<b><u>Total</u></b>
UTI Adulto II	10	01	11
UTI Infantil II	06	-	06
Uti Neonatal II	02	-	02
Unidade Intermediária	-	04	04
Unidade Intermediária Neonatal	06	03	09
Unidade de Isolamento	02	01	03
<b>Sub – Total (2)</b>	<b>26</b>	<b>09</b>	<b>35</b>
<b><u>Total Geral</u></b>	<b><u>107</u></b>	<b><u>60</u></b>	<b><u>167</u></b>

Fonte: SCNES 12/2009



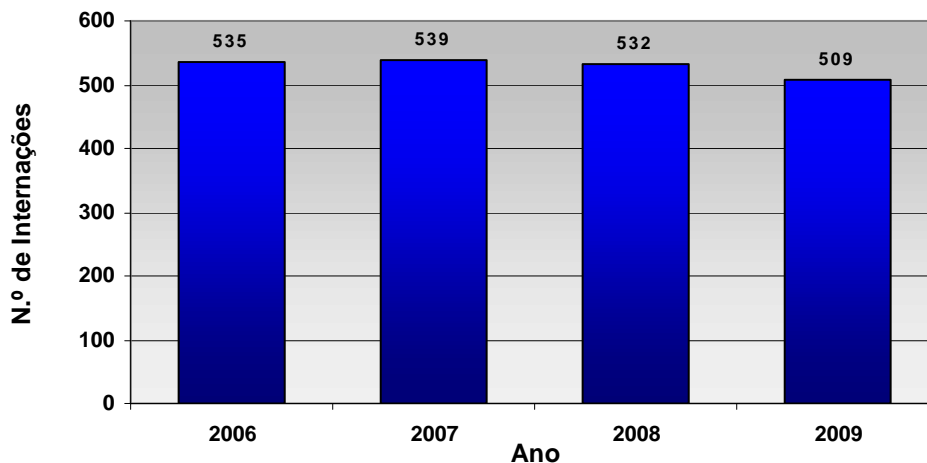
Os leitos disponibilizados possibilitam a realização média mensal de 528 internações gerais, nas especialidades de Clínica Médica, Cirúrgica, Obstetria e Pediatria, conforme apresentamos:

**Gráfico 30: Total Anual de Internações SUS  
Rio Claro/SP – 2006 a 2009**



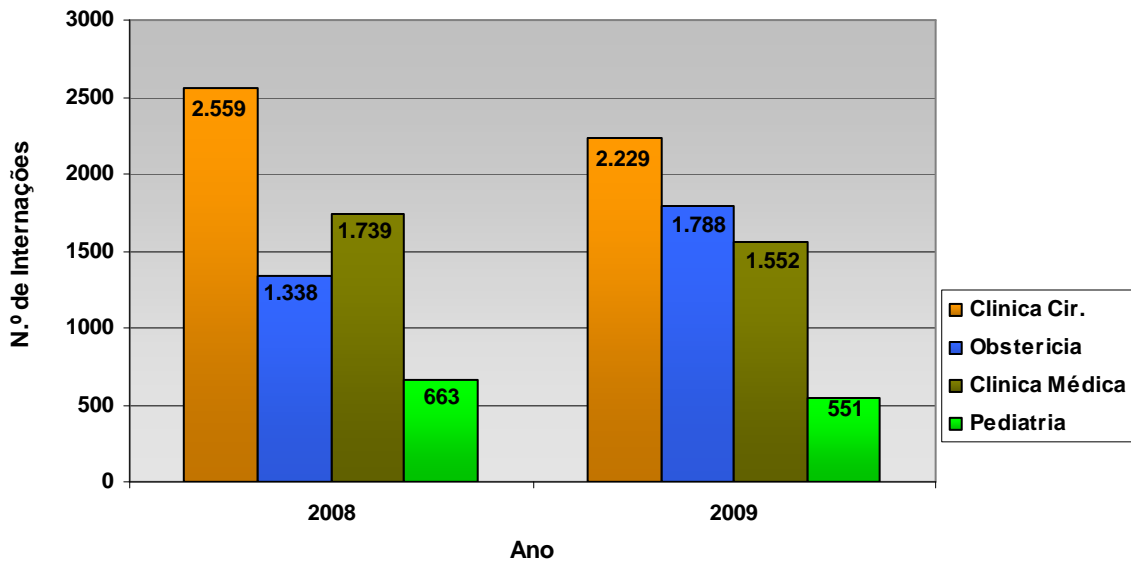
Fonte: AIH's Emitidas – UAC/FMSRC

**Gráfico 31: Média Mensal de Internações SUS  
Rio Claro/SP – 2006 a 2009**



Fonte: AIH's Emitidas – UAC/FMSRC

**Gráfico 32: N.º de Internações por Especialidade  
Rio Claro/SP – 2008 e 2009**

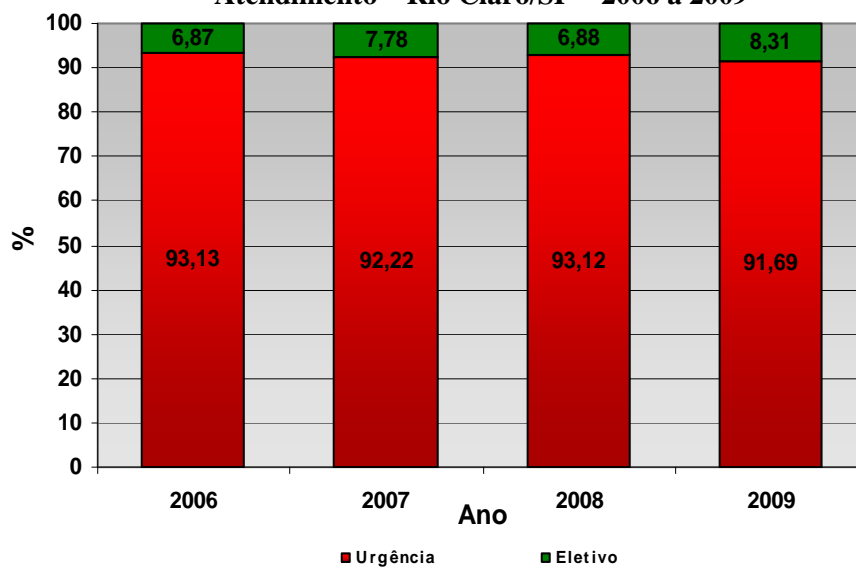


Fonte: TABNET/DATASUS

Observa-se uma diminuição das internações em Clínica Cirúrgica em 2009, devido a oferta de cirurgias eletivas no Programa Pró Santa Casa.

Nos serviços pactuados estão programadas cirurgias eletivas, que são reguladas pela FMSRC, sendo a cota mensal definida através do monitoramento das internações de urgência (fator moderador).

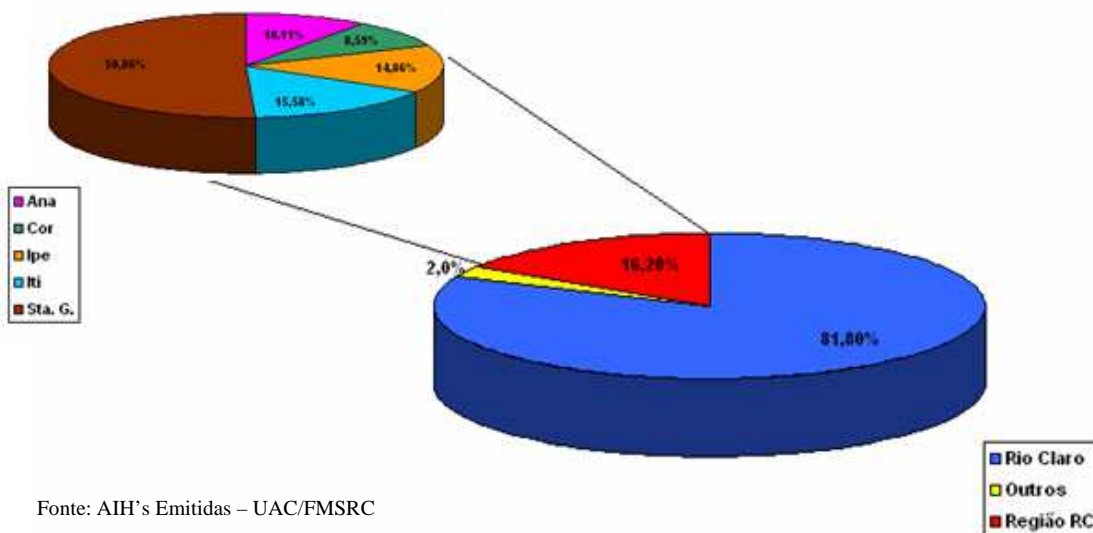
**Gráfico 33: Percentual de Internações por Caráter de Atendimento – Rio Claro/SP – 2006 a 2009**



Fonte: AIH's Emitidas – UAC/FMSRC

Com relação a procedência, 82% das internações são de residentes do município de Rio Claro, 16% da Região Rio Claro e 2% de outros municípios.

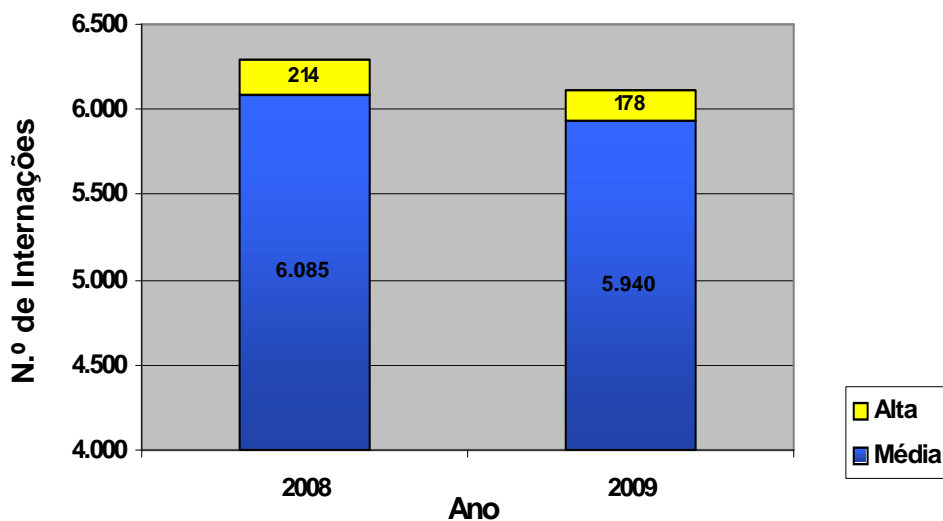
**Gráfico 34: Percentual de Internações em Rio Claro/SP por Local de Residência – Ano: 2009**



Fonte: AIH's Emitidas – UAC/FMSRC

As internações de média complexidade representaram 96,60 % do total das internações em 2008 e 97,09 % em 2009. A diminuição da proporção de procedimentos de alta complexidade justifica-se pela alteração da Tabela Unificada SUS, em procedimentos da especialidade de Neurocirurgia.

**Gráfico 35: N.º de Internações por Complexidade Rio Claro/SP – 2008 e 2009**



Fonte: SIH/SUS

O Colegiado de Gestão Regional – CGR Rio Claro, desde 2008, através de Termo de Parceria celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde, as Prefeituras dos municípios da Região Rio Claro e a Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro, vem desenvolvendo as atividades relativas ao Programa “PRÓ SANTA CASA” .

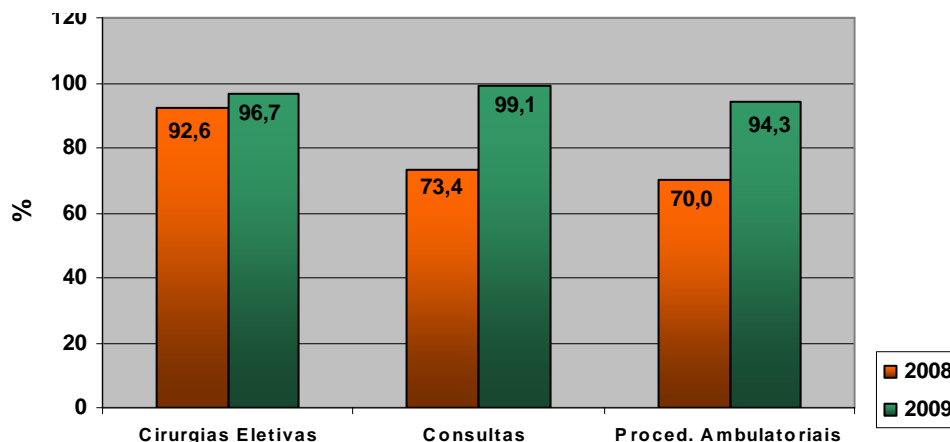
O Programa objetiva o fortalecimento da assistência hospitalar filantrópica no Sistema Único de Saúde – SUS, contribuindo para o equilíbrio financeiro da entidade, possibilitando a manutenção da assistência de forma ordenada e otimizada, com qualificação do atendimento da população.

O Plano Operativo formaliza as ações entre os Entes Públicos, sendo que a pactuação, a operacionalização e o acompanhamento do Programa “PRÓ SANTA CASA” possibilita a consolidação do processo de gestão do CGR Rio Claro.

Os procedimentos hospitalares e ambulatoriais que apresentam maior demanda reprimida, ao nível de Região Rio Claro são: Cirurgias Eletivas nas especialidades de Gastroenterologia, Pediatria, Otorrinolaringologia, Urologia, Ginecologia, Vascular e Ortopedia e procedimentos de Apoio Diagnóstico nas áreas de: Gastroenterologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cardiologia, Neurologia, Radiodiagnóstico, Ultrassonografia.

O CGR Rio Claro na pactuação das metas quantitativas buscou conciliar as necessidades apresentadas pelos municípios à oferta de serviços e a disponibilidade de recursos, proporcionalmente à sua população.

**Gráfico 36: Acompanhamento das Metas Quantitativas – Pro Santa Casa II CGR Rio Claro – 2008 e 2009**



Fonte: Prestação de Contas – Programa Pró Santa Casa II

As metas qualitativas referem-se ao aperfeiçoamento, qualificação e a organização regional da assistência prestada pela Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro hospitalar e o acesso da população aos recursos hospitalares de saúde, por meio da regulação regional.

Com relação à assistência hospitalar de média complexidade há necessidade de ampliação da oferta de cirurgias eletivas em especialidades como ortopedia, otorrinolaringologia, gastroenterologia, entre outras.

A contratação de prestação de serviços de assistência à saúde, por intermédio da Contratualização SUS – Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro e o Programa Pró Santa Casa, tem possibilitado o aumento de oferta de cirurgias eletivas de média complexidade e procedimentos de apoio diagnóstico, proporcionando a ampliação do acesso e a resolubilidade da assistência.

O município de Rio Claro, através de Lei Municipal, concede subvenção social a Santa Casa de Misericórdia, como apoio financeiro destinado a cobrir despesas de custeio referente aos atendimentos de assistência à saúde realizados a usuários SUS.

#### **2.5.5.2 Casa de Saúde e Maternidade Santa Filomena**

Conforme acordo firmado em 30/12/2003, a CSM Santa Filomena vem realizando Prestação de Serviços Hospitalares – Cirurgias Eletivas a usuários SUS, como forma de pagamento de débitos inscritos na Dívida Ativa – Lei Municipal 3196, de 02/08/2001.

O acordo prevê a realização da equivalência mensal de 30 (trinta) cirurgias eletivas, conforme operacionalização pela FMSRC, considerando a demanda reprimida e procedimentos cirúrgicos definidos na Tabela de Equivalência.

Apresentamos Relatório de Acompanhamento da Prestação de Serviços Hospitalares, período de 2004 a 2009:

<b>Tabela 17: Relatório de Acompanhamento de Prestação de Serviços Hospitalares – Santa Filomena – 2004 a 2009</b>	
<b>Período</b>	<b>Equivalência – N.º Cirurgias</b>
2004	249,330
2005	215,706
2006	288,314
2007	402,290
2008	423,228
2009	363,116
<b>Total</b>	<b>1.941,984</b>

Acordo – Item 2.2	<b>5.896,000 cirurgias</b>
Realizadas – 2004 a 2008	1.941,984 cirurgias
<b>Remanescentes – Item 2.4.4</b>	<b>3.954,016 cirurgias</b>

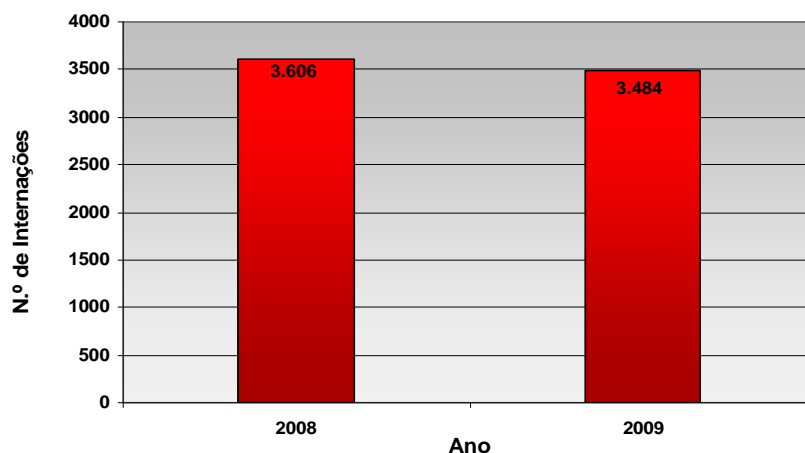
Fonte: UAC - FMSRC

### 2.5.5.3 Casa de Saúde “Bezerra de Menezes”

A Casa de Saúde “Bezerra de Menezes” é entidade conveniada ao SUS na área de psiquiatria, sob gestão estadual. A entidade conta com 200 leitos, disponibilizando 195 leitos SUS para internações na especialidade de psiquiatria.

Através de Lei Municipal, o município de Rio Claro concede subvenção social a Casa de Saúde “Bezerra de Menezes”, como apoio financeiro mediante o cumprimento de metas definidas em Plano de Trabalho.

**Gráfico 37: Internações em Psiquiatria  
Rio Claro/SP – 2008 e 2009**



Fonte: TABNET/DATASUS

## 2.5.6 Assistência Farmacêutica

O acesso da população aos medicamentos de qualidade e no momento apropriado é fundamental para garantir a resolubilidade dos atendimentos realizados pelo SUS, sendo de responsabilidade das esferas federal, estadual e municipal.

Na área de assistência farmacêutica, o município vem desenvolvendo ações para o estímulo ao uso racional e controlado dos medicamentos, priorizando a medicação padronizada, ampliando desta forma o acesso, com custos factíveis para o SUS.

Os medicamentos e insumos financiados pelo município são adquiridos através de processo licitatório - PREGÃO, instituído na FMSRC no final de 2006. O Pregão com registro de preços, permite que os medicamentos sejam adquiridos durante todo o ano pelo mesmo preço, sem reajuste, gerando uma economia de até 80% em alguns itens.

O município adquire medicamentos e insumos farmacêuticos para programas que atendem a atenção básica, programas estratégicos e programas de medicamentos essenciais para doenças específicas.

O Programa de **Assistência Farmacêutica Básica** é constituído por um elenco de medicamentos constantes da RENAME, adquiridos pelo município de forma complementar, para compor os medicamentos da atenção básica.

O Programa Estadual de Assistência Farmacêutica Básica - **Dose Certa**, garante o fornecimento regular e gratuito de medicamentos básicos aos municípios do Estado, subdivididos em:

- ✓ Dose Certa - atenção básica: fornecimento trimestral para o município de 37 itens.
- ✓ Dose Certa Complementar I - Saúde da Mulher: composto por 06 itens de medicamentos anticoncepcionais (orais, de emergência, injetáveis e dispositivos intrauterinos).
- ✓ Dose Certa Complementar II - Saúde Mental: fornecimento de 24 itens de medicamentos considerados essenciais ao tratamento de transtornos mentais dos pacientes.

O Programa de Medicamentos **Estratégicos** é composto por medicamentos, repassados pelo Estado, para tratamento das doenças de perfil endêmico: Tuberculose, Hanseníase, Endemias Focais, DST/AIDS, Imunobiológicos e Combate ao Tabagismo, Alimentação e Nutrição.

O **Programa de Medicamentos de Alto Custo**, representa o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, que considera a complexidade da doença a ser tratada ambulatoriamente. A dispensação desses medicamentos segue protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, sendo que a distribuição aos municípios é de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde.

Com referência aos **insumos para Diabetes Mellitus**, o município complementa o Programa HiperDia, com distribuição de tiras reagentes, seringas descartáveis e lancetas aos pacientes insulino-dependentes, acompanhados pela rede básica municipal. O município vem priorizando as ações de prevenção e tratamento do diabetes, atualizando os protocolos de atenção a saúde e implementado atividades de promoção em saúde.

O município conta com a Farmácia Popular do Brasil, que tem como objetivo ampliar as ações da Assistência Farmacêutica e oferecer à população mais uma opção de acesso aos medicamentos considerados essenciais a baixo custo.

Os medicamentos não previstos nos Programas, quando considerados essenciais, são adquiridos pelo município com recursos próprios.

O município considerando as preconizações da OMS, a Política Nacional de Medicamentos e a proposta (16) aprovada na IX Conferência Municipal de Saúde, está viabilizando a instituição de Comissão Farmacoterapêutica – CFT, essencial ao Sistema Municipal de Assistência Farmacêutica, tendo como objetivo principal o estabelecimento da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUNE.

A ampliação do quadro com contratação de farmacêuticos é necessária para a organização da rede de assistência farmacêutica.

A capacitação de recursos humanos e a avaliação contínua, com a qualificação da rede de dispensação deverão ser programadas para realização.



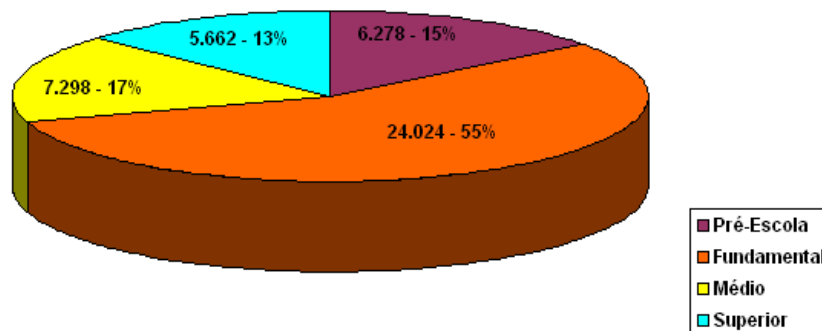
### 3 DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

#### 3.1 Aspectos Socioeconômicos

O **sistema educacional** do município de Rio Claro é composto por escolas e centros de educação infantis mantidos pela prefeitura, escolas estaduais e particulares, escolas profissionalizantes e unidades do SESI, SENAI, SENAC, SEST/SENAT, ETEC - Centro Paula Souza, com cursos extensivos e profissionalizantes. No ensino de nível Superior conta com vários cursos de graduação e pós-graduação desenvolvidos através da UNESP, com Institutos de Biociências – IB e Instituto de Geociências e Ciências Exatas – IGCE, Faculdades Integradas Claretianas de Rio Claro, Faculdade CBTA de Rio Claro, Faculdades Asser, Anhanguera Educacional – Faculdade Comunitária de Rio Claro, FATEC – Faculdade de Tecnologia Internacional e FATEP – Faculdade de Tecnologia.

O gráfico abaixo ilustra a distribuição por nível de escolaridade dos 43.262 alunos (22,8% da população total) matriculados no sistema educacional de Rio Claro em 2008:

**Gráfico 38: Alunos Matriculados por Nível de Escolaridade  
Rio Claro/SP - 2008**



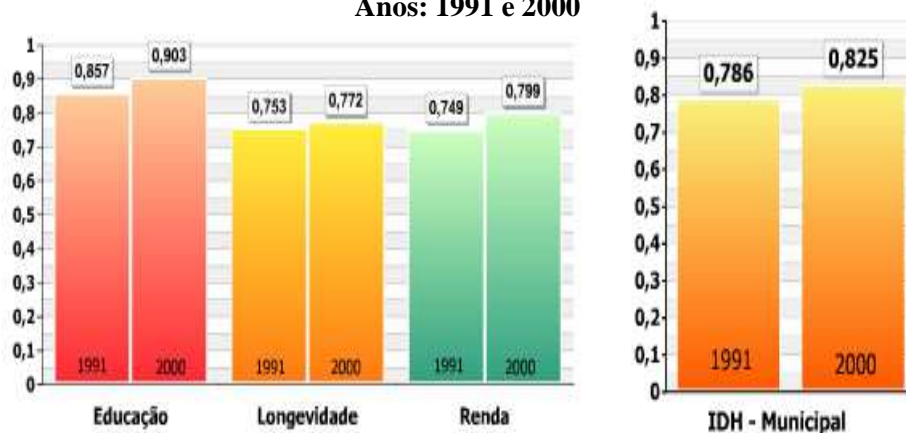
Fonte: IBGE

O **Índice de Desenvolvimento Humano – IDH** é um índice calculado com base em dados econômicos e sociais, que tem por objetivo medir o grau de desenvolvimento econômico e a qualidade de vida oferecida à população. O IDH vai de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total), portanto quanto mais próximo de 1 o resultado, mais desenvolvido é o local analisado, podendo este ser em nível de cidades, estados, regiões ou países.

No cálculo do IDH são computados os seguintes fatores: educação (taxas de alfabetização e escolarização), longevidade (expectativa de vida da população) e renda (PIB per capita).

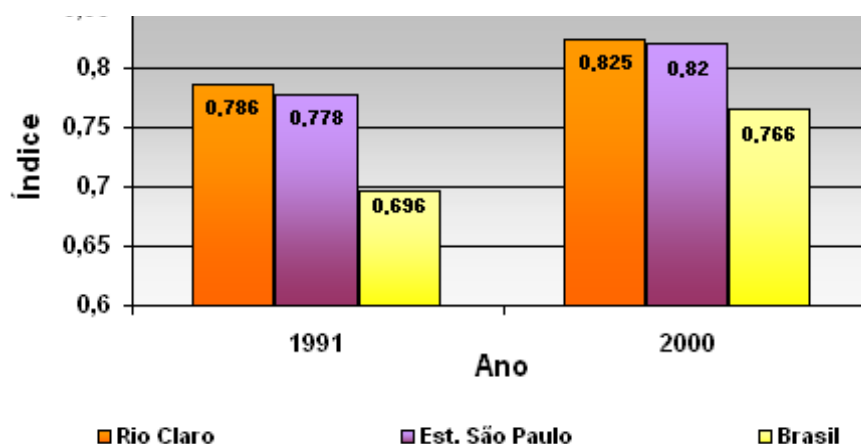
O gráfico abaixo apresenta o conjunto de indicadores que formam o IDH do município, cujo resultado demonstra alto desenvolvimento humano de acordo com os padrões internacionais de classificação.

**Gráfico 39: IDH do município de Rio Claro/SP por Componente**  
Anos: 1991 e 2000



Fonte: Confederação Nacional dos Municípios

**Gráfico 40: Comparativo do IDH do município de Rio Claro, do Estado de São Paulo e do Brasil – Anos: 1991 e 2000**



Fonte: Confederação Nacional dos Municípios

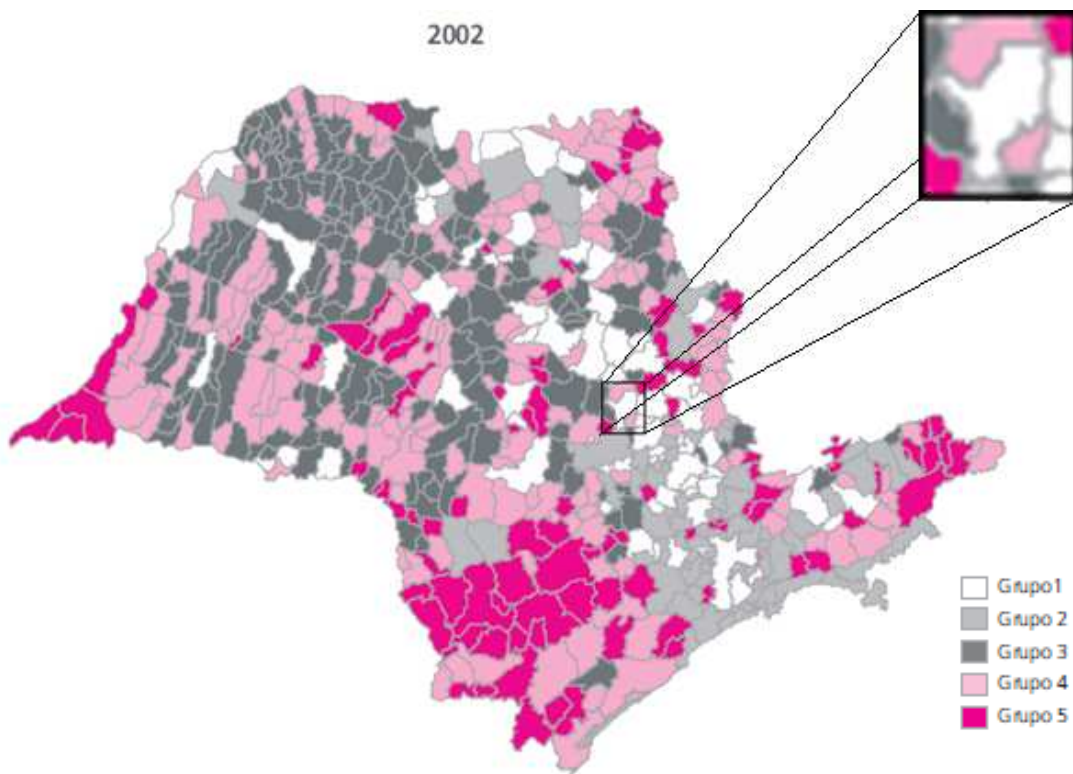
O **Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS** pode ser entendido como um sistema de indicadores socioeconômicos referidos a cada município do Estado de São Paulo, destinado a subsidiar a formulação e a avaliação de políticas públicas na esfera municipal. Esse modelo pressupõe a insuficiência da renda *per capita* como o único indicador das condições de vida de uma população, considerando que outras dimensões devem ser incluídas para essa mensuração, como longevidade e escolaridade – ou seja, os níveis de saúde e de educação da população.

**Tabela 1: Variáveis Selecionadas e Estrutura de Pesos para Dimensão do IPRS**

Dimensões	Componentes	Contribuição para o Indicador Sintético
Riqueza Municipal	Consumo residencial de energia elétrica	44%
	Consumo de energia elétrica na agricultura, no comércio e nos serviços	23%
	Remuneração média dos empregados com carteira assinada e do setor público	19%
	Valor adicionado fiscal <i>per capita</i>	14%
Longevidade	Mortalidade perinatal	30%
	Mortalidade infantil	30%
	Mortalidade de pessoas de 15 a 39 anos	20%
	Mortalidade de pessoas de 60 anos e mais	20%
Escolaridade	Porcentagem de jovens de 15 a 17 anos que concluíram o ensino fundamental	36%
	Porcentagem de jovens de 15 a 17 anos com pelo menos quatro anos de escolaridade	8%
	Porcentagem de jovens de 18 e 19 anos que concluíram o ensino médio	36%
	Porcentagem de crianças de cinco e seis anos que freqüentam pré-escola	20%

Fonte: Fundação Seade. Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS.

**Figura 5:** Mapa IPRS com destaque para o Município de Rio Claro



Fonte: Fundação SEADE – Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS

Segundo o mapa acima podemos observar que o município de Rio Claro, na edição de 2002 do IPRS, se encontrava no **Grupo 1**, posição que ocupou também nas edições do IPRS de 2004 e 2006. O grupo 1 engloba municípios com elevados níveis de riqueza, e bons indicadores sociais (escolaridade e longevidade), porém deve-se considerar a possibilidade de existência de algumas disparidades, em termos de condições de vida de sua população, não perceptíveis nos indicadores municipais depois de agregados.

Em relação ao **Saneamento Básico**, conjunto de procedimentos adotados numa determinada região com o objetivo de proporcionar uma situação higiênica saudável para os habitantes e garantir melhores condições de saúde para as pessoas, evitando a contaminação e proliferação de doenças e ao mesmo tempo a preservação do meio ambiente, o município apresenta os seguintes dados:

✓ Infra-estrutura completa para **tratamento de água** num volume total de 60mil m<sup>3</sup>/dia, captado dos rios Ribeirão Claro e Corumbataí. Possui controle de qualidade baseado na Portaria 518/04, com análises realizadas por laboratório próprio e sistema de contraprova pelo Instituto Adolpho Lutz, além de análises periódicas de metais pesados na água bruta e tratada, pela USP e laboratórios Acqualab e Bioagri. Os mananciais são monitorados periodicamente pela UNESP – Rio Claro, no tocante a toxicidade. Rio Claro conta com 100% de abastecimento de água potável, totalizando 672 Km de rede e 61.630 ligações de água (2004);

✓ 99,3% de cobertura para **coleta de esgoto** através de 668 Km de redes e 60.190 ligações (dezembro/2004), sendo que o restante na coberto (0,7%) se resume em três loteamentos (Recreio das Águas Claras, Residencial Florença e Fontes e Bosque Alam Grei). Rio Claro possui um Plano Diretor de Esgoto, que orienta as medidas de implantação do Sistema de Esgotos, detalhando todas as Estações de Tratamento de Esgoto – ETE's necessárias para o município, num total de 8 unidades, as elevatórias, os emissários e interceptores. O município conta com duas ETE's em pleno funcionamento com um percentual de **tratamento de esgoto** de 30%, bem como uma elevatória no Jardim Boa Vista.

✓ **Coleta e destinação do lixo urbano** adequada, em aterro municipal que segue as exigências dos órgãos governamentais; apoio constante à cooperativa que realiza a **coleta seletiva** no município; implantação de lixeiras na região central para diminuição do volume de lixo lançado nas ruas; o **lixo hospitalar** do município é coletado por uma empresa terceirizada, selecionada por meio de licitação, a qual destina cada resíduo para seu respectivo tratamento.

Com relação à **renda e emprego** o município de Rio Claro, apresenta os seguintes dados:

<b>Tabela 2: Percentual de Vínculos Empregatícios por Área de Atuação – Rio Claro/SP – 2008</b>	
<b>Área de Atuação</b>	<b>% de Vínculos</b>
Agropecuária	20,79
Indústria	42,58
Onstrução Civbil	3,11
Comèrcio	18,13
Serviços	33,40

Fonte: Fundação SEADE

<b>Tabela 3: Indicadores de Renda – Rio Claro/SP – 2007</b>	
<b>Indicador</b>	<b>Resultado</b>
PIB total	3.907,38*
PIB per capita	21.073,04**
Participação no PIB do Estado	0,432815***

\* em milhões de reais correntes

\*\* em reais correntes

\*\*\* em %

Fonte: Fundação SEADE

## 4 GESTÃO EM SAÚDE

A gestão municipal deve se responsabilizar pelos princípios éticos do SUS: a universalidade, a equidade e a integralidade, em sua área de abrangência.

O tipo de atuação do gestor deverá ser diferenciado, conforme a necessidade e a complexidade das ações a serem desempenhadas.

O processo de municipalização da Saúde em Rio Claro teve início em meados da década de 80, com assinatura de convênio com o Governo Estadual, através do qual o município passou a assumir, gradativamente, as ações e serviços de saúde.

O órgão responsável pela **gestão** do Sistema de Saúde Municipal é a Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro, criada pela lei 2720, de 23/02/1995 e alterada pela Lei 2781, de 17/11/1995.

O município de Rio Claro foi habilitado, pelo Ministério da Saúde, na **Gestão Plena do Sistema de Saúde** através da Portaria/GM de 04/05/1998, assumindo as competências e responsabilidades do Sistema Único de Saúde – SUS no âmbito municipal.

Objetivando a consolidação e qualificação do SUS, o Ministério da Saúde estabeleceu através das Portarias 399GM, de 22/02/2006, e 699/GM, de 30/03/2006, o **Pacto Pela Saúde**: *“Compromisso público dos gestores das três esferas, baseado nos princípios do SUS e construído coletivamente em função as necessidades de saúde da população e na busca da equidade social”*.

O município de Rio Claro, em setembro/2007, através do Termo de Compromisso de Gestão Municipal – TCGM, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, formalizou a adesão ao Pacto Pela Saúde em seus eixos Pactos pela Vida, Defesa do SUS e Gestão do SUS, homologado pela Portaria 155/GM, de 25/01/2008.

O Pacto pela Saúde estabelece a constituição de um Sistema de Planejamento no SUS que deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão, baseado nas necessidades de saúde da população. As Portarias MS/GM 3085/2006; 3332/2006 e 3176/2008, regulamentam o sistema de Planejamento, aprovando orientações gerais de seus instrumentos básicos: Plano de Saúde – PS, Programação Anual de Saúde – PAS e Relatório Anual de Gestão – RAG.

Os instrumentos de gestão se relacionam diretamente com o exercício da função gestora em cada esfera de direção e com o respectivo Termo de Compromisso de Gestão – TCG.

#### **4.1 Planejamento**

O planejamento tem como atribuição a programação, acompanhamento, monitoramento, capacitação e assessoramento das unidades de saúde, nas ações consideradas prioritárias para o aprimoramento do SUS, avaliando a qualidade e resolubilidade da atenção básica e o desempenho do sistema municipal, contribuindo para a melhoria da racionalidade e eficiência do sistema.

Na estrutura organizacional da Fundação Municipal de Saúde, o **Planejamento e Gerenciamento em Saúde** tem sua atuação ao nível de assessoria, tendo como área integrante a Unidade de Avaliação e Controle – UAC.

A assessoria de Planejamento e Gerenciamento em Saúde desenvolve ações de coordenação e formulação dos instrumentos de gestão; o acompanhamento e regulação dos serviços de referência; monitoramento e acompanhamento dos convênios e contratos de prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares; participação em processos de credenciamento de serviços; ações de avaliação e controle, auditoria e regulação e assistencial.

O gerenciamento das ações consiste na avaliação e monitoramento do desempenho dos serviços: resolutividade, qualidade, satisfação do usuário e análise do alcance das metas dos indicadores de saúde pactuados.

A **Unidade de Avaliação e Controle – UAC** é responsável pela operacionalização e alimentação regular bases de dados dos Sistemas de Informação, conforme normas do Ministério da Saúde; cadastramento e atualização do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES; elaboração da Programação Físico-Orçamentaria – PFO das unidades de saúde; processamento da produção dos estabelecimentos de saúde próprios, conveniados e contratados; monitoramento da execução dos procedimentos por meio de ações de controle, avaliação e auditoria ambulatorial e hospitalar; disponibilizando dados de produção e subsidiando as ações de planejamento e gerenciamento.



A **avaliação e o monitoramento** são instrumentos da gestão que contribuem para a medida do impacto de políticas públicas e ações de saúde implantadas e correção de rumos. Para tanto devem estar orientados pelos princípios do SUS e ainda pela qualidade da informação. O monitoramento deve ser contínuo e em tempo eficaz para permitir uma rápida avaliação situacional e intervenção oportuna.

Considerando os compromissos/responsabilidades assumidos pelo gestor municipal no Pacto pela Saúde referente ao planejamento, avaliação, controle, monitoramento e auditoria há a necessidade de ampliação do quadro atual do Planejamento e Gerenciamento em Saúde e a Unidade de Avaliação e Controle – UAC.

## **4.2 Regionalização**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os serviços de saúde, como outras formas de produção econômica, podem ser organizados em arranjos híbridos que combinam a concentração de alguns serviços com a dispersão de outros.

Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles com maior previsão de recursos, tendo a distância como fator fundamental para a sua acessibilidade, como a rede de atenção básica. Em geral, os serviços de maior densidade tecnológica tendem a ser concentrados, por contarem com recursos mais escassos, sendo que a distância tem menor impacto sobre o acesso.

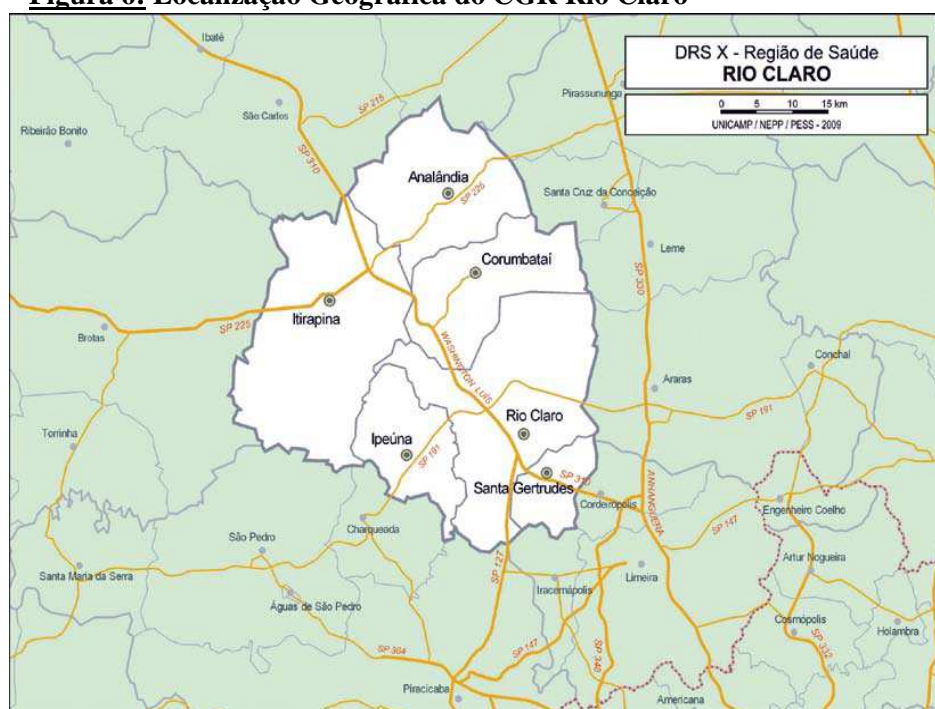
A regionalização requer um sistema integrado de serviços de saúde que articule os serviços de atenção primária e secundária à saúde e, ao nível de macrorregião, articulado com os serviços de atenção terciária à saúde.

O Pacto de Gestão conceitua região de saúde como “territórios político-administrativos e territórios sanitários inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificados pelos gestores e aprovados na CIB”. Nessa perspectiva, a organização de **Colegiados de Gestão Regional – CGR** objetivam facilitar a efetivação da regionalização no SUS.

O CGR tem como principais atribuições: instituir processo de planejamento regional; atualizar e acompanhar a programação pactuada e integrada da atenção à saúde; elaborar o processo regulatório com definição de fluxos e protocolos e priorizar as linhas de investimento.

O município de Rio Claro é integrante do Colegiado de Gestão Regional – CGR Região Rio Claro, composto pelos municípios de Analândia, Corumbataí, Ipeúna, Itirapina, Rio Claro e Santa Gertrudes, vinculado ao Departamento Regional de Saúde de Piracicaba - DRS X, da Secretaria de Estado da Saúde.

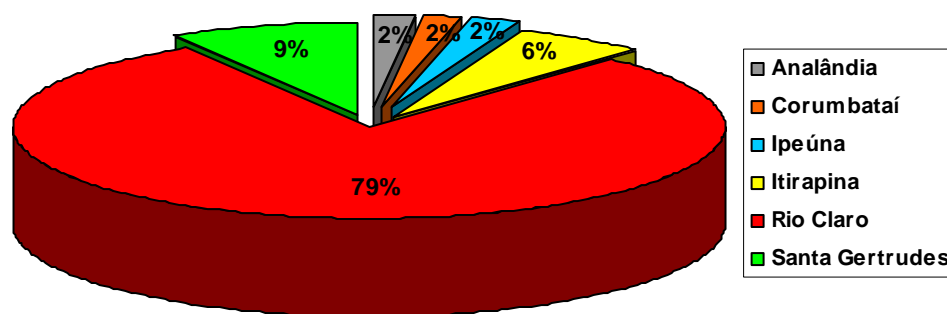
**Figura 6: Localização Geográfica do CGR Rio Claro**



Fonte: Diagnóstico CRG Rio Claro

A população do CGR Região Rio Claro é de 242.130 habitantes (IBGE 2009), sendo que o município de Rio Claro com 191.886 habitantes corresponde a 79 % da população da região.

**Gráfico 41: Percentual de População por Município do CGR Rio Claro**



Fonte: TABNET/DATASUS

O CGR Região Rio Claro encontra-se em processo de aprimoramento da sua atuação enquanto instância de gestão regional, buscando o equacionamento das demandas da região, através da gestão solidária, promovendo o desenvolvimento do sistema e contribuindo para o fortalecimento do processo de regionalização.

#### **4.3 Regulação em Saúde**

O processo regulatório em saúde deve ser entendido como o conjunto de instrumentos e mecanismos indutores de práticas e delineamento de produtos e alcance de resultados, ajustados e condizentes com políticas, diretrizes e objetivos pré-definidos.

A regulação em saúde é uma função de gestão, que contempla as seguintes dimensões de atuação: os sistemas de saúde; a atenção à saúde e o acesso dos usuários à assistência.

A regulação da atenção à saúde, de acordo com definição do Pacto pela Saúde, tem como objeto a produção direta de ações de saúde nos níveis de complexidade básica, média e alta, ambulatorial e hospitalar, dirigida aos prestadores de serviços de saúde públicos e privados.

A regulação do acesso à assistência, com implantação de protocolos e critérios de classificação de risco, apresenta-se como prioridade da gestão municipal.

Considerando a estrutura existente na Central de Vagas – CEAD e o preconizado pelo Ministério da Saúde, apresentamos proposta para implantação do Núcleo/Central de Regulação, inclusive com a regulação médica pré-hospitalar – SAMU, com recursos humanos, materiais e área física, preconizada pelo Ministério da Saúde e responsabilidades da gestão municipal assumida no Pacto pela Saúde.

A **contratualização** dos serviços de saúde é um processo pelo qual as partes, o representante legal da entidade e o gestor do SUS, estabelecem metas quantitativas e qualitativas que visem o aprimoramento do processo de atenção à saúde e de gestão, formalizado por meio de convênio. Os limites financeiros para a assistência de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial são fixados mediante o cumprimento das metas físicas e qualitativas.

O processo de contratualização tem sido implementado no Estado de São Paulo nos hospitais universitários e filantrópicos e com os gestores municipais, proporcionando avanços no processo de gestão pública.

A adesão da Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro ao Programa de Reestruturação e Contratualização de Hospitais Filantrópicos ao SUS foi homologada pela Portaria 430/MS, de 07/12/2006.

O município de Rio Claro, através de Leis Municipais, concede **subvenções** a entidades como apoio financeiro, mediante o cumprimento de metas definidas em Plano de Trabalho.

#### **4.4 Financiamento**

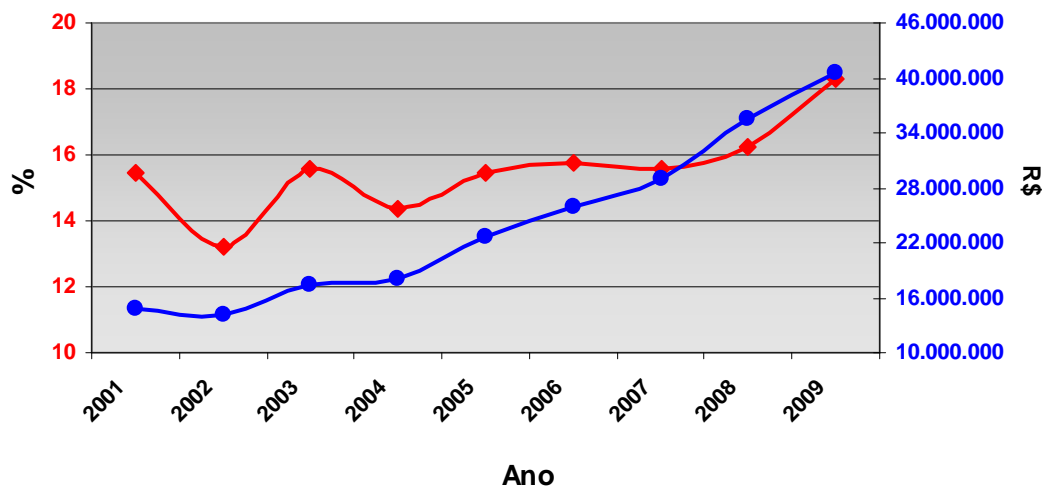
O financiamento da saúde no Brasil é um dos desafios a ser enfrentado pelo SUS, pela insuficiência dos recursos e ineficiência de seu uso. Para a gestão e execução dos recursos destinados às ações de saúde, sendo que a legislação do SUS exige a estruturação de Fundos Municipais de Saúde.

O **Fundo Municipal de Saúde** foi instituído pela Lei 2432/91 e reformulado pela Lei 2491 de 30/07/1992.

A Constituição Federal prevê a co-responsabilização financeira nas três esferas de governo para a atenção à saúde.

O município de Rio Claro vem aplicando **recursos próprios** em saúde, conforme previsto na regulamentação da EC29/2000. Em 2009, a aplicação do orçamento em saúde atingiu 18,29 %, correspondente a R\$ 40.634.636,87.

**Gráfico 42: Demonstrativo de Percentuais e Recursos Financeiros Aplicados na saúde em Rio Claro/SP – 2001 a 2009**



Fonte: SIOPS

As transferências com **recursos estaduais**, em 2009, totalizaram R\$ 66.011,54, conforme a seguinte tabela:

Especificação	Valor - R\$
Política Nacional de Educação Permanente	2.250,70
Convênio Glicemia	60.260,84
Convênio Tuberculose	3.500,00
<b>Total</b>	<b>66.011,54</b>

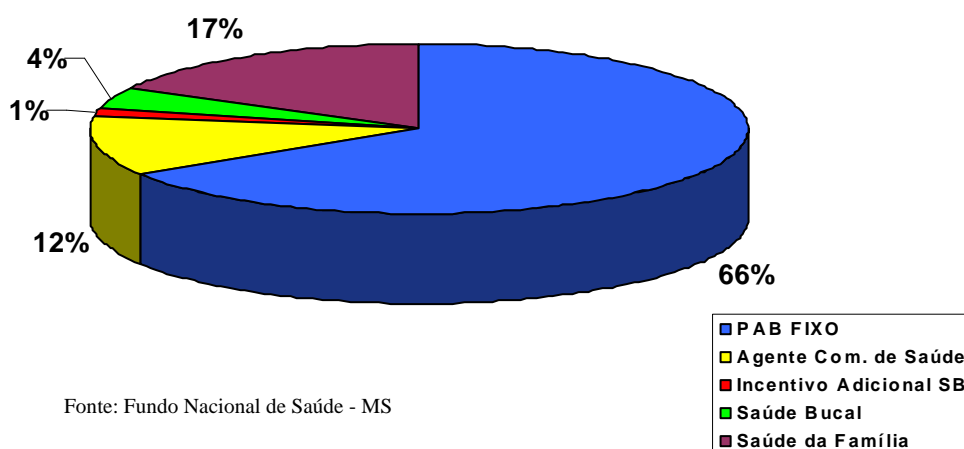
Fonte: Balancete Analítico - FMSRC – 12/2009

Os **recursos federais** são transferidos ao município, através do Fundo Nacional de Saúde – FNS, totalizando em 2009 R\$ 21.889.159,06, nos seguintes blocos de financiamento:

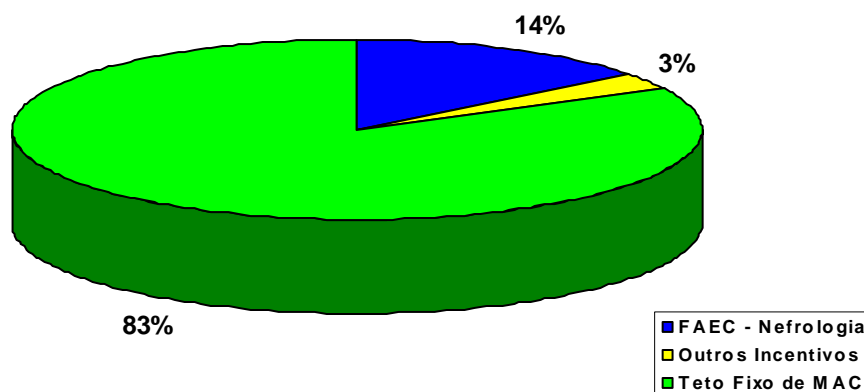
- ✓ Atenção Básica – PAB,
- ✓ Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC,
- ✓ Vigilância em Saúde
- ✓ Assistência Farmacêutica
- ✓ Gestão do SUS
- ✓ Investimento

Os repasses financeiros dos Blocos da Atenção Básica e de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC apresentaram as seguintes proporções em seus componentes:

**Gráfico 43: Repasses Financeiros da Atenção Básica por Componente  
Rio Claro/SP – 2009**



**Gráfico 44: Repasses Financeiros do Teto de Média e Alta Complexidade por Componente – Rio Claro/SP – 2009**



O Plano Municipal de Saúde está articulado com o Plano Plurianual – PPA 2010 - 2013, instrumento geral de planejamento e orçamento da administração pública municipal, conforme Quadro Resumo apresentado em anexo.

#### 4.5 Gestão do Trabalho

A Gestão do Trabalho consiste no desenvolvimento de políticas de valorização do trabalhador, garantindo seus direitos, adequando vínculos necessários e promovendo o seu envolvimento com a produção do cuidado em saúde.

A Gestão dos Recursos Humanos em Saúde apresenta-se como um dos problemas a ser superado pela gestão municipal do SUS. Dentre as dificuldades destacam-se a contratação e fixação de profissionais médicos, indicando a necessidade de revisão das estratégias adotadas e análise de salários que atendam as especificidades do setor saúde.

A ausência de ações sistematizadas de desenvolvimento de Recursos Humanos representa uma fragilidade para a gestão do trabalho em saúde.

A reformulação e implantação efetiva do **Plano de Cargos, Carreiras e Salários - PCCS**, equacionando questões salariais, jornada de trabalho, progressão, gratificações e adicionais, com a participação efetiva dos funcionários da FMS e apreciação do CMS, proposta aprovada na IX CMS destaca-se como uma das metas a serem cumpridas no Plano Municipal de Saúde.

Através da Lei Complementar 038, de 14/05/2009, foram criados cargos para adequação dos serviços da rede municipal de saúde.

<b>Tabela 19: Quadro de Pessoal – FMSRC – Data: 31/12/2009</b>					
	<b>Quantidade de Cargos/Empregos</b>			<b>Quantitativos</b>	
	<b>Forma de Provimento</b>				
	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>Total</b>	<b>Providos</b>	<b>Vagos</b>
Presidente		1	1	1	0
Diretor Geral Administração		1	1	1	0
Diretor Geral de Finanças		1	1	1	0
Diretor Médico Geral de Assistência à Saúde		1	1	0	1
Diretor Médico de Medicina Preventiva e Social		1	1	0	1

Diretor Médico de UBSs e PSFs		1	1	0	1
Diretor Médico de Pronto Socorro		2	2	1	1
Diretor Médico de Serviços Especiais		1	1	0	1
Diretor Médico Atend. Urgência/Emergência		1	1	0	1
Diretor do Serv. Ginecologia / Obstetria		1	1	0	1
Diretor Geral de Assistência Odontológica		1	1	1	0
Assessor Jurídico		1	1	1	0
Ass.Téc.P.G.Saúde		4	4	2	2
Auxiliar de IEC		2	2	2	0
Supervisor do PAM - Plano de Ações e Metas		2	2	1	1
Coord.Geral		2	2	0	2
Coord.Área Espec.		15	15	8	7
Coordenador de Pessoal e Recursos Humanos		1	1	1	0
Coordenador de Transportes		1	1	1	0
Coord. de IEC		1	1	1	0
Coord.Técnico Administrativo		12	12	12	0
Coordenador de Patrimônio e Almoxarifado		1	1	1	0
Supervisor de Saneamento		2	2	0	2
Secretario de Gabinete		3	3	2	1
Chefe Seção II		1	1	1	0
Chefe Seção I		2	2	2	0
Encarregado de Setor Administrativo		3	3	3	0
Encarregado de setor - Fatur. E Proc. Dados		3	3	0	3
Agente Cont.vetores	6		6	6	0
Agente C.Zoonoses	3		3	3	0
Agente Saneamento	12		12	7	5
Analista Ambiental	3		3	1	2
Assist.Social	20		20	11	9
Atend./Recepçion.	72		72	74	-2
Atend.de Cons.Dent.	30		30	13	17
Auxiliar Administrativo I	20		20	5	15
Auxiliar Administrativo II	25		25	5	20
Auxiliar Administrativo III	10		10	2	8
Auxiliar de IEC	2		2	1	1
Auxiliar Enfermagem	45		45	42	3
Auxiliar Serv.Gerais	57		57	53	4
Biomédico/Biólogo/Bioquímico	12		12	5	7
Cirurgião Dentista	65		65	61	4
Citotécnico	1		1	1	0
Contador	1		1	1	0
Enfermeiro do Trabalho	3		3	1	2



Enfermeiro/ Enfermeiro PSF	91		91	49	42
Eng. do Trabalho	2		2	2	0
Escriturário	45		45	45	0
Farmacêutico	13		13	4	9
Fisioterapeuta	10		10	5	5
Físico	3		3	0	3
Fonoaudiólogo	11		11	6	5
Médico	188		188	139	49
Médico do Programa Saúde da Família	35		35	5	30
Médico Veterinário	2		2	2	0
Motorista	55		55	49	6
Nutricionista	2		2	2	0
Ofic.S. Manutenção	8		8	8	0
Pedagogo	4		4	3	1
Prof.Ed.Física	1		1	1	0
Protético	2		2	2	0
Psicólogo	26		26	20	6
Secretaria Executivo	1		1	0	1
Téc. Enfermagem / Tec em Laboratorio	178		178	124	54
Téc.Des.Social	6		6	4	2
Técnico em Radiologia	4		4	0	4
Técnico em Segurança do Trabalho	5		5	0	5
Téc.Gesso	3		3	2	1
Telefon./Op.Rádio	20		20	11	9
Terap. Ocupacional	10		10	4	6
Visitador Sanitário	4		4	3	1
Sem Cargo	0		0	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>1116</b>	<b>68</b>	<b>1.184</b>	<b>826</b>	<b>359</b>
<b>Legenda:</b>					
Forma de Provimento					
A- Quadro permanente					
B- Cargos em Comissão					

Fonte: RH - FMSRC

A FMSRC deverá proporcionar condições satisfatórias de trabalho, instituindo mecanismos e estratégias visando a valorização do profissional de saúde, para assegurar melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada à população.

## **4.6 Gestão da Educação**

A Gestão da Educação engloba processos educativos dirigidos a gestores, gerentes, profissionais das áreas fins e das áreas meio, vinculados à gestão municipal do SUS.

A *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o SUS* é considerada como uma estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e desenvolvimento de trabalhadores do setor, por oferecer possibilidades de interação entre os serviços do SUS e os formadores, contribuindo para a ampliação da oferta e do acesso aos processos educacionais e de comunicação.

A Portaria MS/GM nº 1.996/2007 reitera que a responsabilidade em efetivar as diretrizes da Educação Permanente em Saúde nos Estados deve ser compartilhada entre os gestores locais, regionais e estaduais, com a efetiva participação da sociedade, através das Instituições de Ensino, das Escolas Técnicas do SUS, dos Conselhos Locais e Municipais de Saúde. A necessária conjugação de esforços nessa área reforça o papel do Colegiado de Gestão Regional no planejamento das ações de capacitação profissional.

O objetivo geral da Gestão da Educação, enquanto um dos eixos que compõem o Plano Municipal de Saúde é propiciar a adequada qualificação técnica dos trabalhadores da saúde, com processos permanentes de aquisição de conhecimento e de aprimoramento de atitudes favoráveis ao bom desempenho do trabalho, através de participação no Plano Regional de Educação Permanente em Saúde e articulação de parcerias intersetoriais.

## **4.7 Informação em Saúde**

Os sistemas nacionais de informação do SUS abrangem a maior parte das informações necessárias à avaliação de condições de saúde e ao planejamento e avaliação de ações e serviços de saúde, entretanto, seguem uma lógica fragmentada e com baixo grau de padronização de procedimentos de obtenção e tratamento dos dados.

Os sistemas relacionados a cadastros e produção de serviços geralmente são vinculados ao pagamento e controle financeiro. Os sistemas vinculados a programas de saúde são verticalizados e focados em determinado agravo ou grupo de risco.

O município opera os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimenta regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão dos sistemas de informação: Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB; Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação - SINAN; Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações – SI PNI; Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC; Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM; Sistema de Informação Ambulatorial – SIA; Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado - SIHD; Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero – SISCOLO; Sistema de Informação do Câncer de Mama – SISMAMA; Sistema de Informação de Pré Natal e Nascimento – SISPRENATAL.

Dentre as responsabilidades gerais da Gestão do SUS – Pacto de Gestão, a alimentação regular da base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES consta como um dos indicadores pactuados, objetivando o fortalecimento do CNES com dados atualizados sistematicamente, visando a melhoria da qualidade da informação.

#### **4.8 Sistema Logístico**

Sistema logístico corresponde ao conjunto de mecanismos e atividades de suporte à rede de atenção à saúde que propiciam integração das unidades funcionais do sistema e facilidade de acesso aos usuários. Fazem parte do sistema logístico: o transporte de pacientes; o transporte de resíduos de serviços de saúde; os processos de gestão de insumos farmacêuticos; os sistemas informatizados de apoio, entre outros.

O sistema de apoio logístico deve ser visto como elemento essencial para o desenvolvimento do sistema de saúde, destacando a sua importância no processo de regionalização de Redes de Atenção à Saúde.

No **Transporte Sanitário de Pacientes** são utilizados como meios de locomoção ambulâncias, ônibus e microônibus. A responsabilidade por esse sistema de transporte é a Fundação Municipal de Saúde, não havendo pactuação ou outra forma de acordo entre os Municípios da Região Rio Claro.

Observa-se a necessidade de implantação de estratégias para otimização de recursos, ampliação de investimentos, buscando proporcionar maior conforto aos pacientes.

O **Transporte Sanitário de Resíduos de Serviços de Saúde** é realizado por empresa contratada, responsável pela retirada do lixo da área de transbordo e enviando a um aterro em Campinas. Os resíduos infectantes recebem tratamento de microondas e os químicos são incinerados no município de Paulínia.

A cidade produz aproximadamente 15 toneladas/mês desses resíduos, oriundos de estabelecimentos de saúde como hospitais, consultórios médicos, serviços de apoio diagnóstico, entre outros.

A implantação de fluxo regional para o processo de transporte de resíduos, partindo de ações solidárias de coleta e destinação dos resíduos coletados, viabilizaria a redução de custos e de riscos.

Os **Processos de Gestão de Insumos Farmacêuticos** referem-se à padronização de lista de medicamentos; ao armazenamento e distribuição dos medicamentos; a dispensação de medicamentos; a realização de processos licitatórios – modalidade Pregão e acompanhamento e avaliação dos gastos dos serviços de saúde com medicamentos.

O município dispõe de estrutura e processos referentes à gestão de materiais e insumos na Assistência Farmacêutica, contando com sistemas informatizados para o controle de estoque, dispensação e distribuição de medicamentos para as unidades de saúde.

Ressalta-se a necessidade de aprimoramento da gestão de insumos farmacêuticos e outros materiais considerando a importância estratégica dessa área no sistema de saúde.

#### **4.9 Sistemas Informatizados de Apoio**

Considerando a rede de assistência à saúde sob gestão municipal, a organização, implantação e implementação de ações definidas nos eixos prioritários do Plano Municipal de Saúde, em consonância com o Pacto pela Saúde, há a necessidade de ferramentas e instrumentos que proporcionem acesso e ampliação da integralidade da atenção, suporte aos serviços, melhoria das condições de trabalho dos profissionais, fornecendo subsídios aos processos de planejamento, regulação e monitoramento da gestão.

A implantação de rede informatizada permitirá o gerenciamento e operacionalização das funções da regulação, o controle de acesso dos usuários, o aperfeiçoamento da hierarquização dos serviços, interagir com os bancos de dados estaduais e nacionais, gerar

relatórios operacionais e gerenciais, ampliando a qualidade e resolutividade da rede de saúde sob gestão do município de Rio Claro.

O município de Rio Claro elaborou Projeto de Implantação de Rede Informatizada de Serviço, com habilitação pelo Ministério da Saúde - Portaria GM 3188,18/12/2009 e repasse de recursos federais no valor de R\$ 494.395,00, para a aquisição de equipamentos para a rede básica e para a Regulação em Saúde permitindo ao gestor cumprir o seu papel na articulação, integração e coordenação dos serviços.

#### **4.10 Projetos**

✓ **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU:** implantação com a participação dos municípios do Colegiado da Região Rio Claro - projeto em andamento.

✓ **Unidade de Pronto Atendimento – UPA e Sala de Estabilização – SE:** habilitação pela Portaria 2.161/GM, 16/09/2009. Valor MS R\$ 1.500.000,00 - projeto em andamento.

✓ **Projeto de Implantação de Rede Informatizada de Serviço:** habilitação pela Portaria 3188/GM, 18/12/2009 e repasse de recursos federais no valor de R\$ 494.395,00, para a aquisição de equipamentos para a rede básica e para a Regulação em Saúde - projeto em andamento.

✓ **Construção de UBS com implantação de ESF:** Unidade Jardim Progresso, para implantação de 01 ESF – Portaria 2226/GM, 18/09/2009. Valor MS R\$ 200.000,00 - projeto em andamento.

✓ **Reforma/ampliação de unidades de saúde:** UBS. Dr. Mario Fittipaldi -Wenzel e USF Benjamin de Castro. Valor do MS: R\$ 100.000,00, projetos já aprovados pela CEF, aguardando processo licitatório.

✓ **Reforma/ampliação de unidades de saúde – SAE – DST:** Valor do MS R\$ 250.000,00 - projeto em andamento.

✓ **Aquisição de Aparelho de RX:** recurso SES R\$ 145.000,00 – emenda parlamentar.

✓ **Equipamentos e Material Permanente** (gerador e outros equipamentos) - recurso SES R\$ 100.000,00.

✓ **Equipamentos e Material Permanente para Atenção Básica e Assistência de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar:** aprovado pela Deliberação CIB 69 – 07/12/2009. Valor MS: R\$ 100.000,00.

✓ **Equipamentos e Material Permanente - 02 micro-ônibus:** Aprovação no Colegiado e manifestação favorável DRS X, com encaminhamento para a CIB.

#### **4.11 Participação Social**

A participação social é assegurada pela Lei 8142/1990, que a institui como uma das diretrizes do SUS. O estímulo à participação social é realizado através de diferentes mecanismos que objetivam a ampliação e qualificação do processo de mobilização e controle social.

O Conselho de Saúde é um órgão colegiado, em caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, dos prestadores de serviços, de profissionais de saúde e de usuários, que atuam na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução da política de saúde.

O **Conselho Municipal de Saúde** de Rio Claro foi instituído pela Lei Municipal 2418, de 27/08/1991 e alterado pela lei 3072, de 19/11/1999, sendo composto por 20 membros (20 titulares / 20 suplentes), representando 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de representantes da gestão e prestadores de serviços. A periodicidade das reuniões é mensal, com atuação efetiva no sistema municipal de saúde.

O município vem assegurando condições materiais e técnicas para o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, apoiando a formação dos conselheiros de saúde, estimulando o processo de discussão e controle social na área de abrangência das unidades de saúde, através da implantação e atuação dos Conselhos Gestores de Saúde.

O apoio aos processos de mobilização social e de educação popular em saúde são responsabilidades assumidas pela gestão municipal para o fortalecimento da participação e controle social.

As **Conferências de Saúde** são espaços institucionais destinados a discutir e propor diretrizes para a formulação de Políticas de Saúde, sendo vitais para o exercício do controle social, pois estabelecem diretrizes para a atuação dos Conselhos de Saúde nas três esferas do Governo, sendo instituídas pela Lei N.º 8142, de 28 de dezembro de 1990.

O município de Rio Claro realizou, em 27 e 28/11/2009, a IX Conferência Municipal de Saúde, com o tema central: “Fortalecer a Participação e o Controle Social para Consolidação do SUS” e os eixos temáticos: Aperfeiçoamento da Qualidade e Resolubilidade da Rede Municipal de Saúde; Promoção em Saúde e Efetivação do Controle Social, aprovando propostas norteadoras do Plano Municipal de Saúde, proporcionando o fortalecimento da participação popular e a prática do controle social, buscando a consolidação do SUS.

As propostas aprovadas na IX Conferência Municipal de Saúde são apresentadas em anexo.

#### **4.12 Ouvidoria**

A Ouvidoria é um canal democrático de estímulo à participação popular, de disseminação de informações em saúde, de mediação entre o cidadão e os gestores dos serviços de saúde, além de atuar como ferramenta de gestão, contribuindo para definição de ações que resultem em melhorias no Sistema Único de Saúde.

O município vem desenvolvendo ações de Ouvidoria, através da Assessoria Especial da Diretoria da Ouvidoria Pública Municipal, com registro de denúncias, reclamações e solicitações dos cidadãos, contando com Serviços de Informações – 156 e Fale Conosco Pela Internet.

O município mantém acesso ao Departamento de Ouvidoria Geral do SUS – OuidorSUS, sendo prioridade a qualificação e implementação deste canal de manifestação de usuários do SUS.

## 5 OPERACIONALIZAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

Para a operacionalização do Plano Municipal de Saúde, foram estabelecidos os **Eixos Prioritários** que devem ser entendidos como divisões didáticas, que buscam facilitar o processo de planejamento e a realização de ações.

Os eixos prioritários do Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013 foram definidos conforme os compromissos assumidos pelo Gestor Municipal no Pacto pela Saúde:

- ✓ **Eixo 1** – Ampliação do acesso da população, com redução de desigualdades e aperfeiçoamento da qualidade e resolubilidade das ações e serviços de saúde
- ✓ **Eixo 2** – Redução da Mortalidade Infantil e Materna
- ✓ **Eixo 3** – Controle de Riscos, Doenças e Agravos Prioritários.
- ✓ **Eixo 4** – Desenvolvimento de serviços e ações de saúde para segmentos da população mais vulneráveis aos riscos de doença ou com necessidades específicas
- ✓ **Eixo 5** – Desenvolvimento de ações de Promoção em Saúde
- ✓ **Eixo 6** – Gestão da Educação e do Trabalho no SUS
- ✓ **Eixo 7** – Fortalecimento e aperfeiçoamento da Capacidade de Gestão Municipal
- ✓ **Eixo 8** – Fortalecimento da Participação Popular e do Controle Social na gestão do SUS

Para cada eixo foram definidos grupos sob a forma de **diretrizes estratégicas**, para as quais foram estabelecidos um ou mais **objetivos** e propostas **ações estratégicas**, para intervenção nos problemas e modificação dos padrões de saúde existentes, com **metas/resultados esperados** para o quadriênio.

A formulação dos objetivos, metas e ações estratégicas foi realizada através de processo participativo e integrado, considerando a análise situacional de saúde, as diretrizes das esferas federal e estadual, as propostas aprovadas na IX Conferência Municipal de Saúde de Rio Claro, realizada em 2009, e as metas pactuadas para as prioridades e objetivos do Pacto pela Saúde – SISPACTO.



Os indicadores de monitoramento e avaliação, que permitirão saber se as linhas estratégicas propostas são adequadas e se os resultados obtidos estão dentro do esperado, deverão constar na Programação Anual de Saúde.

A **Programação Anual de Saúde** é o instrumento de gestão que detalha as ações anuais para atingir as diretrizes propostas pelo Plano de Saúde, no período definido para o exercício orçamentário.

A programação deverá ser elaborada pelos diretores e coordenadores de áreas e programas devendo conter ações, metas, quantitativos físicos e financeiros, em consonância com a Lei Orçamentária Anual – LOA.

O **monitoramento e avaliação** são instrumentos estratégicos de gestão. As ações de monitoramento serão desenvolvidas a partir de informações sistematicamente coletadas e analisadas, que permitirão verificar o acompanhamento do cumprimento das prioridades e percentual de alcance dos indicadores estabelecidos na Programação Anual de Saúde.

A avaliação deve ser entendida como processo permanente de controle de execução do Plano Municipal de Saúde em direção aos objetivos propostos, a ser realizada de forma sistematizada e contínua, assinalando os avanços obtidos e as dificuldades encontradas, constituindo-se em elemento fundamental para instrumentalizar as decisões do gestor nas intervenções necessárias.

O monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Saúde deverá ser realizado pela equipe de planejamento e áreas técnicas, sendo seu resultado apresentado no Relatório Anual de Gestão – RAG, realimentando o processo de planejamento e orientando eventuais redirecionamentos.

## 5.1 Eixos Prioritário 2010 – 2013

### **Eixo 1 – Ampliação do acesso da população, com redução de desigualdades e aperfeiçoamento da qualidade e resolubilidade das ações e serviços de saúde.**

#### **Diretrizes Estratégicas**

- ✓ Aperfeiçoar a Atenção Básica e melhorar a qualidade e resolubilidade das ações e serviços.
  - ✓ Ampliar o acesso da assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.
  - ✓ Garantir a eficiência na Assistência Farmacêutica e de outros insumos para a saúde.
  - ✓ Humanizar os serviços de saúde.
  - ✓ Investir e adequar os serviços de saúde.
- 
- ✓ **Aperfeiçoar a Atenção Básica e melhorar a qualidade e resolubilidade das ações e serviços**

**Objetivo 1:** Assegurar e monitorar as ações e serviços de saúde do Programa de Saúde da Família – PSF e de outros modelos de atenção básica existentes no município, objetivando maior resolubilidade e melhoria de qualidade.

#### **Metas/Resultados Esperados:**

Atingir as metas anuais pactuadas no Relatório Municipal de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde.

Implantar, no mínimo, 03 Equipes de Saúde da Família, a cada ano.

Atingir a cobertura de 70% do município pelo Programa de Saúde da Família.

Implantar o Núcleo de Assistência à Saúde da Família – NASF.

Garantir o acesso da rede básica à Unidade de Pronto Atendimento – UPA e rede de atenção às urgências.

Garantir equipamentos, materiais e insumos necessários para o funcionamento da rede básica.

Assegurar o desenvolvimento do Plano de Execução do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF, conforme Termo de Compromisso firmado entre o município e o MS/SAS.

Ampliar e adequar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS.

### **Ações Estratégicas:**

Avaliar e monitorar as ações e serviços de saúde da Atenção Básica e implementar ações e serviços, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Garantir a construção de Unidades de Saúde da Família, com a efetiva implantação das Equipes de Saúde da Família.

Rearticular a integração da Atenção Básica com as demais áreas de atenção à saúde.

Implantar equipe do NASF, conforme preconizado pelo MS.

Estabelecer protocolo e fluxo para o acesso aos serviços de média complexidade e de urgência/ emergência .

Adquirir viaturas e manutenção da frota existente.

Aquisição de equipamentos, materiais e insumos necessários para o funcionamento da rede básica.

**Objetivo 2:** Garantir formação e educação permanente para os profissionais envolvidos na atenção básica.

### **Metas/Resultados Esperados:**

Capacitar 100% dos profissionais que atuam na Atenção Básica.

100% das Equipes de Saúde da Família com ACD.

Monitoramento e análise da resolubilidade da Atenção Básica.

**Ações Estratégicas:**

Promover a qualificação dos profissionais da atenção básica.

Capacitar equipes de atenção básica para a utilização de protocolos clínicos, de utilização de classificação de risco de doenças e de encaminhamento para especialidades.

Assegurar profissional de nível técnico - ACD nas Equipes de Saúde da Família.

Realizar oficinas de atualização de gestores para avaliação e acompanhamento da Atenção Básica.

**Objetivo 3:** Elaborar protocolos de atendimento integral a problemas específicos de saúde da criança.

**Metas/Resultados Esperados:**

Qualificação de 100% dos profissionais envolvidos na saúde da criança.

Realizar, no mínimo, 02 (duas) atividades/campanhas educativas anuais.

**Ações Estratégicas:**

Implementar as ações das linhas de cuidado da atenção integral na saúde da criança.

Articular parcerias intersetoriais para o desenvolvimento de atividades educativas.

Promover atividades intersetoriais para acidentes evitáveis na infância.

**Objetivo 4:** Assegurar o atendimento das diversas faixas etárias nos programas de saúde bucal.

**Metas/Resultados Esperados:**

Atingir as metas pactuadas para a Saúde Bucal no Relatório Municipal de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde.

Atuação de ACD e /ou THD nas Unidades Básicas.

Realizar, no mínimo, 01 (uma) campanha anual de prevenção do câncer bucal.

**Ações Estratégicas:**

Aumentar a cobertura das ações de saúde bucal na atenção básica.

Ampliar as equipes de saúde bucal da atenção básica, com a inclusão do profissional de nível técnico - ACD e/ou THD.

Implementar as ações básicas de prevenção e controle (diagnóstico e prevenção) do câncer bucal.

Capacitação e reciclagem dos profissionais para atuação nos programas de prevenção desenvolvidos na rede escolar e nas demais atividades.

✓ **Ampliar o acesso da assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.**

**Objetivo 5:** Assegurar e monitorar a Assistência de Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar.

**Metas/Resultados Esperados:**

Avaliar e monitorar 100% das ações e serviços de saúde próprios e contratados/conveniados.

Acompanhar 100% dos serviços referenciados.

Monitorar 100% da programação pactuada.

Implantação e monitoramento da rede de atenção às urgências e emergências – SAMU, em pactuação com o Colegiado de Gestão Regional – CGR.

Implantação e monitoramento de serviços de atenção às urgências e emergências: Unidade de Pronto Atendimento – UPA e Salas de Estabilização - SE.

Viabilizar o credenciamento/habilitação do P.A Cervezão, implantando serviços de apoio diagnóstico e procedimentos cirúrgicos.

**Ações Estratégicas:**

Avaliar e monitorar as ações e serviços de saúde próprios e contratados.

Monitorar e acompanhar os serviços ofertados como referencia intermunicipal.

Pactuar e acompanhar a referência da atenção realizada fora do município, em cooperação com o âmbito regional e estadual.

Implantar e monitorar a rede de atenção às urgências e emergências: SAMU, UPA e SE.

Adequar as equipes de profissionais nos diversos serviços de média complexidade.

Adquirir equipamentos médicos e hospitalares, mobiliário e outros equipamentos/materiais.

**Objetivo 6:** Garantir efetivamente a contratualização entre o município e a Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro e apoiar as entidades filantrópicas.

**Metas/Resultados Esperados:**

Formalizar Convênio de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde com a Santa Casa de Misericórdia, conforme Programa de Contratualização SUS.

Apoiar financeiramente as entidades filantrópicas: Santa Casa de Misericórdia e Casa de Saúde Bezerra de Menezes, através de concessão de Subvenção Social.

**Ações Estratégicas:**

Assegurar a formalização e o acompanhamento do Convênio SUS - Santa Casa, conforme previsto na Contratualização.

Efetuar repasse de Subvenção Social à Santa Casa de Misericórdia e Casa de Saúde Bezerra de Menezes, mediante Termo de Repasse e apreciação de Prestação de Contas.

**Objetivo 7:** Organizar e pactuar acesso a ações e serviços de Atenção Especializada, a partir das necessidades da Atenção Básica.

**Metas/Resultados Esperados:**

Formalização da rede de Referência e Contra-Referência.

100% da rede básica com trabalho integrado com os demais níveis de Assistência.

Implantação e monitoramento de redes de assistência de média complexidade, com a participação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR).

Organização e integração da rede de serviços com o Ambulatório Médico de Especialidades – AME Rio Claro.

Garantia de acesso às referências pactuadas – PPI.

**Ações Estratégicas:**

Elaborar protocolos clínicos para as ações de atenção básica e especializada.

Adequar o quadro de pessoal nas diversas especialidades, conforme a demanda e parâmetro do Ministério da Saúde.

Formalizar a rede de referência e contra-referência.

Promover o trabalho articulado e integrado de todos os serviços de saúde do município.

Monitoramento do atendimento do Ambulatório Médico de Especialidades – AME, em pactuação com o Colegiado de Gestão Regional – CGR.

Avaliar a integralidade do acesso através das diretrizes definidas na Programação Pactuada e Integrada - PPI.

**Objetivo 8:** Implantar Laboratório Municipal de Análises Clínicas.

**Metas/Resultados Esperados:**

Retaguarda de apoio diagnóstico à unidade de urgência/ emergência – P.A. Cervezão.

Ampliar o acesso e assegurar a prevenção e o controle das linhas de cuidado dos diversos programas/patologias.

**Ações Estratégicas:**

Adequar área física, recursos humanos, materiais e insumos.

Elaborar protocolos e organizar o acesso da rede municipal.

Capacitar quadro de pessoal.

✓ **Garantir a eficiência na Assistência Farmacêutica e de outros insumos para a saúde.**

**Objetivo 9:** Promover o acesso adequado à assistência farmacêutica, contemplando os diferentes programas de atenção à saúde.

**Metas/Resultados Esperados:**

Atender 100% das prescrições SUS de medicação e insumos padronizados.

Constituir Comissão Farmacoterapêutica – CFT .

100% das Unidades de Saúde com dispensação no horário total de funcionamento.

Qualificação dos técnicos envolvidos na assistência farmacêutica.

Implantação de supervisão das atividades pelo farmacêutico responsável.

Inspecionar 100% dos estabelecimentos de comercialização e dispensação de medicamentos cadastrados na VISA.

Contratação de farmacêuticos para a organização da rede de assistência farmacêutica.

**Ações Estratégicas:**

Garantir a dispensação de medicação padronizada e insumos farmacêuticos prescritos aos usuários atendidos na rede municipal de saúde.

Realizar treinamentos periódicos.

Desenvolver ações educativas para estimular o uso adequado e controlado de medicamentos e insumos.

Ampliar o quadro de farmacêuticos da rede municipal de assistência farmacêutica.

Adequar o serviço de dispensação de medicamentos pela rede básica.



**Objetivo 10:** Atender prescrições de medicação não padronizada conforme definição de protocolo, dotação orçamentária e responsabilidade da esfera municipal.

**Meta/Resultados Esperado:**

Atender demanda para medicação não padronizada, conforme estabelecido e legislação vigente.

**Ação Estratégica:**

Regular a dispensação de medicação não padronizada.

**Objetivo 11:** Assegurar a manutenção da Farmácia Popular do Brasil no município de Rio Claro.

**Metas/Resultados Esperados:**

Manter a Farmácia Popular.

**Ações Estratégicas:**

Articular a continuidade do funcionamento da Farmácia Popular.

✓ **Humanizar os serviços de saúde**

**Objetivo 12:** Implementar a Política de Humanização como eixo norteador e articulador da reorganização do processo de trabalho na rede municipal de saúde.

**Metas/Resultados Esperados:**

Acolhimento com classificação de risco.

Capacitação permanente em Humanização.

Valorização dos trabalhadores da saúde.

**Ações Estratégicas:**

Promover eventos para divulgação da Política Nacional de Humanização e da Política Municipal - HumanizaSUS.

Constituir Grupo Técnico de Humanização - GTH.

Realizar treinamentos e capacitações.

Fortalecer e disseminar as ações de humanização nas unidades de saúde.

✓ **Investir e adequar os serviços de saúde**

**Objetivo 13:** Garantir estrutura física necessária para a realização de ações de saúde, de acordo com as normas técnicas vigentes.

**Metas:**

Construção de Unidades de Saúde da Família, para expansão da Estratégia da Saúde da Família.

Construção e implantação de serviços de atenção às urgências e emergências - SAMU/UPA/SE.

Adequação do espaço físico dos serviços de apoio de dispensação de medicamentos (“farmácias”) nas unidades básicas de saúde.

Construção de sede própria ou ampliação do espaço físico do CRST.

Construção do Centro de Controle de Zoonoses – CCZ.

Ampliação e adequação do espaço físico do CEAD.

Adequar/ampliar o espaço físico dos serviços CAPS III, CAPS ad, CESH e CRIARI.

Implantação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPSi.

**Ações Estratégicas:**

Garantir a construção de Unidades de Saúde da Família.

Implantar SAMU-UPA e SE.

Adequar as “farmácias” das unidades de saúde.

Viabilizar as construções, ampliações e reformas programadas no PPA 2010 – 2013.

Participar de Projetos das esferas federal e estadual de implantação e ampliação de serviços.

Adequar os espaços físicos, inclusive para acessibilidade de pessoas com deficiências e garantir a completa conservação das Unidades de Saúde, para melhor desenvolvimento do trabalho.

## **Eixo 2 – Redução de Mortalidade Infantil e Materna.**

### **Diretrizes Estratégicas**

- ✓ Reduzir a mortalidade infantil
- ✓ Reduzir a mortalidade materna.
  
- ✓ **Reduzir a mortalidade infantil**

**Objetivo 1:** Reduzir a mortalidade infantil.

### **Metas/Resultados Esperados**

100% de bebês de risco identificados e monitorados.

Investigação de 100% dos óbitos infantis, com efetiva participação do Comitê de Mortalidade Materno Infantil.

Reduzir a taxa de internações por IRA em menores de 5 anos.

Notificar 100% dos casos de doença diarreia e desidratação atendidos na rede básica e unidades de urgência e emergência.

Atingir 100% da cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano.

Manter 100% de vacinação dos nascidos vivos, nas maternidades.

### **Ações Estratégicas:**

Identificar os bebês de risco na maternidade, desenvolvendo ações de monitoramento e acompanhamento no primeiro ano de vida.

Assegurar e fortalecer as atividades do Comitê de Mortalidade Infantil.

Assegurar atenção integral e monitoramento das doenças prevalentes na infância (diarreias, doenças respiratórias, desidratação).

Incentivar o aleitamento materno e o funcionamento do banco de leite com ampliação de coleta junto à rede básica.

Assegurar a imunização nas maternidades.  
Capacitar os profissionais da rede básica.  
Monitorar os indicadores de saúde pactuados.  
Implementar ações intersetoriais em atenção à criança desnutrida.

**Objetivo 2:** Reduzir a mortalidade materna.

### **Metas/Resultados Esperados**

80% das gestantes realizando 7 ou mais consultas de pré-natal.  
Reduzir a mortalidade materna, conforme pactuação.  
Investigação de 100% dos óbitos maternos, com efetiva participação do Comitê de Mortalidade Materno Infantil.  
100% da rede básica capacitada para identificação e encaminhamento de gestante de alto risco.

### **Ações Estratégicas:**

Implementar assistência pré-natal, ao parto e ao pós-parto imediato.  
Assegurar e fortalecer as atividades do Comitê de Mortalidade Materna.  
Capacitar a rede básica e monitorar as ações desenvolvidas.  
Implementar a atenção especializada à gestação de alto risco.

## **Eixo 3 – Controle de Riscos, Doenças e Agravos Prioritários**

### **Diretrizes Estratégicas**

- ✓ Melhorar a vigilância e o controle das doenças transmissíveis
- ✓ Melhorar a vigilância e o controle das doenças e agravos não transmissíveis
- ✓ Aperfeiçoar a vigilância sanitária e ambiental
- ✓ Aprimorar a rede laboratorial de saúde pública

✓ **Melhorar a vigilância e o controle das doenças transmissíveis**

**Objetivo 1:** Implementar a vigilância das doenças agudas transmissíveis e doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses para adoção de medidas de controle adequadas e oportunas.

**Metas/Resultados Esperados:**

Realizar o diagnóstico etiológico das meningites bacterianas, em 60% das notificações.

100% da rede básica realizando a investigação de agravos.

80% de imóveis vistoriados com ações para eliminação de focos e ou criadouros de Aedes.

Efetivar a atuação do Comitê Municipal de Combate a Dengue.

Realizar 100% de diagnóstico laboratorial de raiva em cães e gatos.

Equipes técnicas capacitadas para atuação na vigilância e controle de doenças.

Aquisição de veículos para ampliação das atividades e manutenção da frota existente.

Apoiar entidades de apoio e defesa dos animais.

**Ações Estratégicas:**

Notificação imediata e investigação oportuna de casos, surtos e novos agravos.

Implementar a vigilância e o controle do Aedes Aegypti para redução da infestação nas áreas com presença do vetor e impedir a infestação de novas áreas, além do controle de outros vetores.

Assegurar e fortalecer as atividades do Comitê Municipal de Combate a Dengue.

Implementar o envio de amostras de espécies mamíferas para monitoramento de reservatórios de raiva e diagnóstico diferencial de agente etiológico causador de sintomatologia neurológica.

Realizar treinamentos, cursos e dar condições de participação dos funcionários em eventos de capacitação.

Elaborar e disponibilizar material educativo e informativo.

Conceder subvenção ao Grupo de Apoio e Defesa dos Animais – GADA.

Implementar a vigilância e controle de agravos através de Projeto de Georreferenciamento.

**Objetivo 2:** Manter elevadas e homogêneas as coberturas vacinais.

**Metas/Resultados Esperados:**

Certificação de 100% dos técnicos que atuam nas salas de vacinação e rede de frio.

Atingir, no mínimo, 95% de coberturas vacinais.

Vacinar 100% dos nascidos no município nas maternidades.

90% de cobertura vacinal de populações específicas: maiores de 9 anos, população flutuante, detentos e grupos com risco aumentado.

**Ações Estratégicas:**

Capacitação de recursos humanos em sala de vacinas e rede de frio.

Avaliação e monitoramento das coberturas vacinais.

Monitorar a aplicação da vacina contra hepatite e BCG nas maternidades.

Realizar campanhas de vacinação atendendo às diretrizes nacionais.

**Objetivo 3:** Reduzir a morbimortalidade da tuberculose implementando a estratégia DOT (Directly observed therapy).

**Metas/Resultados Esperados:**

Manter a busca ativa de sintomáticos respiratórios em 100% das Unidades de Saúde.

Atingir as meta pactuadas de cura nos pacientes com tuberculose pulmonar bacilífera.

Oferecer a 100% dos pacientes com TB, sorologia para HIV.

100% das Unidades da rede básica com salas adequadas para DOT.

**Ações Estratégicas:**

Ampliar a proporção de sintomáticos respiratórios com coleta de BK.

Implementar estratégias que viabilizem 100% de cobertura de medicação supervisionada – DOT.

Fortalecer as ações de controle em populações de risco (detentos, coinfectados Tb/HIV/AIDS, moradores em situação de rua, profissionais de saúde).

**Objetivo 4:** Eliminar a hanseníase.

**Metas/Resultados Esperados:**

Atingir as metas pactuadas para detecção anual de casos novos e de cura entre os casos novos diagnosticados nos anos das cortes.

Manter a busca ativa de sintomáticos dermatológicos em 100 % das unidades de saúde.

Vacinar com BCG todos os comunicantes intra-domiciliares.

**Ações Estratégicas:**

Avançar em direção à meta de eliminação na esfera municipal, diagnosticando precocemente.

Manter a capacidade de detecção e adoção de atividades de controle.

Intensificar o diagnóstico em menores de 15 anos (identificando a fonte de infecção) e as ações de vigilância nos contatos intra-domiciliares dos pacientes de hanseníase.

**Objetivo 5:** Reduzir a morbimortalidade de HIV/ Aids, a transmissão vertical do HIV e a transmissão de outras DST.

**Metas/Resultados Esperados:**

Realizar 02 (dois) exames de VDRL no pré-natal.

Garantir o tratamento de 100% de gestantes e seus parceiros sexual, concomitante, na própria Unidade de Saúde.

Assegurar a realização de VDRL no momento do parto, em 100% das gestantes.

100 % da rede básica capacitada em ações de prevenção.

Notificação de 100% de casos de sífilis congênita detectados.

100% das gestantes HIV+ notificadas, recebendo profilaxia.

100% da rede básica capacitada para estimular a adoção de práticas seguras às mulheres em idade fértil.

100% da rede básica qualificada em abordagem sindrômica.

100% dos usuários do SAE atendidos em Saúde Bucal.

**Ações Estratégicas:**

Implementar as ações para o diagnóstico precoce e tratamento da sífilis na gestante, parceiro e no recém nascido.

Monitorar o atendimento ambulatorial e hospitalar para as intercorrências e efeitos colaterais do tratamento anti-retroviral.

Ampliar e monitorar a cobertura das ações de prevenção de HIV/Aids e outras DSTs , conforme diretrizes do MS.

Ampliar a notificação da sífilis congênita (busca ativa).

Garantir imunobiológicos especiais aos expostos ao HIV.

Garantir à gestante HIV+ atenção adequada do pré-natal e parto.

Desenvolver ações que estimulem a adoção de práticas seguras no tocante à prevenção da sífilis e do HIV.

Qualificar profissionais da rede básica em Abordagem Sindrômica das DST.

Assegurar a atenção em saúde bucal aos usuários cadastrados no Programa DST/AIDS.

Elaborar e disponibilizar material educativo e informativo.

Manter assessoria técnica necessária ao desenvolvimento das ações.

Assegurar quadro de agentes de saúde – redutores de danos para o trabalho com populações mais vulneráveis.

**Objetivo 6:** Oferecer diagnóstico, controle e tratamento aos portadores do vírus da Hepatite B e C.

**Metas:**

Garantir insumos, medicamentos e exames aos portadores do vírus da Hepatite B e C.

Disponibilização de material educativo e informativo.

**Ações Estratégicas:**

Adquirir insumos, medicamentos e exames aos portadores de HIV/AIDS.

Capacitação de profissionais.

Confeccionar ou reproduzir material educativo e informativo.



✓ **Melhorar a vigilância e o controle das doenças e agravos não transmissíveis**

**Objetivo 7:** Reduzir a morbimortalidade por Doença Isquêmica do Coração – DIC e Doença Cerebrovascular – DCV

**Metas/Resultados Esperados:**

Ampliar o número de profissionais de educação física e nutricionistas no quadro da FMSRC.

100% das unidades da rede básica realizando controle de hipertensão arterial.

100% das unidades da rede básica realizando ações de controle e prevenção para doenças crônicas e degenerativas.

100 % da rede básica desenvolvendo ações de incentivo à alimentação saudável e práticas regulares de atividade física.

**Ações Estratégicas:**

Desenvolver ações de incentivo à alimentação saudável (ênfase na redução do consumo de sal, gorduras saturadas e aumento no consumo de frutas, legumes, verduras e cereais integrais).

Desenvolver ações de incentivo à prática regular de atividade física.

Garantir o controle da hipertensão arterial nas unidades da rede básica.

Implementar e sistematizar ações para controle do sobrepeso e obesidade, do tabagismo, do sedentarismo e do estresse.

Realizar campanhas e trabalhos educativos, com ênfase aos diversos programas e projetos de saúde, inclusive com utilização dos meios de comunicação e colaboração de iniciativa privada.

**Objetivo 8:** Aperfeiçoar o atendimento integral ao diabetes mellitus e hipertensão arterial, melhorando a detecção precoce e o tratamento dos casos.

**Metas/Resultados Esperados:**

100% de unidades da rede básica desenvolvendo ações definidas nos Protocolos de Prevenção e Controle do Diabetes e Hipertensão.

100% de unidades da rede básica cadastrando e acompanhando diabéticos e hipertensos.

100% de medicamentos e insumos dispensados, conforme pactuação com as esferas estadual e federal.

**Ações Estratégicas:**

Qualificar os profissionais envolvidos na atenção básica para a realização das ações definidas nos Protocolos de Prevenção e Controle do Diabetes e Hipertensão.

Cadastrar e acompanhar os diabéticos e hipertensos inseridos na atenção básica, no Sistema Hiper Dia.

Realizar campanhas educativas periódicas, observando os fatores de risco e medidas de promoção em saúde.

Garantir medicamentos e insumos para os diabéticos e hipertensos, conforme pactuado com os demais gestores do SUS.

**Objetivo 9:** Desenvolver ações de vigilância para a redução da morbimortalidade decorrente de causas externas.

**Metas/Resultados Esperados:**

Realizar ações preventivas em parceria com outras secretarias/entidades.

Notificar 100% dos casos de violência doméstica, sexual e outras violências, atendidos na rede municipal, com análise das ações visando a prevenção.

Notificar 100% dos acidentes de trânsito/transporte, de esporte/lazer, atendidos na rede municipal, com análise das ações visando a prevenção.

**Ações Estratégicas:**

Articular com outras secretarias e Entidades, a realização de ações de preventivas.

Ampliar o sistema de notificação da violência doméstica, sexual e outras violências em serviços de referência.

Ampliar o sistema municipal de notificações por causas externas.

Estimular a discussão intersetorial para a compreensão da magnitude, impacto e determinantes das causas externas.

**Objetivo 10:** Controle do câncer do colo de útero e da mama.

**Metas/Resultados Esperados:**

Atingir as metas pactuadas para cobertura de exames citopatológicos.

100% das unidades da rede básica desenvolvendo ações de prevenção e controle do câncer de colo de útero.

100% de tratamento/seguimento, no nível ambulatorial, das lesões precursoras do câncer de colo de útero e mama.

80% da demanda preconizada realizando mamografia.

**Ações Estratégicas:**

Promover o acesso aos exames citopatológicos e ampliar a cobertura nas mulheres entre 25 a 59 anos.

Implementar as ações básicas de prevenção e controle (diagnóstico precoce e tratamento) do câncer de colo de útero e de mama, priorizando as linhas de cuidado.

Disponibilizar o procedimento de mamografia para as mulheres, na faixa etária de 50 a 69 anos, com intervalo máximo de 2 (dois) anos entre os exames.

Capacitar os profissionais de saúde quanto aos protocolos estabelecidos para a realização de exames.

Monitorar e dar suporte para alimentação adequada dos sistemas de informação SISCOLO e SISMAMA.

✓ **Aperfeiçoar a vigilância sanitária e ambiental**

**Objetivo 11:** Implementar o desenvolvimento de atividades de vigilância sanitária e saúde ambiental visando a proteção e promoção da saúde, controle da produção de insumos e garantia da qualidade da prestação de serviços de saúde.

**Metas/Resultados Esperados:**

Adequação de equipe para desenvolvimento das atividades pertinentes, previstas no Plano de Ação em Vigilância Sanitária.

100% de equipe qualificada para a execução das atividades de Vigilância Sanitária e Ambiental e aplicação da legislação sanitária.

Realizar coletas para análise conforme o PROÁGUA.

100% de estabelecimentos Cadastrados no SIVISA.

Disponibilização de material educativo e informativo.

**Ações Estratégicas:**

Qualificar os profissionais das equipes municipais.

Implantar efetivamente Projeto Regional de Vigilância em Saúde Ambiental.

Garantir a qualidade da água para consumo humano.

Manter Atualizado o Sistema de Informação em Vigilância Sanitária - SIVISA “on-line”.

Confeccionar ou reproduzir material educativo e informativo.

**Objetivo 12:** Promover eventos educativos na área de vigilância sanitária para gestores, gerentes e usuários de saúde.

**Metas/Resultados Esperados:**

Realizar parcerias com a Secretaria da Educação, SEBRAE, ACIRC e outras entidades para promoção de eventos educativos.

**Ações Estratégicas:**

Realizar eventos educativos nas diferentes áreas de atuação da vigilância sanitária e em saúde do trabalhador.

Articular parcerias para desenvolver cursos, palestras para as diversas atividades previstas no SIVISA.

**Eixo 4 – Desenvolvimento de serviços e ações de saúde para segmentos da população mais vulneráveis aos riscos de doença ou com necessidades específicas.**

**Diretrizes Estratégicas**

- ✓ Saúde do Idoso
- ✓ Saúde da Mulher
- ✓ Saúde Mental
- ✓ Saúde do Trabalhador
- ✓ Atenção à Pessoas com Deficiência
  
- ✓ **Saúde do Idoso**

**Objetivo 1:** Garantir a promoção da atenção à saúde do idoso voltada à qualidade de vida.

**Metas/Resultados Esperados:**

100% da rede básica desenvolvendo ações de atenção à saúde do idoso.

Atingir as metas de cobertura vacinal pactuadas.

Cadastrar e controlar 100% das instituições de longa permanência para idosos.

**Ações Estratégicas:**

Implementar a atenção integral à Saúde do Idoso.

Manter a imunização contra influenza para todas as pessoas de 60 anos e mais, e contra pneumococos para os que estejam hospitalizados ou em abrigos, buscando a ampliação das coberturas obtidas.

Organizar o processo de acolhimento ao idoso nas unidades de saúde, de acordo com o estatuto do Idoso.

Assegurar o cadastramento das instituições de longa permanência para idosos e o controle de risco das mesmas.

**Objetivo 2:** Reabilitar a capacidade funcional comprometida em idosos.

**Metas/Resultados Esperados:**

Implementar as ações de tratamento e a reabilitação de seqüelas decorrentes de doenças crônicas, nos serviços de saúde.

**Ações Estratégicas:**

Desenvolver e monitorar as ações de reabilitação, mediante protocolos específicos.

**Objetivo 3:** Promover a Educação Permanente dos profissionais de saúde para o atendimento da população idosa.

**Metas/Resultados Esperados:**

100% da rede básica com profissionais capacitados em atenção à saúde do idoso.

**Ações Estratégicas:**

Implantar programa de educação permanente na área de envelhecimento e saúde do idoso.

**✓ Saúde da Mulher**

**Objetivo 4:** Garantir a assistência integral à mulher.

**Metas/Resultados Esperados:**

Atendimento conforme Protocolo de Saúde da Mulher da Rede Municipal, atualizado e efetivamente implantado.

Garantir acesso a 100% da demanda SUS.

**Ações Estratégicas:**

Capacitar os profissionais para assistência integral à mulher, conforme protocolo.

Disponibilizar medicamentos e exames complementares para a assistência integral à saúde da mulher.

**Objetivo 5:** Desenvolver ações de atenção a mulheres vítimas de violência sexual.

**Metas/Resultados Esperados:**

100% dos serviços de referência atendendo demandas de mulheres vitimizadas.

**Ações Estratégicas:**

Oferecer treinamento às equipes de profissionais para desenvolvimento das ações.

Implementar ações integradas através de equipe multiprofissional para apoio e atendimento à mulher vitimizada.

**Objetivo 6:** Desenvolver ações de prevenção de Violência Contra a Mulher - VCM.

**Metas/Resultados Esperados:**

Notificar 100 % dos casos de VCM atendidos pela rede municipal.

**Ações Estratégicas:**

Capacitar profissionais para desenvolvimento de ações de prevenção à violência contra a mulher.

Articular com outras secretarias e Entidades, incluindo DDM - Delegacia de Defesa da Mulher, a realização de ações de prevenção à violência contra a mulher.

✓ **Saúde Mental**

**Objetivo 6:** Garantir atenção integral em saúde mental à população em serviços da rede extra-hospitalar.

**Metas/Resultados Esperados:**

Apoio matricial de saúde mental na atenção básica.

100% dos serviços ambulatoriais qualificados para melhoria da resolubilidade das ações de saúde mental.

Adequar os quadros de pessoal dos diversos serviços: CAPS III, CAPS ad, CISM e CRIARI.

Implementar o desenvolvimento do Programa de Controle do Tabagismo.

Implantar o Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPSi.

**Ações Estratégicas:**

Implantar equipes de apoio matricial em saúde mental na atenção básica.

Promover a avaliação e qualificação dos serviços ambulatoriais e a articulação e integração com a rede de atenção à saúde.

Capacitar equipe mínima interdisciplinar preconizada pelo MS.

Desenvolver ações de atenção à infância e adolescência, articulados a atenção básica e a outras políticas setoriais.

Ampliação de equipes para o desenvolvimento do Programa de Controle do Tabagismo, junto à rede básica.

Pleitear a habilitação do município em Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPSi.

**Objetivo 7:** Promover projetos intersetoriais para a atenção em saúde mental.

**Metas/Resultados Esperados:**

Ampliar as parcerias com outras Secretarias e Entidades.

**Ações Estratégicas:**

Intensificar articulação com outras Secretarias e Entidades, visando o trabalho conjunto na prevenção, tratamento e promoção de saúde mental.

**Objetivo 8:** Promover a implantação e implementação de programas de educação permanente e qualificação de serviços da rede de atenção em saúde mental extra-hospitalar.

**Metas/Resultados Esperados:**

Qualificação de 100% dos profissionais da atenção básica e dos serviços de saúde mental.



### **Ações Estratégicas:**

Promover cursos de capacitação para equipes da atenção básica, da rede substitutiva em saúde mental e coordenadores de serviços, destacando a singularidade de grupos específicos.

#### **✓ Saúde do Trabalhador**

**Objetivo 9:** Garantir a promoção da saúde dos trabalhadores e redução da morbimortalidade decorrente dos riscos ocupacionais.

### **Metas/Resultados Esperados:**

100% de implantação do SINAN-NET.

100% das unidades/ municípios realizando ações de atendimento em Saúde do Trabalhador e de atendimento aos acidentes de trabalho.

Ampliar o número de inspeções nos locais de trabalho com maior ocorrência de agravos relacionados na Portaria 777, priorizando a Vigilância de Acidentes Fatais e Graves.

100% de ações integradas de vigilância em saúde do trabalhador.

### **Ações Estratégicas:**

Desenvolver o Sistema de Notificação SINAN-NET, nas Unidades Sentinelas do município - PSMI e PA.

Organizar as referências, articulando o CRST com as unidades de atenção básica e municípios da região Rio Claro.

Implementar as ações integradas de vigilância em saúde do trabalhador.

Habilitar e capacitar equipe de vigilância para investigação dos acidentes.

Implementar projetos para LER/DORT e os agravos à Saúde Mental relacionados ao trabalho.

Desenvolver ações educativas de prevenção ao acidente de trabalho.

Fortalecer o controle social e a gestão participativa em saúde do trabalhador.

Implementar os diversos programas e atividades desenvolvidos pela equipe multidisciplinar do CRST.

✓ **Atenção às Pessoas com Deficiência**

**Objetivo 10:** Garantir a atenção às pessoas com deficiência.

**Metas/Resultados Esperados:**

Implementar a atenção às pessoas com deficiência e a resolubilidade das ações.

Promover a inclusão das pessoas com deficiência.

**Ações Estratégicas:**

Capacitar a rede municipal para implementar as ações.

Estabelecer parcerias intersecretariais e intersetoriais para atenção e inclusão das pessoas com deficiência.

**Objetivo 11:** Implantar ações de reabilitação na atenção básica.

**Meta/Resultado Esperado:**

100% da rede básica desenvolvendo ações de apoio à reabilitação.

**Ação Estratégica:**

Capacitar a rede básica em atividades de apoio à reabilitação.

**Eixo 5 – Desenvolvimento de Ações de Promoção em Saúde**

**Diretriz Estratégica:**

- ✓ Apoiar e desenvolver ações de promoção de saúde.
- ✓ **Apoiar e desenvolver ações de promoção de saúde.**

**Objetivo 1:** Estimular a atividade física e reduzir o sedentarismo.

**Metas/Resultados Esperados:**

100% de Unidades de Atenção Básica desenvolvendo programas de estímulo à atividade física.

Assegurar o desenvolvimento do Projeto de Promoção de Saúde – Atividade Física em parceria com a UNESP, conforme habilitação junto ao M.S.

Participar de eventos de promoção de atividades físicas.

**Ações Estratégicas:**

Implantar e implementar programas de promoção de atividade física nas Unidades.  
Participar de eventos e divulgar a importância da atividade física na mídia e outros órgãos.

**Objetivo 2:** Promover e difundir conhecimentos sobre alimentação saudável.

**Metas/Resultados Esperados:**

Realizar campanhas educativas junto a outras secretárias, entidades e empresas para desenvolvimento de hábitos de alimentação saudável no âmbito local e municipal.  
Incluir o tema alimentação saudável nas ações e eventos de saúde, de acordo com o público alvo: crianças, idosos, mulheres, adolescentes, portadores de diabetes, hipertensão arterial, etc.

**Ações Estratégicas:**

Realizar campanhas anuais sobre alimentação saudável.  
Capacitar a rede municipal para orientação nutricional.

**Objetivo 3:** Desenvolver ações de promoção da saúde bucal.

**Metas/Resultados Esperados:**

Divulgar conhecimentos de saúde bucal.  
Realizar eventos anuais sobre promoção da saúde bucal.

**Ações Estratégicas:**

Capacitar agentes comunitários para divulgar conhecimentos de saúde bucal.  
Estimular a discussão intersectorial do tema de promoção de saúde bucal em entidades e órgãos governamentais e não governamentais, permitindo a ampliação da difusão dos conhecimentos entre crianças e adultos, gerando multiplicadores.

**Objetivo 4:** Promover, proteger e apoiar o Aleitamento Materno.

**Metas/Resultados Esperados:**

Identificar redes de apoio à amamentação existentes e estabelecer parcerias.

100% das unidades realizando trabalho de grupo com gestantes.

**Ações Estratégicas:**

Participar de eventos relativos ao aleitamento materno.

Incentivar redes de apoio à amamentação.

Estimular o aleitamento materno na rede básica de saúde.

**Objetivo 5:** Desenvolver ações de prevenção de acidentes na infância, contra a violência doméstica e trabalho infantil.

**Metas/Resultados Esperados:**

Notificar 100 % dos casos de violência doméstica e outras violências atendidas na rede municipal.

Realizar ações de prevenção de acidentes na infância, à violência doméstica e trabalho infantil.

**Ações Estratégicas:**

Articular com outras secretarias e Entidades, a realização de ações de prevenção de acidentes na infância, à violência doméstica e trabalho infantil.

Qualificar tecnicamente os profissionais e os serviços para o atendimento aos acidentes na infância e violências doméstica.

## **Eixo 6 – Gestão do Trabalho e da Educação e no SUS**

### **Diretrizes Estratégicas**

- ✓ Aprimorar a gestão do trabalho para valorizar os recursos humanos da FMS-RC.
- ✓ Aperfeiçoar os mecanismos de educação, para qualificar os profissionais de saúde.
  
- ✓ **Aprimorar a gestão do trabalho para valorizar os recursos humanos da FMS-RC.**

**Objetivo 1:** Aperfeiçoar a situação de trabalho dos profissionais do SUS, integrando e fortalecendo as relações funcionais, o comprometimento com o serviço público e o agir ético, bem como, a saúde e o bem estar bio-psico-social dos profissionais de saúde.

### **Metas/Resultados Esperados:**

Reformular e implantar efetivamente o Plano de Cargos, Carreiras e Salários - PCCS, conforme proposta aprovada na IX CMS.

100% das unidades de saúde com atuação da CIPA.

Instituir mecanismos de monitoramento e avaliação da gestão do trabalho no SUS.

### **Ações Estratégicas:**

Constituir Comissão para reformular e implantar efetivamente o Plano de Cargos, Carreiras e Salários - PCCS, conforme proposta aprovada na IX CMS.

Garantir a efetiva atuação da CIPA.

Implantar o Núcleo de Desenvolvimento em Recursos Humanos na Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro - FMSRC.

Adequar e garantir o atendimento aos profissionais de saúde acometidos por acidente de trabalho.

✓ **Aperfeiçoar os mecanismos de educação, para qualificar os profissionais de saúde.**

**Objetivo 2:** Qualificar os profissionais que atuam nas atividades meio e nas atividades assistenciais, em especial da atenção básica de saúde do SUS.

**Metas/Resultados Esperados:**

Capacitar e qualificar os profissionais da saúde em atenção e gestão em saúde, em todos os níveis da assistência.

Participar do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde do CGR Rio Claro.

Instituir mecanismos de desenvolvimento, monitoramento e avaliação da gestão da educação no SUS.

Realizar o ingresso qualificado de profissionais no serviço público municipal,

Ampliar o número de profissionais qualificados na atenção à saúde, proporcionando educação permanente nas diferentes áreas que integram a assistência.

**Ações Estratégicas:**

Implantar Núcleo de Educação em Saúde, promovendo educação continuada e permanente a profissionais de todas as categorias.

Constituir equipe de interlocutores para os diversos programas de atenção à saúde.

Viabilizar a participação em congressos e outros eventos visando a qualificação e atualização técnica dos profissionais, considerando as necessidades e os recursos disponíveis.

**Eixo 7 – Fortalecimento e aperfeiçoamento da Capacidade de Gestão Municipal**

**Diretrizes Estratégicas:**

✓ Aperfeiçoar os mecanismos de Gestão, Regulação e contratação dos Serviços de Saúde

✓ Aprimorar os Sistemas de Informação

✓ **Aperfeiçoar os mecanismos de Gestão, Regulação e contratação dos Serviços de Saúde**

**Objetivo 1:** Elaborar, monitorar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado.

**Metas/Resultados Esperados:**

Formalizar, acompanhar e rever periodicamente o Plano Municipal de Saúde.

Efetivar e monitorar os Compromissos do Pacto pela Saúde.

**Ações Estratégicas:**

Formalizar e monitorar o Plano Municipal de Saúde e demais instrumentos de gestão.

Aperfeiçoar o Sistema Municipal de Avaliação e Controle.

Implementar a gestão da saúde para executar ações com competência e responsabilidade.

Desenvolver ferramentas e instrumentos que proporcionem subsídios aos processos de planejamento, regulação e monitoramento da gestão.

**Objetivo 2:** Implementar o sistema de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria.

**Metas/Resultados Esperados:**

Implantar a Regulação em Saúde de acordo com a Política Nacional e Pacto pela Saúde.

Implantar rede informatizada permitindo o gerenciamento e operacionalização das funções da regulação, o controle de acesso dos usuários, o aperfeiçoamento da hierarquização dos serviços.

Controlar e avaliar 100% das Unidades Prestadoras de Serviços – UPS.

Monitorar e avaliar 100% das ações conveniadas/contratadas.

Regular 100% dos procedimentos referenciados.

**Ações Estratégicas:**

Implantar protocolos e critérios de classificação de risco para a regulação do acesso à assistência.

Formalizar mecanismos de regulação e monitoramento (Referência e Contra-Referência, Rotinas, Protocolos).

Implantar Regulação Municipal, conforme instituído pelo Ministério da Saúde.

Definir, regular e avaliar a programação físico-orçamentária – PFO das Unidades prestadoras de serviço - UPS.

Monitorar e avaliar as ações de Saúde através de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais.

Regular as referências realizadas em outros municípios, de acordo com a PPI.

Ampliar o quadro atual do Planejamento e Gerenciamento em Saúde e a Unidade de Avaliação e Controle – UAC.

**Objetivo 3:** Efetivar a contratação de serviços de saúde, em caráter complementar aos serviços municipais, para atender as demandas prioritárias, em conformidade com a programação pactuada e integrada e legislação vigente.

**Meta/Resultado Esperado:**

100% dos contratos e convênios de prestação de serviços regulados e monitorados

**Ações Estratégicas:**

Regular e monitorar contratos e convênios de prestação de serviços.

**Objetivo 4:** Fortalecer a Gestão Municipal de Saúde.

**Metas/Resultados Esperados:**

Participar de 100% das reuniões do colegiado.

Instituir parcerias para desenvolvimento de ações de gestão.

**Ações Estratégicas:**

Fortalecer o processo de regionalização, através de ações de gestão solidaria das demandas.

Participar do colegiado de gestão regional.

Promover a participação de funcionários em cursos de especialização de gestão publica.



✓ **Aprimorar os Sistemas de Informação**

**Objetivo 5:** Operar os sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde.

**Metas/Resultados Esperados:**

100% de alimentação adequada e regular de todos os sistemas de informação.

Aprimorar a divulgação de informações em saúde.

**Ações Estratégicas:**

Capacitar os profissionais para melhorar a alimentação e a qualidade das informações dos sistemas de informação do SUS.

Implementar mecanismos de sistematização de dados disponíveis e produzidos nos sistemas de informação.

Implantar rede informatizada permitindo interagir com os bancos de dados estaduais e nacionais.

**Eixo 8 – Fortalecimento da Participação Popular e do Controle Social na gestão do SUS.**

**Diretriz Estratégica:**

✓ Fortalecer a participação da comunidade e o controle social.

✓ **Fortalecer a participação da comunidade e o controle social.**

**Objetivo1:** Manter as condições materiais técnicas e administrativas para o funcionamento do CMS.

**Metas/Resultados Esperados:**

Manter uma reunião mensal do plenário.

Manter o trabalho das comissões específicas.

**Ações Estratégicas:**

Garantir as informações para os temas prioritários elencados pelo pleno.

Assegurar espaço físico e infra-estrutura, para o bom desenvolvimento dos trabalhos.

Garantir o Conselho Municipal de Saúde como órgão deliberativo, conforme Lei 8.142/90.

**Objetivo 2:** Organizar e prover as condições necessárias para a realização de Conferência Municipal de Saúde.

**Meta/Resultado Esperado:**

Assegurar a realização de Conferência Municipal de Saúde.

**Ações Estratégicas:**

Estimular a ampla participação e discussão dos assuntos prioritários para a política municipal de saúde.

Garantir o encaminhamento de delegados para participarem da Conferência Estadual de Saúde.

**Objetivo 3:** Capacitar os conselheiros municipais.

**Meta/Resultado Esperado:**

Qualificar a atuação dos conselheiros municipais.

**Ações Estratégicas:**

Desenvolver cursos, encontros e outros processos de formação e capacitação que possam qualificar o trabalho dos conselheiros municipais.

Implantar/ Implementar os Conselhos Locais e Conselhos Gestores de Saúde.

**Objetivo 4:** Apoiar os processos de mobilização social e de educação popular em saúde

**Meta/Resultado Esperado:**

Fortalecer a participação e controle social.

**Ações Estratégicas:**

Desenvolver ações para qualificação e implementação de mobilização social.

Articular parcerias regionais e com outros órgãos.

**Objetivo 4:** Aperfeiçoar o sistema de ouvidoria na saúde.

**Meta/Resultado Esperado:**

Efetivar o serviço de ouvidoria vinculado ao Ministério da Saúde, com participação do Conselho Municipal de Saúde.

**Ação Estratégica:**

Proporcionar a participação em capacitações.

Qualificar e implementar o acesso ao Departamento de Ouvidoria Geral do SUS – OuvidorSUS.

## BIBLIOGRAFIA

- ✓ *Instrumentos de Planejamento na Gestão Municipal do SUS – Nota técnica CIB.* Abril, 2009. COSEMS
- ✓ *Sistema de Planejamento do SUS – Uma Construção Coletiva – Volume 6.* Brasília/DF, 2008 – Ministério da Saúde.
- ✓ *Sistema de Planejamento do SUS – Uma Construção Coletiva – Volume 2.* Brasília/DF, 2009 – Ministério da Saúde.
- ✓ *Rio Claro Ontem e Hoje.* Helmut Troppmair. Prefeitura Municipal de Rio Claro/Secretaria Municipal de Educação de Rio Claro, 2008.
- ✓ *Diagnóstico da Região de Saúde Rio Claro.* Agosto, 2009. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e UNICAMP.
- ✓ *Plano Estadual de Saúde de São Paulo – 2008 a 2011.* Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
- ✓ Portaria n.º 399/GM DE 22/02/2006 – Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto
- ✓ Portaria n.º 699/GM DE 30/03/2006 – Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.
- ✓ <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>
- ✓ <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/>
- ✓ <http://www.saude.sp.gov.br/homepage.mmp?home=402881b40e9f7c76010ea499333c0037>
- ✓ <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
- ✓ <http://www.seade.gov.br/>
- ✓ [http://www.cnm.org.br/perfil/br\\_perfil.asp](http://www.cnm.org.br/perfil/br_perfil.asp)
- ✓ <http://www.fns.saude.gov.br/>
- ✓ <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>
- ✓ [http://www.rc.unesp.br/igce/planejamento/gpapt/dados%20e%20imagens/mapa\\_Localizacao\\_Rio%20Claro%20\\_SP.jpg](http://www.rc.unesp.br/igce/planejamento/gpapt/dados%20e%20imagens/mapa_Localizacao_Rio%20Claro%20_SP.jpg).
- ✓ <http://petro.rc.unesp.br/public/rioclaro/rc.html>