

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

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
DE RIO CLARO/ SP
2014-2017**

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
2014**

COORDENAÇÃO GERAL

Carmem Silvia Weissmann Borges
Planejamento e Gerenciamento em Saúde/FMSRC

ORGANIZAÇÃO

Carmem Silvia Weissmann Borges – Planejamento/FMSRC
Tiago Henrique Caetano – UAC/FMSRC

CONTRIBUIÇÃO TÉCNICA

Diretores, Assessores e Coordenadores – FMSRC
Núcleo de Educação em Saúde – NES/FMSRC

PARTICIPAÇÃO

Conselho Municipal de Saúde de Rio Claro

“O querer e o poder. Saber de onde se está e para onde se quer ir.

Depois, querer ir.

Não podemos poder tudo. Nem mesmo a maior parte.

Mas, podemos poder, o pouco que for, de maneira diferente em direção ao melhor.

Não basta ser diferente.

Tem-se que sê-lo com requintes (não apenas resquícios) da boa qualidade”.

Gilson Carvalho

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	9
INTRODUÇÃO	10
CONCEITOS	11
ESTRUTURA	12
DESENVOLVIMENTO DO PLANO	13
ANÁLISE SITUACIONAL	14
I. Aspectos Demográficos e Sócio Econômicos	14
II. Perfil de Morbimortalidade	18
1. Características Gerais da Mortalidade	18
2. Mortalidade Infantil	23
3. Mortalidade Materna	26
4. Morbidade Hospitalar SUS	27
5. Doenças Endêmicas e Epidêmicas e Outros Fatores de Risco para a Saúde	31
5.1 Doenças Transmissíveis	31
5.1.1 Meningites	31
5.1.2 AIDS	32
5.1.3 Sífilis congênita	33
5.1.4 Transmissão vertical do HIV e sífilis	33
5.1.5 Hepatites	24
5.1.6 Tuberculose	35
5.1.7 Hanseníase	36
5.2 Imunização	36
5.3 Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT	37
5.4 Doenças Transmitidas por Vetores e Antropozoonoses	38
5.4.1 Dengue	38
5.4.2 Leptospirose	39
5.4.3 Leishmaniose Visceral Americana	40
5.5 Acidentes e Violência	41
6. Promoção da Saúde	42
III Gestão do SUS	43
1. Regionalização	43
2. Capacidade Instalada SUS	46

3. Assistência Ambulatorial	47
3.1 Atenção Básica	47
3.2 Atenção Especializada	51
3.3 Saúde Mental – Atenção Psicossocial	54
3.4 Habilitação/Reabilitação	56
3.5 Assistência a Urgência e Emergência	57
3.6 Apoio Diagnóstico e Terapêutico	59
3.7 Oncologia	62
3.8 Laboratório Municipal de Análises Clínicas	64
3.9 Produção Ambulatorial	65
4. Assistência Hospitalar	66
4.1 Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro	66
4.2 Casa de Saúde e Maternidade Santa Filomena	71
4.3 Casa de Saúde “Bezerra de Menezes”	71
4.4 Produção Hospitalar	72
EIXOS, DIRETRIZES E OBJETIVOS	73
VIABILIDADE – VINCULAÇÃO COM O PLANO PLURIANUAL – PPA	103
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	104
CONSIDERAÇÕES FINAIS	105

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Pirâmide Populacional do Município de Rio Claro/SP, 2000 _____	15
Figura 2: Pirâmide Populacional do Município de Rio Claro/SP, 2010 _____	15
Figura 3: Localização Geográfica do CRG Rio Claro _____	44

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Taxa de Mortalidade Geral (óbitos/ mil hab.) _____	18
Gráfico 2: Taxa de Mortalidade x Nascidos Vivos Rio Claro/SP – 2007 a 2011 ____	23
Gráfico 3: Óbitos em Menores de 01 ano por Grupo da CID 10 Rio Claro/SP 2011 _	25
Gráfico 4: Internações por Sexo Rio Claro/SP – 2010 a 2012 _____	29
Gráfico 5: Meningites – N.º de Notificações por Sexo – Rio Claro/SP – 2010 a 2013	31
Gráfico 6: AIDS – N.º de Notificações por Sexo – Rio Claro/SP – 2010 a 2013 ____	32
Gráfico 7: Hepatites Virais – N.º de Notificações por Sexo – Rio Claro/SP – 2010 a 2013	34
Gráfico 8: Tuberculose – N.º de Notificações – Rio Claro/SP – 2010 a 2013 _____	35
Gráfico 9: Hanseníase – N.º de Notificações por Sexo – Rio Claro/SP – 2010 a 2013 __	36
Gráfico 10: Dengue – N.º de Notificações – Rio Claro/SP – 2010 a 2013 _____	38
Gráfico 11: Leptospirose – N.º de Notificações por Sexo – Rio Claro/SP – 2010 a 2013 __	39
Gráfico 12: Leishmaniose – N.º de Notificações por Sexo – Rio Claro/SP – 2010 a 2013 __	40
Gráfico 13: Percentual de População por Município do CGR Rio Claro _____	45
Gráfico 14: Percentual de Estabelecimentos por Esfera Administrativa _____	46
Gráfico 15: Produção de Exames de Apoio Diagnóstico – Média Complexidade ____	61
Gráfico 16: Produção de Exames de Apoio Diagnóstico – Alta Complexidade _____	62
Gráfico 17: Produção de Quimioterapia (Física) – Sta. Casa de Rio Claro _____	63
Gráfico 18: Produção de Quimioterapia (Financeira) – Sta. Casa de Rio Claro _____	63
Gráfico 19: Produção do Laboratório Mun. de Análises Clínicas – Jul a Dez/13 ____	64
Gráfico 20: Produção Ambulatorial por Complexidade – 2013 _____	65
Gráfico 21: Total Anual de Internações SUS – Rio Claro/SP – 2010 a 2013 _____	68
Gráfico 22: Média Mensal de Internações SUS – Rio Claro/SP – 2010 a 2013 _____	68
Gráfico 23: Número de Internações por Especialidade – Rio Claro/SP – 2010 a 2013	69
Gráfico 24: Número de Internações por Complexidade – Rio Claro/SP – 2010 a 2013__	69
Gráfico 25: Percentual de Internações por Caráter de Atendimento – Rio Claro/SP – 2010 a 2013 _____	70
Gráfico 26: Internações por Complexidade Segundo Grupo de Procedimento – 2013	73
Gráfico 27: Internações por Gestão segundo Especialidade – 2013 _____	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil Geral do Município _____	17
Tabela 2: Óbitos por Capítulo da CID 10 e Sexo – Rio Claro/SP – 2011 _____	20
Tabela 3: Óbitos por Capítulo da CID 10 e Faixa Etária – Rio Claro/SP – 2011 ____	21
Tabela 4: Óbitos por Grupo da CID 10 e Sexo – Causas Externas – Rio Claro/SP – 2011 _____	22
Tabela 5: Óbitos em Menores de 01 ano – Rio Claro/SP – 2007 a 2011 _____	24
Tabela 6: Óbitos Maternos por Faixa Etária – Rio Claro/SP – 2007 a 2011 _____	26
Tabela 7: Internações por Capítulo da CID 10 e Sexo – Rio Claro/SP – 2012 _____	28
Tabela 8: Internações por Faixa Etária – Rio Claro/SP – 2012 _____	30
Tabela 9: Total de Estabelecimentos por Esf. Administrativa e Nível de Gestão ____	46
Tabela 10: PMAQ – Desempenho ESF 1.º Ciclo _____	49
Tabela 11: Serviços de Apoio Diagnóstico Ofertados pelo Município de Rio Claro/SP _____	59
Tabela 12: Produção de Exames de Apoio Diagnóstico Média Complexidade ____	60
Tabela 13: Produção de Exames de Apoio Diagnóstico Alta Complexidade _____	61
Tabela 14: Produção Ambulatorial por Complexidade Segundo Grupo de Procedimento – 2013 _____	65
Tabela 15: Número de Leitos – Rio Claro/SP _____	67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Óbitos por Capítulo da CID 10 – Rio Claro/SP – 2011 _____	19
Quadro 2: Internações por Capítulo da CID 10 – Rio Claro/SP – 2012 _____	27

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde - PMS 2014 -2017 deve ser compreendido como o instrumento de referência para a atuação da Secretaria/Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro, objetivando 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 de Saúde apresenta as intenções e resultados a serem buscados no período de quatro anos, considerando os compromissos e as prioridades de saúde, sendo a base para a execução, acompanhamento, avaliação e a gestão do sistema.

O PMS 2014 -2017 foi construído de forma participativa, pela equipe técnica das diferentes áreas da Fundação Municipal de Saúde, considerando as responsabilidades da Gestão Municipal, as propostas aprovadas na XI Conferência Municipal de Saúde, com viabilidade financeiro-orçamentária prevista no Plano Plurianual - PPA 2014 – 2017.

A versão preliminar do Plano de Saúde foi apresentada e debatida com o Conselho Municipal de Saúde, em reunião realizada em 27/02/2014.

O Conselho Municipal de Saúde aprovou o Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017, em 25/03/2014.

INTRODUÇÃO

O Sistema de Planejamento do SUS - PLANEJASUS foi regulamentado pela Portaria MS/GM 3.085/2006 e as Portarias MS/GM 3.332/2006 e MS/GM 3.176/2008 aprovaram orientações gerais sobre elaboração, aplicação e fluxos de seus instrumentos básicos: Plano de Saúde - PS, Programações Anuais – PAS e Relatórios Anuais de Gestão – RAG.

A Portaria MS/GM 2.751/2009 regulamentou a integração dos prazos e dos processos de formulação dos instrumentos do PLANEJASUS, do Pacto pela Saúde e do planejamento de governo, expresso no Plano Plurianual – PPA, Leis de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Leis Orçamentárias Anuais –LOA.

O Decreto 7.508/2011 estabelece o processo de planejamento da saúde ascendente e integrado, do nível local até ao federal, com apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros. Os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional deverão identificar as necessidades de saúde e orientar o planejamento integrado dos entes federativos.

A elaboração do Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017 considerou a legislação descrita acima e teve com subsídios: a análise situacional; a avaliação preliminar sobre a execução do Plano 2010 – 2013; as recomendações do Relatório de Gestão - RAG 2012; as políticas nacionais de saúde, os programas e indicadores de saúde; os Eixos temáticos das Conferências Nacional e Estadual de Saúde e as propostas aprovadas na XI Conferência Municipal de Saúde.

CONCEITOS

O PLANEJASUS define o Plano de Saúde como “um instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e resultados a serem buscados no período de quatro anos, que devem 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” (PLANEJASUS, 2006).

O SUS é um sistema com responsabilidades e competências compartilhadas pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), com definição de ações estratégicas do município e o conjunto de ações de saúde do SUS.

O Plano de Saúde é instrumento técnico-político, com a elaboração do Plano de forma participativa, tendo como subsídio privilegiado as proposições das Conferências de Saúde, devendo ser apreciado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

ESTRUTURA

O Plano de Saúde, conforme o PLANEJASUS, compreende os momentos:

1. Análise situacional: identificação e priorização de problemas de saúde e de gestão;
2. Definição dos objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos.

Os eixos orientadores para a análise situacional e para a formulação de objetivos, diretrizes e metas dos Planos de Saúde são:

- As condições de saúde da população: compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde;
- Os determinantes e condicionantes de saúde: concentra medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores;
- A gestão em saúde: medidas que se configuram essenciais à melhoria e/ou ao aperfeiçoamento da gestão da saúde, tais como recursos humanos, participação social, infra-estrutura, descentralização, regionalização, regulação.

A definição dos eixos deve considerar as responsabilidades sanitárias estabelecidas no Pacto pela Saúde, prioridades de governo e eixos temáticos das Conferências de Saúde.

Para cada eixo são estabelecidos:

Diretrizes: indicam as linhas de ação a serem seguidas.

Objetivos: expressam o que se pretende fazer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados. A proposição de objetivos deve considerar a viabilidade política, econômica e técnico-organizacional.

Metas: concretizam o objetivo, sendo expressões quantitativas.

Indicadores: permitem medir mudanças e determinar o grau de cumprimento de metas.

DESENVOLVIMENTO DO PLANO

O Plano Municipal de Saúde - PMS 2014 - 2017 foi elaborado, a partir de um conjunto de processos articulados e integrados, sob a coordenação da área de Planejamento da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro – FMSRC, iniciado em Setembro/2013.

A construção da proposta foi desenvolvida a partir da análise da legislação e referencial teórico, da situação de saúde do município, definindo-se os eixos, as diretrizes e os objetivos.

O documento preliminar do Plano e as orientações para o processo de elaboração foi apresentado à equipe técnica da FMSRC, sendo estabelecido cronograma da ação para subsídios e discussão.

A versão preliminar foi discutida com a equipe técnica em 15/01/2014, sendo encaminhada para análise e complementações. Em 19/02/2014, a versão complementada foi apresentada à equipe e encaminhada ao Conselho Municipal de Saúde.

A versão do Plano de Saúde foi apresentada e debatida com o Conselho Municipal de Saúde, em reuniões realizadas em 27/02/2014 e 18/03/2014.

O Conselho Municipal de Saúde aprovou o Plano Municipal de Saúde - PMS 2014 – 2017, em 25/03/2014.

ANÁLISE SITUACIONAL

A análise situacional constitui a primeira fase de elaboração do Plano de Saúde, permitindo a identificação e priorização de problemas de saúde e de gestão.

Os aspectos desenvolvidos na análise situacional são:

I – Aspectos Demográficos e Sócio-Econômicos

II – Perfil da Morbi-Mortalidade

III - Gestão do SUS

I – ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SÓCIO ECONÔMICOS

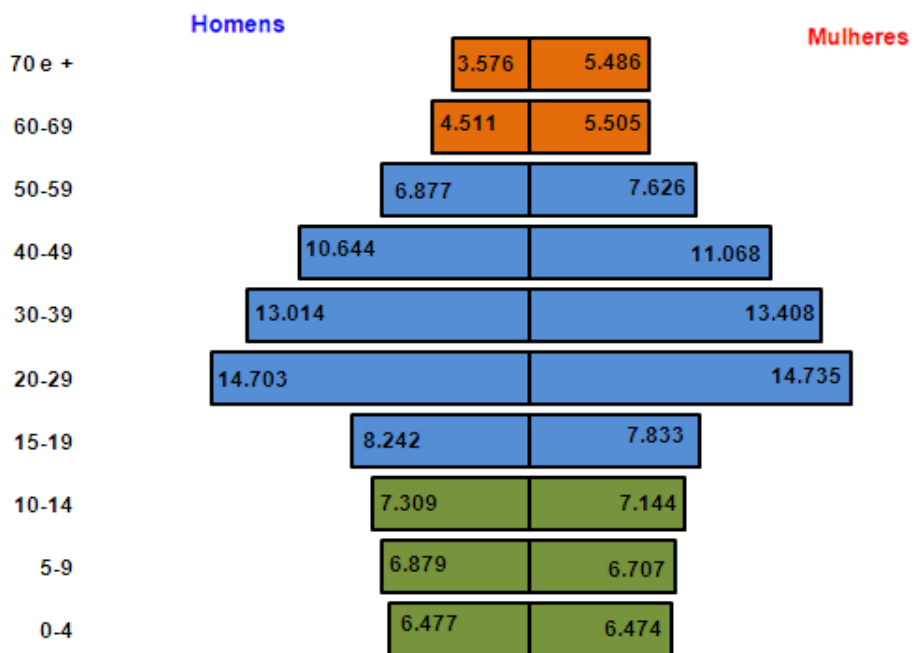
Com relação aos **aspectos demográficos**, o município de Rio Claro apresenta Densidade Demográfica de 382,91 habitantes/km², com 97,57 % de grau de urbanização (SEADE 2013).

A Taxa de Natalidade é de 13,23 (nascidos vivos/mil habitantes - 2012), apresentando decréscimo, o que vem ocorrendo no estado de São Paulo (13,32).

A Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População no período de 2010 a 2013 foi de 0,84 % ao ano.

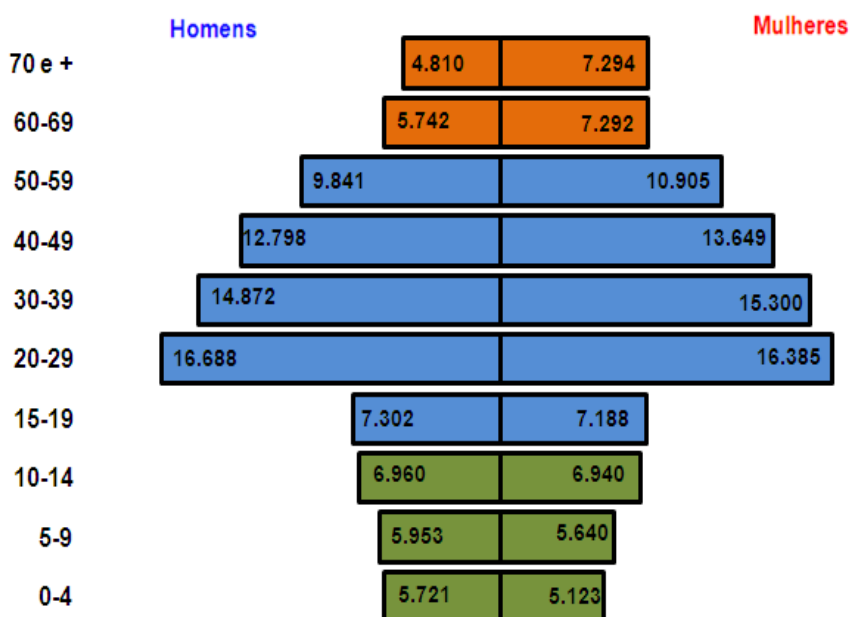
A população estimada do município de Rio Claro é de 190.849 habitantes, para o ano de 2013 (Censo IBGE).

Figura 1 – Pirâmide Populacional do Município de Rio Claro, 2000



Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2000

Figura 2 – Pirâmide Populacional do Município de Rio Claro, 2010



Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2010

Comparando-se as pirâmides populacionais de 2000 e 2010, observa-se a diminuição proporcional das faixas etárias menores de 20 anos e o aumento das faixas acima de 60 anos, configurando tendência ao envelhecimento, devendo subsidiar a formulação, gestão e avaliação de políticas públicas nas áreas de saúde e demais setores.

A população feminina (96.992) representa 51,31% da população total estimada para 2012, sendo que nas faixas etárias acima de 60 anos (14.574) atinge 57,70%.

As faixas etárias economicamente produtivas – 20 a 59 anos, representam 59,20 % da população total estimada 2012, correspondendo a 111.871 habitantes.

Com referência aos **aspectos sócio econômicos**, o município de Rio Claro conta com aproximadamente 100 % da população atendida pela coleta de lixo (99,79 %); abastecimento de água tratada (99,67 %) e esgoto sanitário (98,99 %).

O Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS do município atinge a categoria do Grupo 1 – Municípios com nível elevado de riqueza e bons níveis de indicadores sociais (longevidade e escolaridade).

A Participação no PIB do Estado (2012) é de 0,40% , sendo que a participação dos Serviços representa 55,52%, da Indústria 43,12% e da Agropecuária 1,17%.

A Tabela 1 apresenta indicadores e informações que permitem a visão do Perfil Geral do Município.

Tabela 1 – Perfil Geral do Município de Rio Claro

Dados populacionais	Ano	
Área – Km ²	2014	498,42
População Residente	2013	190.849
Densidade Demográfica – Hab/Km ²	2013	382,91
Taxa Geométrica de Crescimento Anual 2010/2013 (%a.a)	2013	0,84
Grau de Urbanização (%)	2013	97,57
População com menos de 15 anos (%)	2013	18,43
População com 60 anos e mais (%)	2013	14,19
Índice de Envelhecimento (%)	2013	76,97
Condições de Vida	Ano	
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM	2010	0,803
Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS	2010	Grupo 1
Renda per Capita Média (R\$)	2010	840,39
Domicílios com renda per Capita de até ¼ do Salário Mínimo (%)	2010	4,81
Domicílios com renda per Capita de até ½ do Salário Mínimo (%)	2010	12,87
Educação	Ano	
Taxa de Analfabetismo da população de 15 anos e mais (%)	2010	3,46
População 18 a 24 anos com ensino médio completo (%)	2010	67,95
Economia	Ano	
PIB (em milhões de reais corrente)	2011	5.393,80
PIB per Capita (em reais corrente)	2011	28.741,33
Habitação e infraestrutura urbana	Ano	
Abastecimento de Água – Nível de atendimento (%)	2010	99,67
Esgoto Sanitário – Nível de atendimento (%)	2010	98,99
Coleta de Lixo - Nível de atendimento (%)	2010	99,79

Fonte: Fundação SEADE

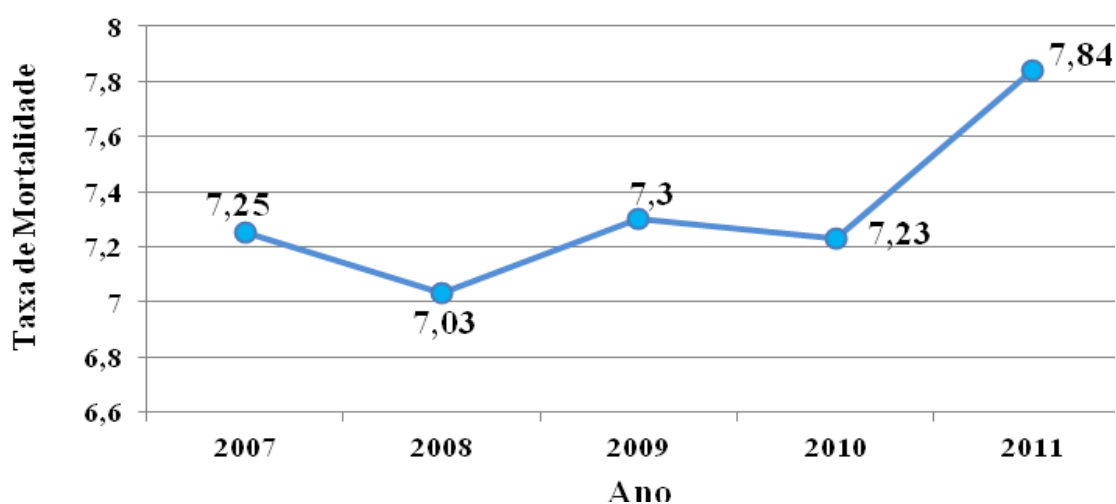
II – PERFIL DA MORBIMORTALIDADE

A análise da mortalidade e morbidade municipal considerou os dados dos sistemas nacionais e estaduais de informação sobre mortalidade e internações hospitalares, de notificação de doenças e agravos e dos diversos programas de saúde.

1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DA MORTALIDADE

A Taxa de Mortalidade Geral apresenta os seguintes indicadores no período de 2007 – 2011:

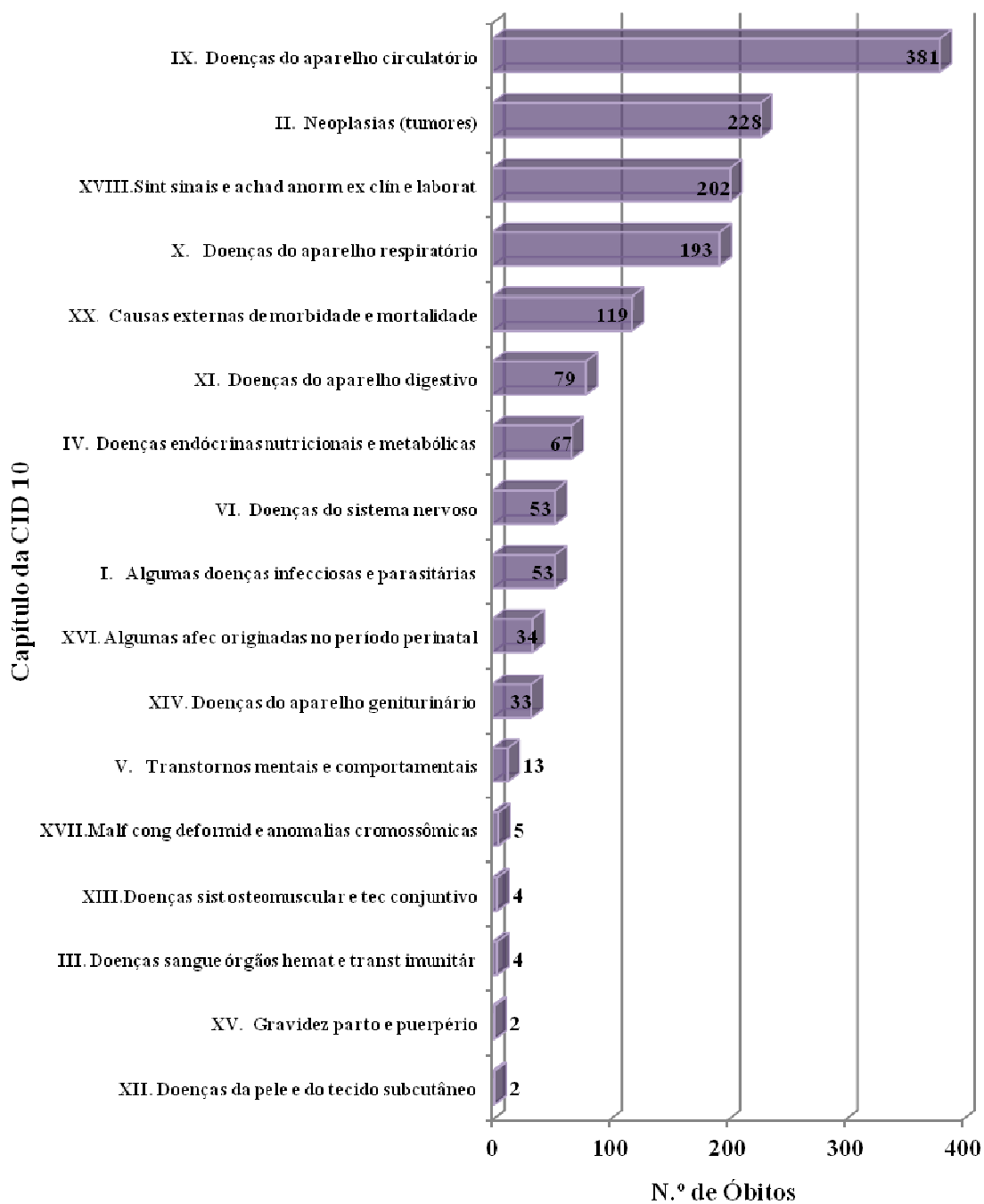
Gráfico 1 – Taxa de Mortalidade Geral (óbitos/mil hab)



Fonte: Fundação SEADE

A taxa de Mortalidade do município acompanha os dados brasileiros de mortalidade, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, tendo como principais causas doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas.

Quadro 1 – Óbitos por Capítulo do CID 10 – Rio Claro/SP – 2011



Fonte: MS/ DATASUS

Considerando os óbitos por sexo e capítulo do CID 10, em 2011, os óbitos masculinos representam 53% do total de óbitos, tendo como principais causas: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas e doenças do aparelho respiratório. Nos óbitos femininos as principais causas são: doenças do aparelho circulatório e neoplasias, que apresentam percentuais maiores que no sexo masculino. As causas externas, no sexo feminino, correspondem a 7,56 % (09 óbitos) e 92,44 % no sexo masculino (110 óbitos).

Tabela 2 – Óbitos por capítulo da CID 10 e Sexo – Rio Claro/SP – 2011

Capítulo CID-10	Masculino	Feminino	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	30	23	53
II. Neoplasias (tumores)	112	116	228
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	3	4
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	26	41	67
V. Transtornos mentais e comportamentais	10	3	13
VI. Doenças do sistema nervoso	21	32	53
IX. Doenças do aparelho circulatório	187	194	381
X. Doenças do aparelho respiratório	98	95	193
XI. Doenças do aparelho digestivo	47	32	79
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	-	2
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1	3	4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	14	19	33
XV. Gravidez parto e puerpério	-	2	2
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	16	18	34
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	4	1	5
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	101	101	202
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	110	9	119
Total	780	692	1472

Fonte: MS/ DATASUS

Analisando os óbitos por faixa etária observamos que as doenças do aparelho circulatório apresentam 16,80 % de óbitos na população de 30 a 59 anos (64 óbitos) e 82,68 % na população acima de 60 anos (315 óbitos). As neoplasias apresentam maior incidência nas faixas etárias acima de 50 anos (89,04 % - 203 óbitos). As causas externas, com um total de 119 óbitos, predominaram na população de 20 a 49 anos (72 óbitos), representando 60,50 % do total deste grupo.

Tabela 3 – Óbitos por capítulo da CID 10 e Faixa Etária – Rio Claro/SP – 2011

Capítulo CID-10	< 1 ano	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 anos e +	Id ign.	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	1	1			4	8	10	7	3	8	10		53
II. Neoplasias (tumores)		1				3	8	13	46	46	49	61	1	228
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár					1					1	1	1		4
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas						4		1	3	11	18	30		67
V. Transtornos mentais e comportamentais							1	2	4	4		2		13
VI. Doenças do sistema nervoso							2	1	3	2	7	38		53
IX. Doenças do aparelho circulatório				1	1		4	23	37	56	103	156		381
X. Doenças do aparelho respiratório		1				1	1	6	14	17	50	103		193
XI. Doenças do aparelho digestivo						1	4	14	15	10	16	18	1	79
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo												2		2
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo						1			1			2		4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário							1	2	3	6	10	11		33
XV. Gravidez parto e puerpério							2							2
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	34													34
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	5													5
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1						3	12	18	26	53	89		202
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade		2	1		10	33	21	18	13	8	5	7	1	119
Total	41	5	2	1	12	47	55	102	164	190	320	530	3	1472

Fonte: MS/ DATASUS

Os acidentes (67 óbitos), representam 56,30 % do total de óbitos por causas externas, sendo 73,13 % acidentes de transporte (49 óbitos).

As agressões (47 óbitos) correspondem a 39,50 % de óbitos por causas externas.

Os óbitos masculinos (110 óbitos) predominam no Grupo de Causas Externas, com 92,44 % do total de óbitos por causas externas.

Os acidentes e violências constituem um grave problema social e de saúde pública, exigindo intervenções intersetoriais para seu enfrentamento.

Tabela 4 – Óbitos por Grupo da CID 10 – Causas Externas e Sexo Rio Claro/SP – 2011

Grupo CID10	Masc	Fem	Total
<u>Acidentes</u>	<u>59</u>	<u>8</u>	<u>67</u>
. Acidentes de transporte	44	5	49
... Pedestre traumatizado em um acidente de transp	13	2	15
... Ciclista traumatizado em um acidente de transp	2	1	3
... Motociclista traumat em um acidente de transpo	12		12
... Ocupante automóvel traumat acidente transporte	7	1	8
... Outros acidentes de transporte terrestre	8		8
... Acidentes de transporte aéreo e espacial	1		1
... Outros acidentes de transporte e os não especi	1	1	2
. Outras causas externas de traumatismos acidental	15	3	18
... Quedas	10	2	12
... Exposição a forças mecânicas animadas	2		2
... Afogamento e submersão acidentais	1		1
... Outros riscos acidentais à respiração		1	1
... Envenenamento acidental e exposição subst noci	1		1
... Exposição acidental a outr fatores e aos não e	1		1
<u>Lesões autoprovocadas intencionalmente</u>	<u>5</u>		<u>5</u>
<u>Agressões</u>	<u>46</u>	<u>1</u>	<u>47</u>
Total	110	9	119

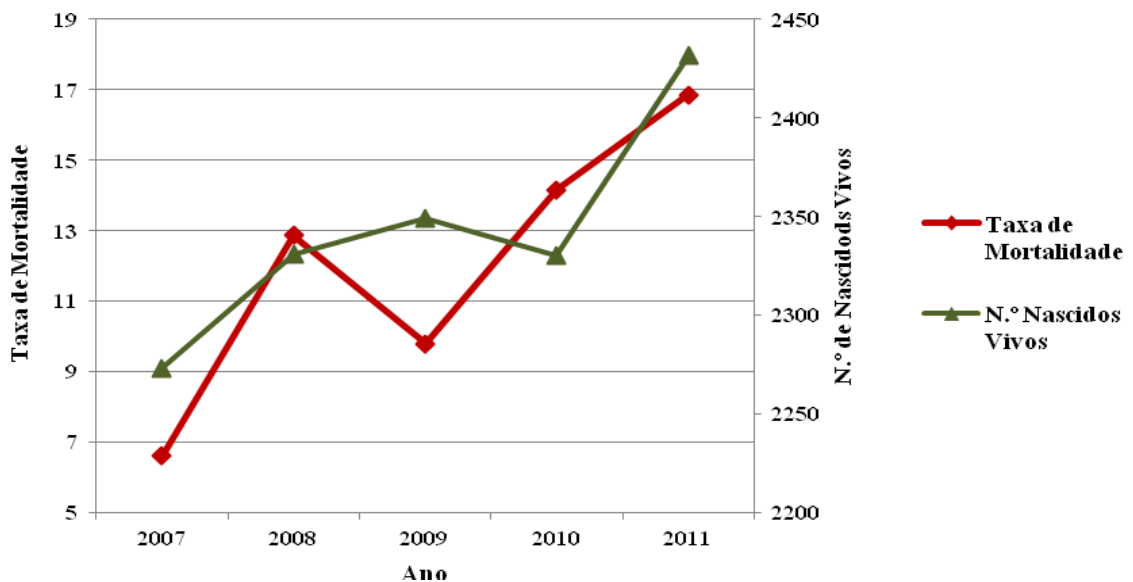
Fonte: MS/ DATASUS

2. MORTALIDADE INFANTIL

A Taxa de Mortalidade Infantil - TMI (óbitos de menores de 1 ano/ 1000 nascidos vivos) é considerada como um dos mais sensíveis indicadores de saúde e das condições sócio-econômicas da população.

A TMI mensura o risco de um nascido vivo morrer antes de completar um ano de vida, estando associada às condições de habitação, saneamento, nutrição, educação e de assistência a saúde, principalmente ao pré-natal, ao parto e ao recém nascido.

Gráfico 2 – Taxa de Mortalidade x Nascidos Vivos – Rio Claro/SP – 2007 a 2011



Fonte: MS/ DATASUS

Em 2012, a Taxa de Mortalidade Infantil do município de Rio Claro foi de 13,98.

A mortalidade infantil é composta pelos componentes Neonatal (0 – 27 dias) e Pós Neonatal (28 dias – 01 ano). O componente Neonatal é subdividido em Neonatal Precoce (0 – 6 dias) e Tardio (7 – 27 dias).

Em 2011, o componente Neonatal apresentou 87,80 % de óbitos, sendo 75,61 % no componente Neonatal Precoce (0 – 6 dias)..

Tabela 5 – Óbitos em menores de 01 ano – Rio Claro/SP – 2007 a 2011

Componente/Faixa Etária	2007	2008	2009	2010	2011
Neonatal Precoce (0 - 6 dias)	11	13	11	18	31
Neonatal Tardia (7 - 27 dias)	2	9	7	9	5
Pós-Neonatal (28 a 364 dias)	2	8	5	6	5
Total	15	30	23	33	41

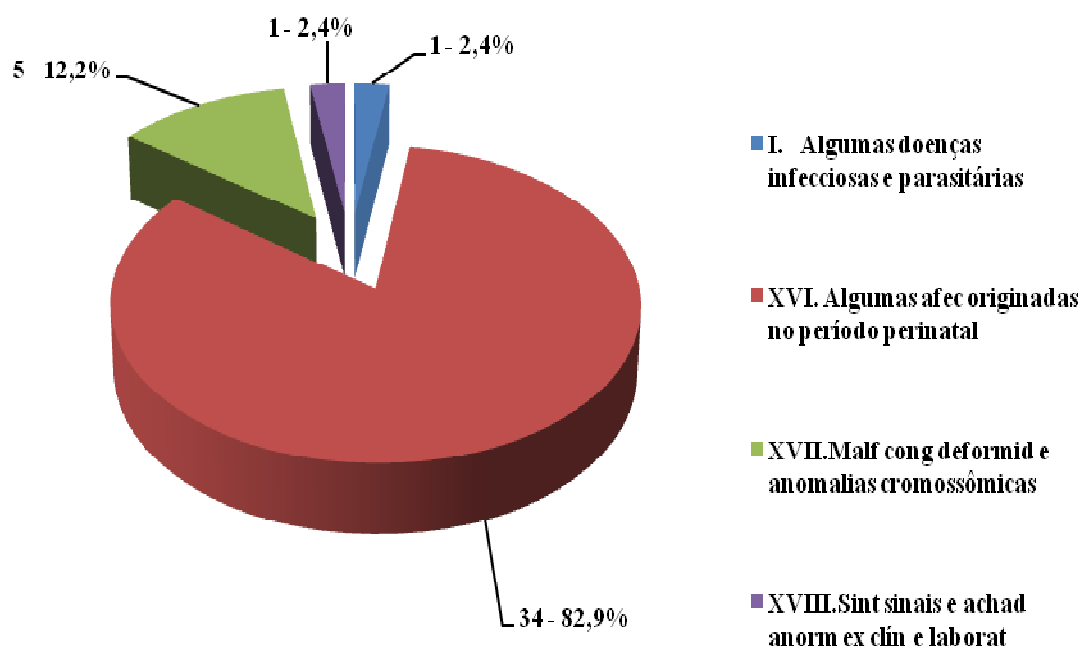
Fonte: MS/ DATASUS

A mortalidade neonatal reflete principalmente as condições de assistência a gravidez, ao parto e ao período perinatal (0 – 6 dias). A redução da mortalidade infantil neste componente depende da qualidade da assistência básica à gestante (pré-natal) e da estruturação da assistência médica hospitalar (maternidade, berçário, UTI neonatal), que devem compor a Rede de Atenção Materno Infantil/Rede Cegonha.

A mortalidade pós neonatal é mais sensível às ações de saúde pertencentes ao escopo da atenção primária, como o pré-natal, aleitamento materno, imunização e programas da saúde da criança.

As afecções originadas no período perinatal correspondem à principal causa de óbitos em menores de 01 ano.

Gráfico 3 – Óbitos em menores de 01 ano por Grupo da CID 10 – Rio Claro/SP 2011



Fonte: MS/ DATASUS

O Comitê de Mortalidade Infantil investiga 100 % dos óbitos fetais, de menores de 01 ano e de mulheres em idade fértil, discutindo e encaminhando propostas de atuação para redução da mortalidade infantil e materna.

3. MORTALIDADE MATERNA

A mortalidade materna é um indicador de saúde que reflete as condições de saúde e da atenção à saúde da população feminina e suas desigualdades. Valores elevados estão associados à qualidade da assistência, incluindo pré-natal, parto, puerpério e planejamento familiar.

Tabela 6 – Óbitos Maternos por Faixa Etária – Rio Claro/SP – 2007 a 2011

Faixa Etária	2009	2010	2011
20 a 29 anos	1	2	
30 a 39 anos			2
Total	1	2	2

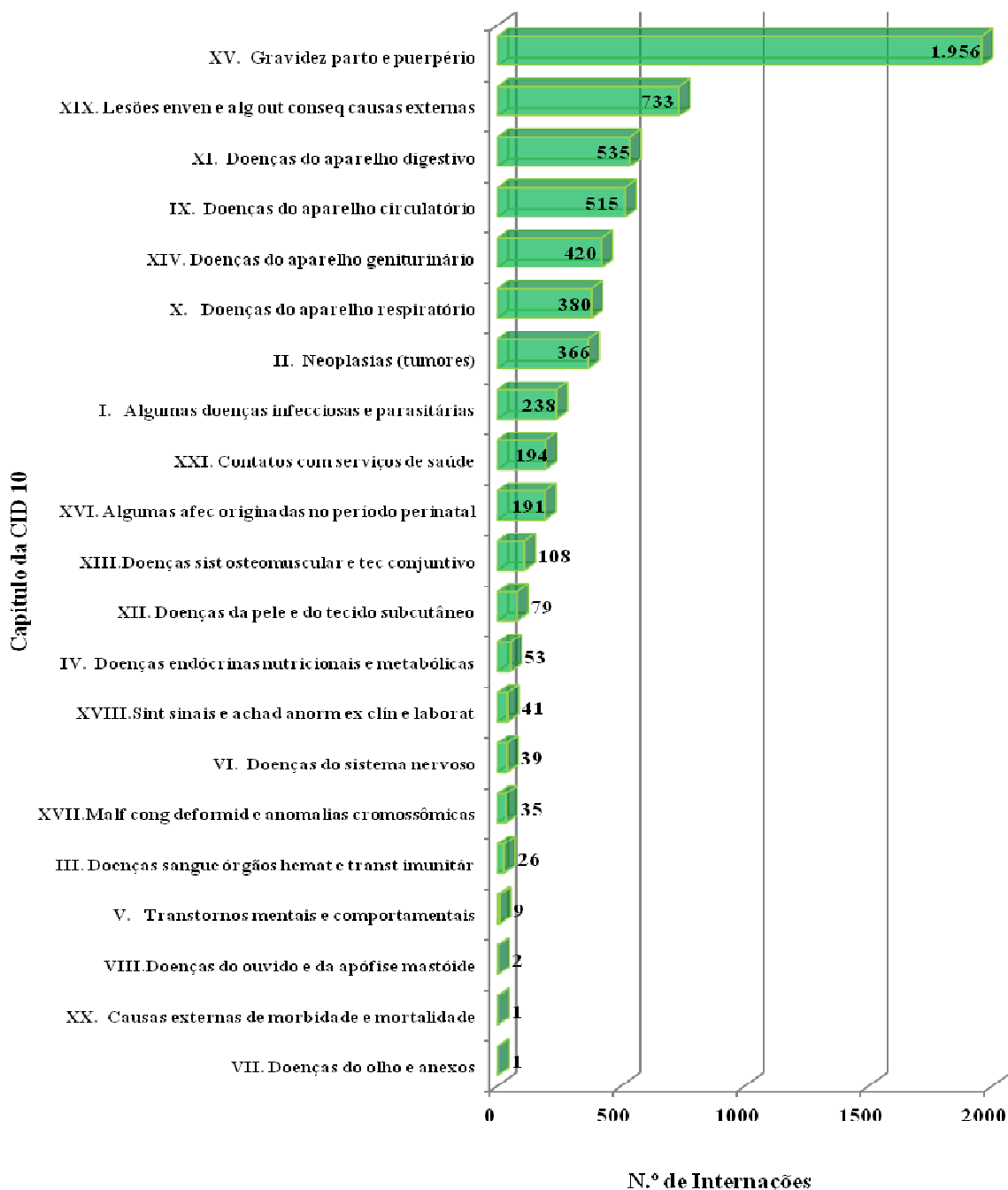
Fonte: MS/ DATASUS

A redução da morte materna e infantil é compromisso assumido pela gestão municipal, pactuando metas e programando ações estratégicas, vigilância ao óbito materno e infantil, organização do acesso, qualificação da assistência ambulatorial e hospitalar para gravidez de risco, em conformidade com a Rede de Atenção Materno Infantil/Rede Cegonha.

4. MORBIDADE HOSPITALAR SUS

As internações do Capítulo do CID 10 – Gravidez, parto e puerpério representam a causa mais frequente de internação SUS. Na sequência temos as internações por causas externas, doenças do aparelho digestivo e circulatório.

Quadro 2 – Internações por Capítulo da CID 10 – Rio Claro/SP – 2012



Fonte: MS/DATASUS

Analisando as internações por sexo observamos maior percentual do sexo masculino nas doenças do aparelho digestivo – 61,87 % (331 internações), circulatório 58,25 % (300 internações) e respiratório% (internações). O sexo feminino apresenta maior percentual nas internações por doenças do aparelho geniturinário – 60 % (252 internações) e por neoplasias – 53,28 % (195 internações).

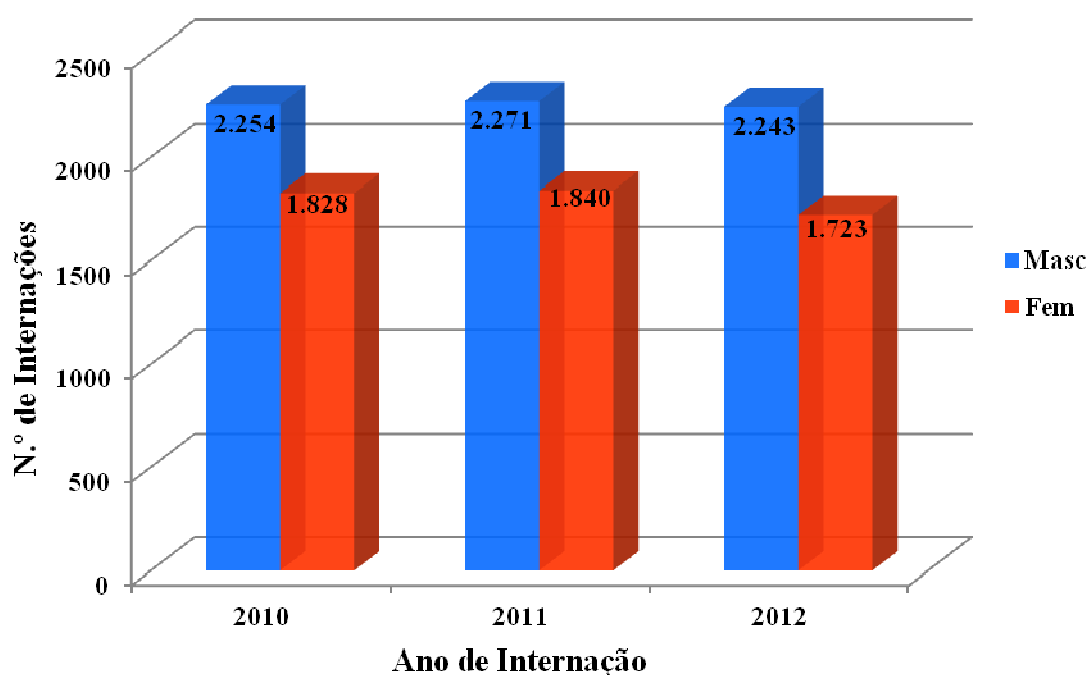
Tabela 7 – Internações por Capítulo da CID 10 e Sexo – Rio Claro/SP – 2012

Capítulo CID-10	Masc	Fem	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	141	97	238
II. Neoplasias (tumores)	171	195	366
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	8	18	26
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	19	34	53
V. Transtornos mentais e comportamentais	7	2	9
VI. Doenças do sistema nervoso	20	19	39
VII. Doenças do olho e anexos	1	-	1
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2	-	2
IX. Doenças do aparelho circulatório	300	215	515
X. Doenças do aparelho respiratório	228	152	380
XI. Doenças do aparelho digestivo	331	204	535
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	39	40	79
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	60	48	108
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	168	252	420
XV. Gravidez parto e puerpério	-	1.956	1.956
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	80	111	191
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	23	12	35
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	23	18	41
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	496	237	733
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1	-	1
XXI. Contatos com serviços de saúde	125	69	194
Total	2.243	3.679	5.922

Fonte: MS/ DATASUS

Em 2012, o sexo masculino representa 37,88 % do total geral das internações (5.922). No período de 2010 a 2012, não considerando o capítulo XV do CID 10 – Gravidez, Parto e Puerpério, predominam as internações do sexo masculino, com percentual médio de 55,66 %, com média anual de 2.256 internações.

Gráfico 4 – Internações por Sexo – Rio Claro/SP – 2010 a 2012



Fonte: MS/ DATASUS

Com relação às internações por faixa etária, observamos a predominância das faixas etárias de 20 a 39 anos nas causas externas – 38,88 % (285 internações).

As internações por doenças do aparelho circulatório apresentam maior frequência nas faixas etárias de 30 a 49 anos – 16,70 (86 internações) e de 50 anos e mais – 78,64 % (515 internações).

Nas internações por doenças do aparelho respiratório, a faixa etária de 0 – 4 anos representa 40,79 % (155 internações).

Tabela 8 – Internações por Faixa Etária – Rio Claro/SP – 2012

Capítulo CID-10	< 1 ano	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 anos e +	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	35	13	13	6	6	20	15	28	26	28	25	23	238
II. Neoplasias (tumores)		1	2	4	3	14	22	71	85	87	56	21	366
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	6	1	6	1	1	1	3		3	1	1	2	26
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4	1	1	2	6	2	4	10	5	7	9	2	53
V. Transtornos mentais e comportamentais			2	1	2	2	2						9
VI. Doenças do sistema nervoso	1	3		1	5	6	4	6	6	2	3	2	39
VII. Doenças do olho e anexos										1			1
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	1											2
IX. Doenças do aparelho circulatório	3		1	2	3	15	28	58	100	128	121	56	515
X. Doenças do aparelho respiratório	67	88	20	2	7	12	14	26	25	46	39	34	380
XI. Doenças do aparelho digestivo	9	16	30	45	28	70	52	66	75	57	55	32	535
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3	4	3	3	8	11	11	12	9	9	4	2	79
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo		3	1	1	1	9	31	24	19	13	4	2	108
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	8	15	8	12	25	74	43	53	62	63	39	18	420
XV. Gravidez parto e puerpério				25	484	973	434	40					1.956
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	188				1	2							191
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	19	3	1	3	1	4	1	1	2				35
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	4				2	5	4	3	5	4	10	4	41
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	6	25	24	18	64	168	117	95	79	65	29	43	733
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade						1							1
XXI. Contatos com serviços de saúde	1		5	3	7	44	82	36	9	7			194
Total	355	174	117	129	654	1.433	867	529	510	518	395	241	5.922

Fonte: MS/ DATASUS

5. DOENÇAS ENDÊMICAS E EPIDÊMICAS E OUTROS FATORES DE RISCO PARA A SAÚDE

5.1 Doenças Transmissíveis

5.1.1 Meningites

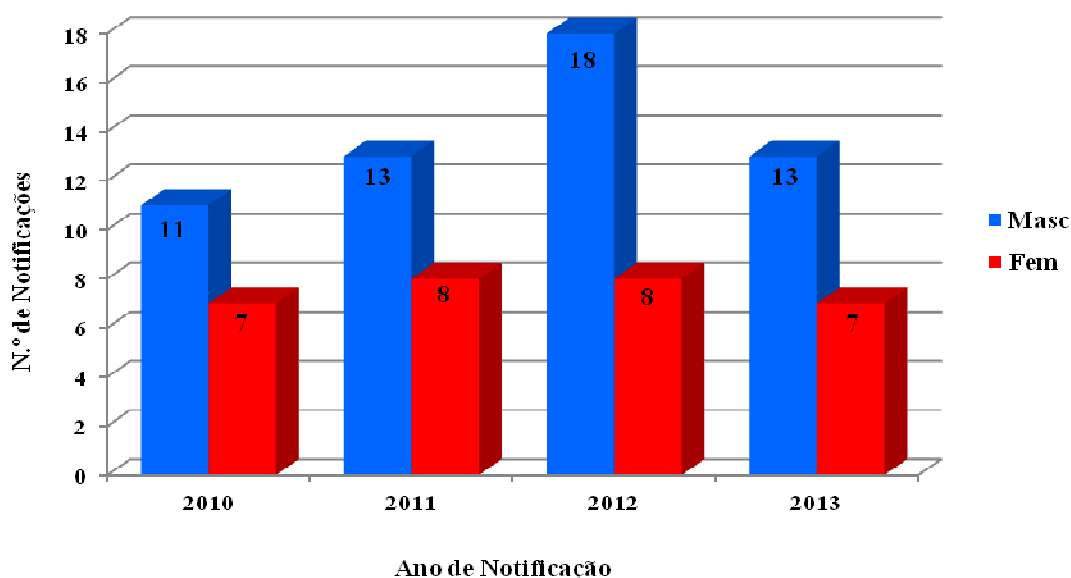
A vigilância das **Meningites** tem como principal objetivo é conhecer seu comportamento epidemiológico para desencadear ações específicas conforme a etiologia.

A doença meningocócica, no estado de São Paulo, mantém o coeficiente de incidência médio e 2007 a 2010 de 3,05/100 mil habitantes, com estabilização da letalidade em 19 %.

A vigilância das cepas de meningococo vem apontando uma predominância do subgrupo C, nos últimos anos.

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

Gráfico 5 – Meningites – N.º de Notificações por Sexo – Rio Claro/SP – 2010 a 2013



Fonte: VE/ SINAN

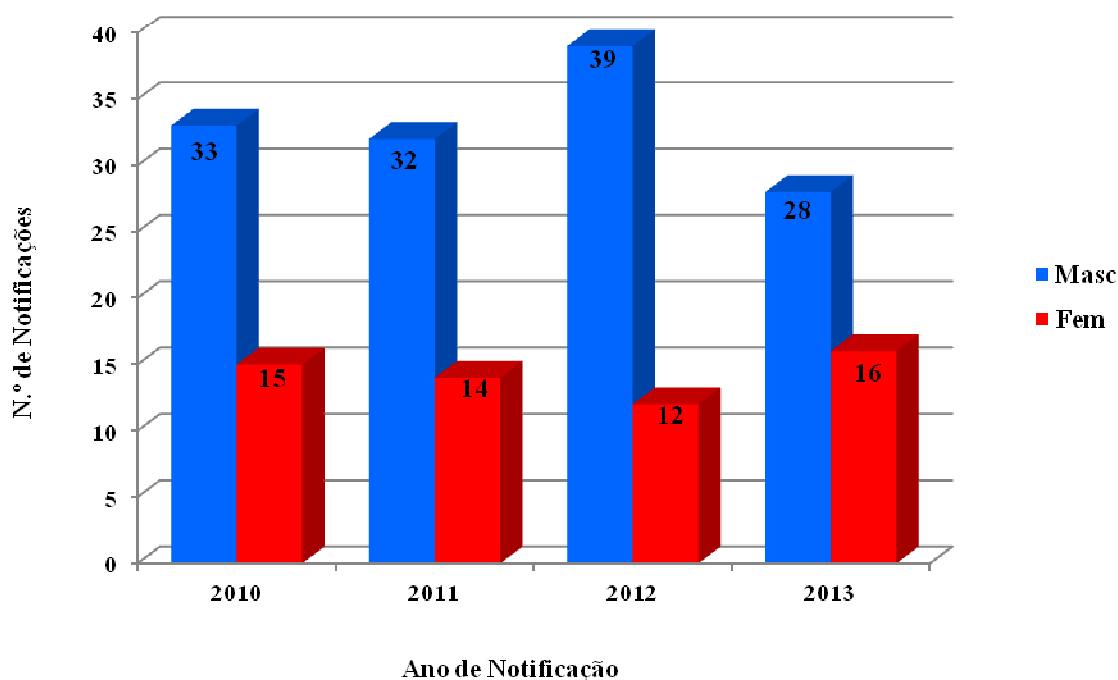
5.1.2 AIDS

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.

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

Dentre as ações previstas destacam-se a ampliação do acesso aos insumos de prevenção, ao teste sorológico, estratégias de combate ao estigma e discriminação, fortalecimento de parcerias intersetoriais, entre outras.

Gráfico 6 – AIDS – N.º de Notificações por Sexo – Rio Claro/SP – 2010 a 2013



Fonte: VE/ SINAN

5.1.3 Sífilis Congênita

As ações de prevenção e controle da transmissão vertical da sífilis estão diretamente relacionadas a assistência ao pré-natal e ao parto.

O diagnóstico da sífilis no pré-natal possibilita o tratamento da gestante e de seu parceiro sexual, em momento oportuno, para evitar a transmissão ao conceito.

5.1.4 Transmissão vertical do HIV e da Sífilis

O conhecimento do perfil sócio-demográfico da gestante HIV positivo é importante para a identificação de populações consideradas de maior vulnerabilidade na transmissão vertical do HIV.

A identificação da condição sorológica antes do pré-natal, possibilita medidas exitosas de intervenção precoce e visibilidade ao planejamento reprodutivo da mulher HIV positivo, que deve ser constantemente abordado nos serviços de saúde.

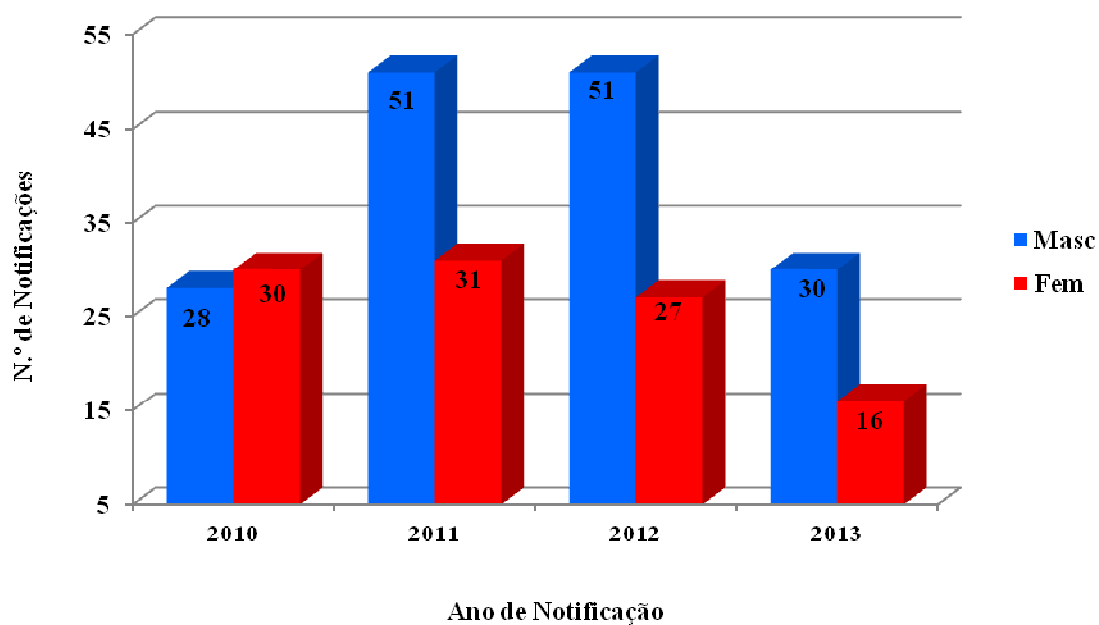
O percentual de casos diagnosticados no momento ou após o parto apresentou redução nos últimos anos.

5.1.5 Hepatites

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 Virais atua na implementação das ações de prevenção e controle das hepatites virais B e C, para a redução da morbimortalidade.

Gráfico 7 – Hepatites Virais – N.º de Notificações por Sexo – Rio Claro/SP – 2010 a 2013



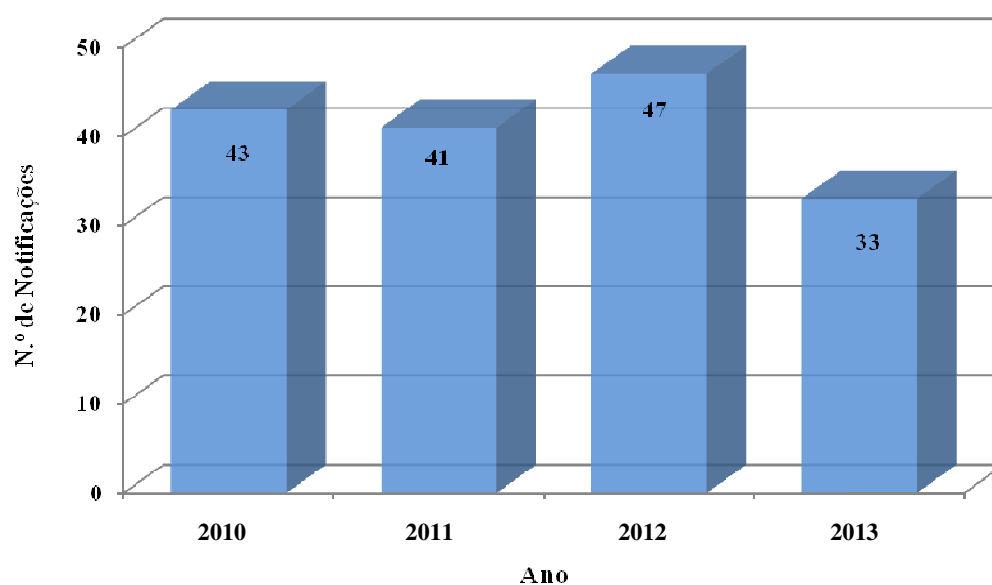
Fonte: VE/ SINAN

5.1.6 Tuberculose

A Tuberculose se constitui em um grave problema de saúde pública no país.

O município de Rio Claro está entre os 73 municípios paulistas prioritários para 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.

Gráfico 8 – Tuberculose – N.º de Notificações – Rio Claro/SP – 2010 a 2013

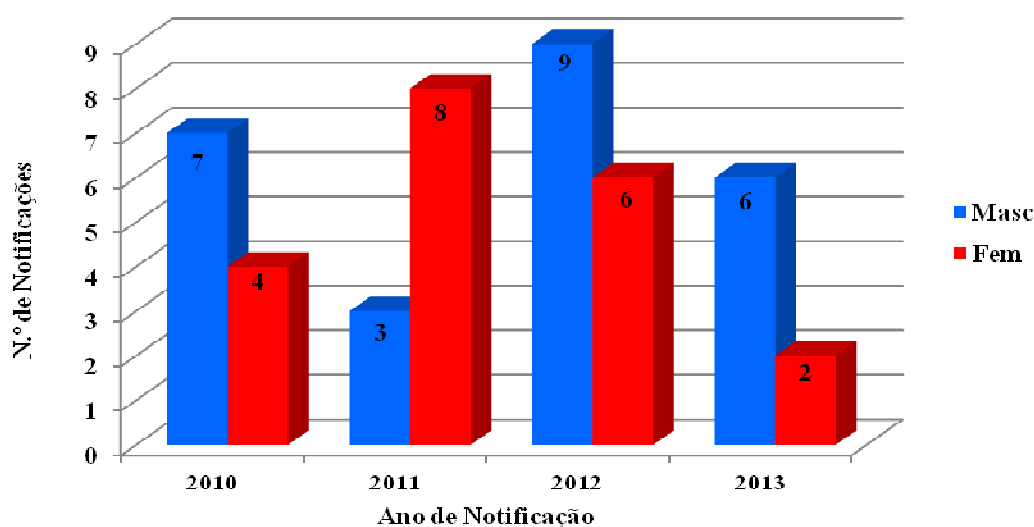


Fonte: VE/ TBWEB

5.1.7 Hanseníase

Com relação à **Hanseníase**, 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.

Gráfico 9 – Hanseníase – N.º de Notificações por Sexo – Rio Claro/SP – 2010 a 2013



Fonte: VE/ SINAN

5.2 Imunização

A Vigilância Epidemiológica 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.

Para melhoria da qualidade de atuação são apontadas necessidade de ampliar o número de salas de vacinas e horário de atendimento, com adequação/ ampliação das equipes, capacitações e suporte na área de informática.

5.3 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 **hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes Mellitus** constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório.

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.

5.4 Doenças Transmitidas por Vetores e Antropozoonoses

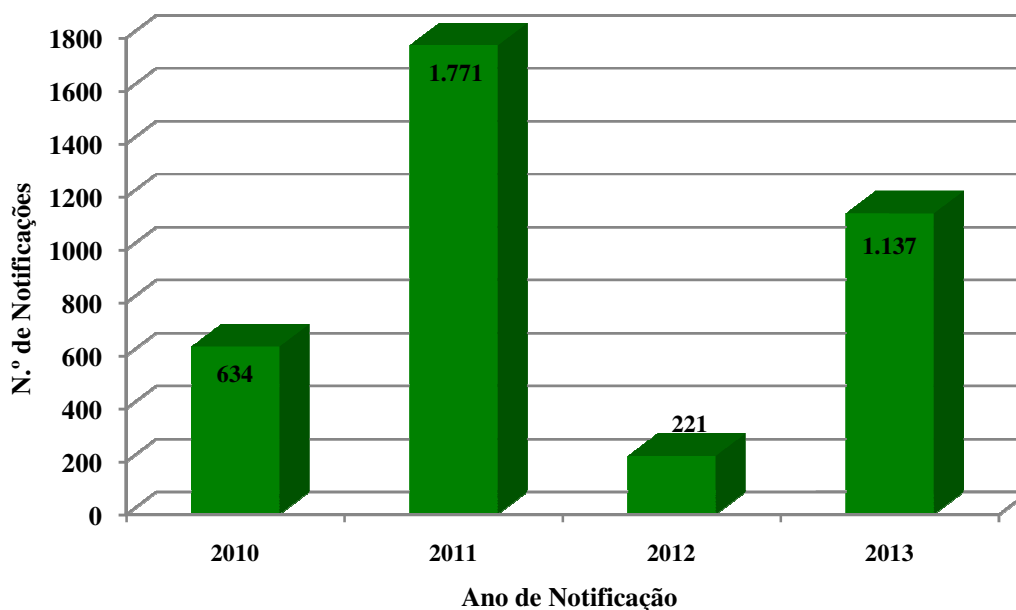
As doenças transmitidas por vetores e as antropozoonoses representam um importante risco à saúde pública. O município desenvolve ações de vigilância dos agravos objetivando identificação de áreas de transmissão, detecção precoce de casos e conhecimento do perfil epidemiológico, controle de vetores e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

5.4.1 Dengue

A Dengue por sua magnitude, potencial de transmissão e transcendência tem sido foco de atuação prioritária. 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 tem atuado no acompanhamento, avaliação e implementação das ações de controle e combate à dengue, propondo mecanismos que possibilitem a sua plena execução.

Gráfico 10 – Dengue – N.º de Notificações – Rio Claro/SP – 2010 a 2013



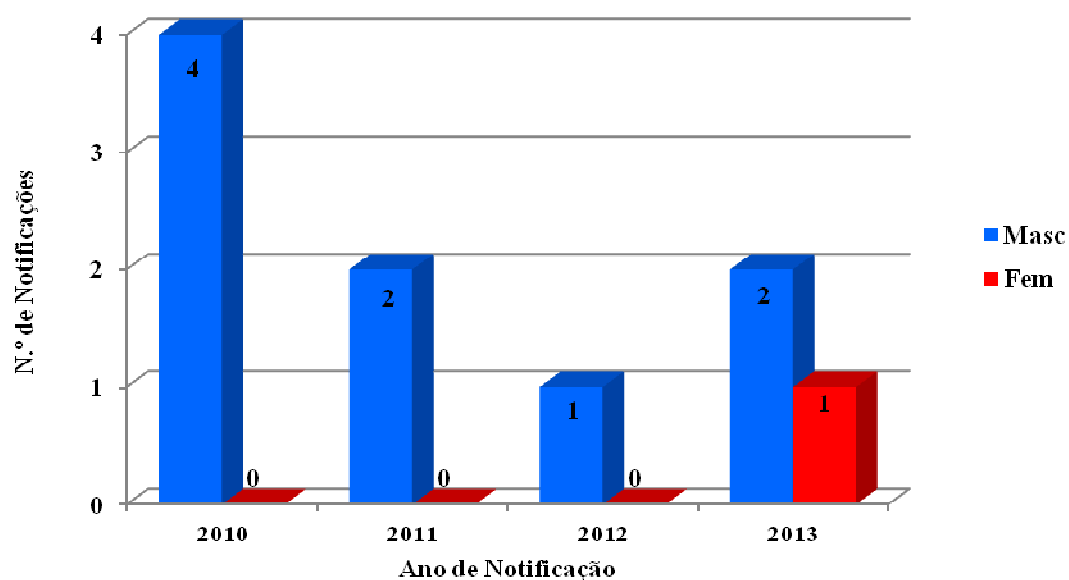
Fonte: VE/ SINAN

5.4.2 Leptospirose

A Leptospirose é uma doença aguda associada à presença de roedores na área urbana.

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.

Gráfico 11 – Leptospirose – N.º de Notificações por Sexo – Rio Claro/SP – 2010 a 2013



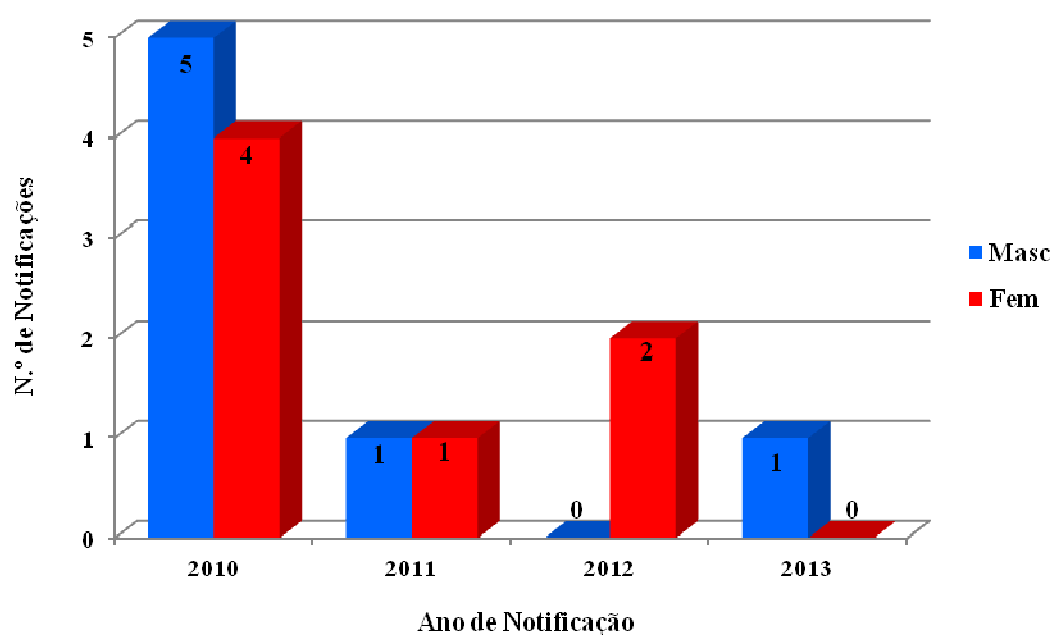
Fonte: VE/ SINAN

5.4.3 Leishmaniose Visceral Americana

É uma doença emergente no Estado de São Paulo, em processo de expansão, sendo detectada no final na década de 1990.

Desde 1997, a SUCEN identificou o vetor em 116 municípios, receptivos para a ocorrência da doença e 326 municípios deverão ser monitorados quanto a receptividade.

Gráfico 12 – Leishmaniose – N.º de Notificações por Sexo – Rio Claro/SP – 2010 a 2013



Fonte: VE/ SINAN

5.5 Acidentes e Violências

A violência vem se apresentando como uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo. Trata-se de um fenômeno sócio-histórico, afetando a saúde individual e coletiva.

No Brasil, as expressões da violência são muito complexas, envolvendo questões sociais, culturais, familiares e individuais,

As causas violentas são responsáveis por elevado percentual de mortalidade, internações, consultas médicas, assistência psicológica e social.

A Secretaria de Estado da Saúde de Sao Paulo conta com o Núcleo Estadual de Vigilância de Acidentes e Violências, que atua em consonância com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, buscando conhecer a magnitude dos acidentes e violências.

O município vem priorizando a notificação de acidentes e violências e o desenvolvimento e a participação nas ações intersetoriais.

6. PROMOÇÃO DA SAÚDE

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.

III - GESTÃO DO SUS

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 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.

A Portaria 155/GM, de 25/01/2008 homologou a adesão ao Pacto Pela Saúde formalizada pelo município de Rio Claro. O Pacto pela Saúde estabelece a gestão de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas, baseada nos princípios do SUS e em função as necessidades de saúde da população.

O Decreto Federal 7.508/2011, regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e exige uma nova dinâmica na organização e gestão do sistema de saúde, com o aprofundamento das relações interfederativas e a instituição de novos instrumentos e estratégias na gestão compartilhada do SUS.

O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde – COAP, como um instrumento da gestão compartilhada, tem a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, referente à organização e integração de ações e serviços de saúde no âmbito regional.

O município de Rio Claro vem participando do processo de implantação do Decreto Federal 7.508/2011, buscando o aprimoramento da organização e gestão do sistema de saúde municipal.

1. REGIONALIZAÇÃO

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 “recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificados pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e de infra estrutura de transportes compartilhados do território”. Esses critérios incluíram: contiguidade intermunicipal, fluxos, acessibilidade, compatibilização de economia de escala e equidade no acesso; resolubilidade da região em média complexidade.

A Secretaria de Estado da Saúde SES/SP está configurada em 63 (sessenta e três) Regiões de Saúde, que correspondem aos **Colegiados de Gestão Regional – CGR**, agregados em 17 (dezessete) Redes Regionais de Assistência à Saúde - RRAS .

O CGR são espaços de decisão formados pelas SES e municípios, objetivando a efetivação da regionalização, através de processo de planejamento regional, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, processo regulatório com definição de fluxos e protocolos e priorização de 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, agregado a RRAS 14 e vinculado ao Departamento Regional de Saúde de Piracicaba - DRS X – SES/SP.

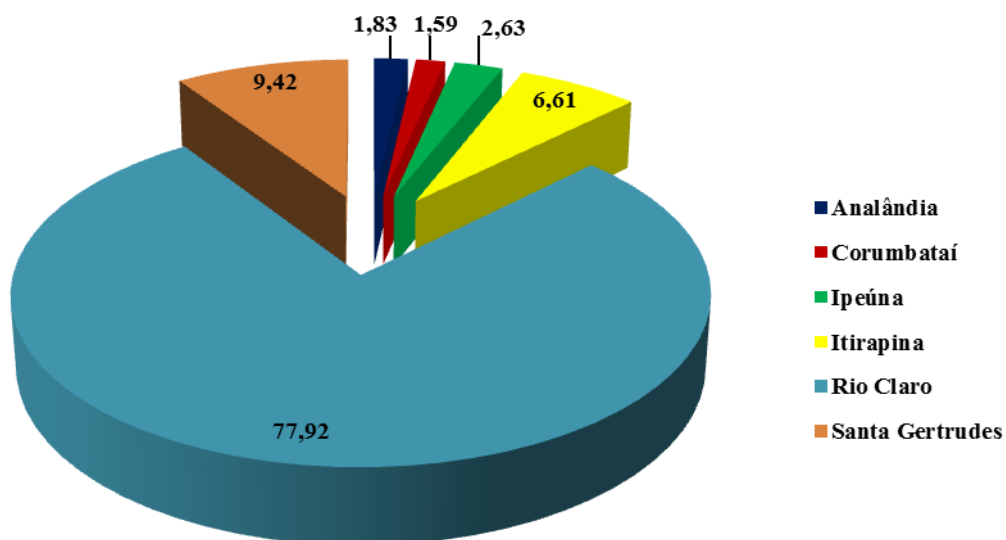
Figura 3 - Localização Geográfica do CGR Rio Claro



Fonte: Diagnóstico CRG Rio Claro

A população do CGR Região Rio Claro é de 252.591 habitantes (IBGE 2013), sendo que o município de Rio Claro com 196.821 habitantes corresponde a 78 % da população da região.

Gráfico 13 – Percentual de População por Município do CGR Rio Claro



Fonte: IBGE

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.

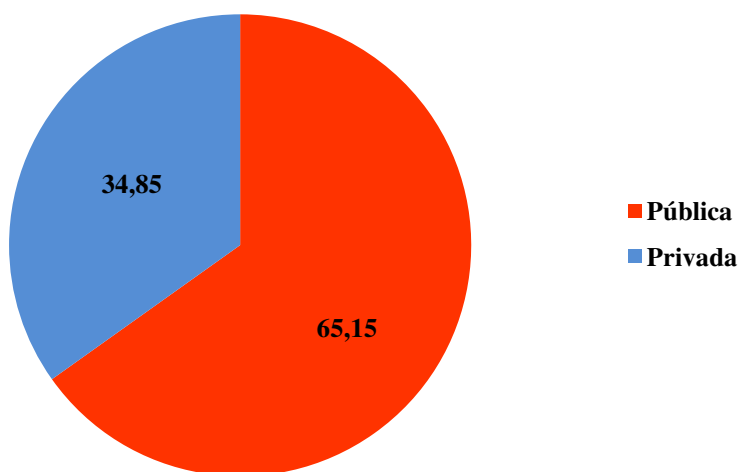
2. CAPACIDADE INSTALADA SUS

A rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS é constituída por 69 estabelecimentos de saúde (CNES 2013). A gestão municipal é responsável por 66 estabelecimentos de saúde e a gestão estadual por 03 estabelecimentos (AME – Rio Claro/Laboratório Adolfo Lutz/Casa de Saúde Bezerra de Menezes).

A Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro é responsável pela gestão de Unidades de Rede Básica, Centro de Especialidades, Urgência/Emergência, Vigilância em Saúde, Central de Regulação e Hospital Geral.

Com referência à esfera administrativa/gerência, dos 66 estabelecimentos de saúde, sob gestão municipal, 65,15% são da esfera municipal (41 estabelecimentos), e 34,85 % são da esfera privada (23 estabelecimentos) e 3,03 % da esfera estadual (02 estabelecimentos).

Gráfico 14 – Percentual de Estabelecimentos por Esfera Administrativa



Fonte: SARGSUS

Tabela 9 – Total de Estabelecimentos por Esfera Administrativa e Nível de Gestão

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
PRIVADA	23	22	1	0
ESTADUAL	4	2	2	0
MUNICIPAL	39	39	0	0
Total	66	63	3	0

Fonte: SARGSUS

3. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

3.1 Atenção Básica

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB/2011), a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

No município de Rio Claro, a Atenção Básica está organizada de forma híbrida: Unidades Básicas de Saúde Tradicionais e Unidades com Estratégia Saúde da Família. As **Unidades de Atenção Básica** caracterizam-se pelo desenvolvimento de ações nos diversos programas de saúde: pré-natal, 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 Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A Estratégia Saúde da Família objetiva a reorganização do modelo de atenção à saúde, a reorientação de práticas profissionais, baseadas no conceito ampliado do processo saúde-doença, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locoregionais.

A **Estratégia Saúde da Família** foi implantada no município a partir de 2000, buscando a ampliação 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.

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

conversão das UBSs existentes. Dessa forma, o modelo de atenção à saúde vem sendo reorientado pela Fundação Municipal de Saúde no sentido de uma conversão progressiva para a Estratégia da Saúde da Família, conforme metas pactuadas com o Ministério da Saúde.

A Atenção Básica é desenvolvida em 06 (seis) Unidades Básicas de Saúde – UBS e 11 (onze) Unidades com Estratégia Saúde da Família, contando com 13 (treze) Equipes de Saúde da Família – ESF.

Unidades Básicas de Saúde – 06 UBS:

- UBS “Dr. Nicolino Maziotti” - Jardim Chervezon
- UBS “Dr. Mário Fittipaldi” – Wenzel
- UBS “Dr. Silvio Arnaldo Piva” - Vila Cristina
- UBS “Oreste Armando Giovanni” - 29
- UBS “Dr. Antônio R. M. Santomauro” - Boa Vista
- UBS Assistência

Unidades com Estratégia Saúde da Família – 11 USFs e 13 ESFs:

- USF “Célia Aparecida Ceccato da Silva” - Bom Sucesso/Novo Wenzel – 01 equipe
- USF Ajapi – Farmacêutico “Antonio Gilberto Fonseca” – Distrito de Ajapi - 01 equipe
- USF Mãe Preta I e II – 02 equipes
- USF “Dr. Dirceu Ferreira Penteado” – Jd. Novo I, II – 01 equipe
- USF Benjamin de Castro – 01 equipe
- USF “Dr. Gilson Giovanni” – Palmeiras I e II – 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
- USF Terra Nova – 01 equipe
- USF Jd. Progresso – 01 equipe

Em 2013, a proporção de cobertura da população com a Estratégia Saúde da Família atingiu 28,51%, correspondendo a 53.885 pessoas. A cobertura populacional pelas Equipes de Atenção Básica (Equipes de Saúde da Família e UBSs tradicionais) é de 50 %, com meta pactuada para 2014 em 55,00 % (Indicadores/ SISPACTO).

A ampliação programada é de 04 (quatro) ESF, sendo 03 (três) equipes através de conversão de unidades para o modelo Saúde da Família e 01 (uma) implantação de equipe:

- UBS “Dr. Antônio R. M. Santomauro” (Boa Vista) - 02 Equipes
- UBS Assistência - 01 Equipe;
- USF “Célia Aparecida Ceccato da Silva” (Bom Sucesso/Novo Wenzel) - implantação de 2.ª Equipe.

O município de Rio Claro conta com habilitação de 07 (sete) propostas de construção de novas Unidades Básicas de Saúde, no Programa Requalifica UBS/MS.

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.

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ , com adesão do município ao 1.º ciclo do Programa, com 11 Equipes de Saúde da Família e ampliação da adesão para 12 equipes, no 2.º ciclo (em curso). A meta é ampliar a adesão das Equipes de Atenção Básica, a cada novo ciclo do Programa.

No 1.º ciclo do Programa, após avaliação externa (in loco) realizada por instituição de ensino contratada/conveniada pelo Ministério da Saúde, o município obteve o seguinte resultado:

Tabela 10 – PMAQ – Desempenho ESF 1º. Ciclo

Classificação da Equipes Cadastradas no PMAQ - 1.º ciclo	Nº de Equipes	(%)
Desempenho muito acima da média	06	54,5
Desempenho acima da média	04	36,4
Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média	01	9,1
Insatisfatória	0	0,0
TOTAL	11	100,0

Fonte: Coordenação Atenção Básica

A implantação do **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF** 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.

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.

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.

3.2 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.

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.

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
- Serviço Especializado de Prevenção e Assistência DST/AIDS/Hepatites Virais-SEPA

O **Centro de Especialidades e Apoio Diagnóstico - CEAD** foi implantado em 1998, para garantir o acesso às especialidades médicas e serviços de apoio diagnóstico.

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.

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.

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 09/2008.

O **Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Regional Rio Claro** foi habilitado em julho/2003, compondo a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS.

O CEREST – Rio Claro vem buscando 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, com inspeções nos ambientes de trabalho para identificação de condições que possam gerar danos à saúde do trabalhador.

O **SEPA – Serviço Especializado em Prevenção e Assistência para DST/AIDS/Hepatites Virais** é responsável pelo Programa Municipal de DST/AIDS e Hepatites Virais, objetivando diminuir a incidência de DST/HIV/AIDS/HEPATITES VIRAIS, no município de Rio Claro e microrregião, através de ações preventivas voltadas à população em geral e assistência integral e interdisciplinar para as pessoas vivendo com essas patologias, contando com:

Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA, que atua como Lócus de prevenção para as DST/AIDS/HIV/Hepatites Virais, com foco nas populações mais vulneráveis.

Serviço de Assistência Especializada – SAE, atuando no manejo da assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), Hepatites Virais e DSTs; crianças expostas ao vírus do HIV, Sífilis, Toxoplasmose e Hepatites Virais (B e C); profissionais expostos em acidentes com material biológico, vítimas de violência sexual e pessoas com exposição sexual de risco com indicação para uso de Terapia Antirretroviral (TARV).

UDM – responsável pela solicitação, recebimento, controle, armazenamento, logística e dispensação.

ADT- responsável por prestar suporte assistencial aos usuários que não apresentem condições de comparecer à unidade, com indicação de atendimento pela equipe multidisciplinar.

3.3 Saúde Mental – Atenção Psicossocial

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas é orientada pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Lei nº 10.216 que visa a superação do modelo asilar e a garantia dos direitos de cidadania da pessoa com transtornos mentais.

Nessa perspectiva, são priorizadas iniciativas que visam garantir o cuidado integral centrado nos territórios, considerando a garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando progressiva inclusão social.

A Rede de Atenção Psicossocial - RAPS – Portaria GM/MS nº 3.088/2011, preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A RAPS é formada por 07(sete) componentes:

- I - Atenção Básica em Saúde
- II - Atenção Psicossocial Especializada
- III - Atenção a Urgência e Emergência
- IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório
- V - Atenção Hospitalar
- VI - Estratégias de Desinstitucionalização
- VII - Reabilitação Psicossocial

O município de Rio Claro vem implementando sua Rede de Atenção Psicossocial, contando com pontos de atenção em 05 (cinco) componentes da RAPS: Atenção Básica em Saúde (Unidades Básicas de Saúde); Atenção Psicossocial Especializada, com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS III, CAPS ad, CAPS i, e com os ambulatórios CESM e CRIARI); Atenção a Urgência e Emergência (SAMU 192, UPA 24 horas ,PA Cervezão e PSMI); Estratégia de Desinstitucionalização (Programa de Volta para Casa - PVC) e Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Empreendimentos Solidários).

Na Atenção Básica estão sendo intensificadas as ações de saúde mental junto as Unidades da Saúde da Família (USF), pela vertente do matriciamento.

No componente da Atenção Psicossocial Especializada, o município de Rio Claro do município conta com:

- **Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas II - CAPS ad**, destinado ao atendimento de adultos com transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas.

- **Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS III**, com funcionamento diário de 24 horas, plantão médico psiquiátrico e 04 (quatro) leitos de retaguarda à crise. O serviço é destinado ao atendimento de adultos com transtornos mentais graves e persistentes, sendo que, na urgência em saúde mental atende todas as faixas etárias.

- **Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil - CAPS i**, implantado em julho de 2013, ampliando a atenção no componente da Atenção Psicossocial Especializada. O CAPS i atende crianças e adolescentes de 0 a 18 anos incompletos, com transtornos mentais severos e persistentes e com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O CAPS i é referência para o município de Rio Claro.

Os ambulatórios de saúde mental, apesar de não contemplados na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) preconizada pela Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, ainda permanecem no município de Rio Claro, sendo eles:

- **Centro de Especialidades em Saúde Mental - CESM**, que atende adultos em psiquiatria e psicologia, com queixas menos complexas em saúde mental.

- **Centro de Referência a Infância e Juventude de Rio Claro - CRIARI**, que atende crianças e adolescentes a partir de 03 anos de idade até 18 anos incompletos, com queixas emocionais e de sofrimento psíquico.

Os CAPS ad e CAPS III e os ambulatórios de saúde mental são regionais, atendendo os municípios do CGR Rio Claro.

No componente da Atenção a Urgência e Emergência estão sendo iniciadas as ações de matriciamento da saúde mental.

Na Estratégia de Desinstitucionalização, o município de Rio Claro possui usuários da atenção psicossocial que são beneficiados com o Programa de Volta para Casa – PVC.

Em relação às Estratégias de Reabilitação Psicossocial, em julho de 2013, o município Rio Claro foi contemplado, através de portaria ministerial, com o Empreendimento Solidário “Panificação Artesanal”, que é conduzido por usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental.

3.4 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.

3.5 Assistência a Urgência e Emergência

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
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU
- Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h

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.

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

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 estupro.

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

A unidade conta com leitos de observação, salas de cirurgia ambulatorial e pequenas cirurgias, laboratório de análises clínicas, serviço de radiologia, 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. Os casos mais graves e de maior complexidade são transferidos para o PSMI.

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.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Regional Rio Claro é composto pelos municípios do CGR Rio Claro: Analândia, Córumbataí, Ípeuna, Itirapina, Rio Claro e Santa Gertrudes, iniciou as atividades em -----.

O SAMU funciona 24 horas por dia com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e socorristas que atendem as urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população.

A Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h, do município de Rio Claro, foi inaugurada em 06/2012.

A UPA conta com salas para atendimento, sala de Raio X, recepção, espaço para banho de pacientes, laboratório de análises clínicas, sala de observação pediátrica, entre outros serviços.

A estratégia de atendimento da UPA 24H – tipo II está diretamente relacionada ao trabalho do SAMU, que organiza o fluxo de atenção às urgências e emergências, encaminhando o paciente ao serviço de saúde adequado à situação. Os pacientes são avaliados de acordo com classificação de risco, podendo ser liberados ou permanecer em observação por até 24 horas ou, se necessário, removidos para um hospital de referência.

A reorganização da Atenção Básica, com melhoria da qualidade e ampliação da resolubilidade deverá interferir nos percentuais de atendimento de urgência.

3.6 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.

Tabela 11 – Serviços de Apoio Diagnóstico Ofertados pelo Município de Rio Claro/SP

Procedimento	Tipo de Serviço		
	Próprio	Contratado	Conveniado/ Contratualizado
Media complexidade			
Aminioscopia			
Anátomo Citopatologia			
Anátomo Patológico			
Audiometria			
Broncoscopia			
Campimetria			
Cistoscopia			
Colonoscopia			
- Coleta Secreção Biópsia			
- Pólipo			
Colposcopia			
Doppler MS/MI			
Eletrocardiograma - ECG			
Eletroencefalograma - EEG			
EEG com Sono Medicamento C/			
Eletroneuromiografia			
Ecocardiograma			
Endoscopia			
Espirometria			
Estudo de Emissões Otoácusticas			
Exerese de Calázio			
Facoemulsificação com Implante de LIO			
Fisioterapia			
Fotocoagulação a Laser			
Hemoterapia			
Imitanciometria			
Logaudiometria			
Imunohistoquímica			
Mapeamento de Retina			
Mamografia Bilateral P/			
Mamografia Unilateral			
Nasofibrolaringoscopia			
Patologia Clínica			

Polissonografia			
Prótese Dentária			
Radiologia			
Retinografia Colorida Binocular			
Retinografia			
Sistema Por Monitoramento			
Tratamento Cirúrgico de Pterígio			
Teste Ergométrico			
Topografia Corneana			
Toraconcentese			
Ultra-sonografia			
Ultra-sonografia Olho			
Ultrassom Morfológico			
Urodinâmica			
Videolaringoscopia			
Yag Laser			
Alta Complexidade			
Densitometria Óssea			
Hemoterapia			
Medicina Nuclear - Cintilografia			
Ressonância Magnética			
Ressonância Magnética Fechada			
Tomografia Computadorizada			
Tomografia com Planejamento			
Cateterismo Cardíaco			

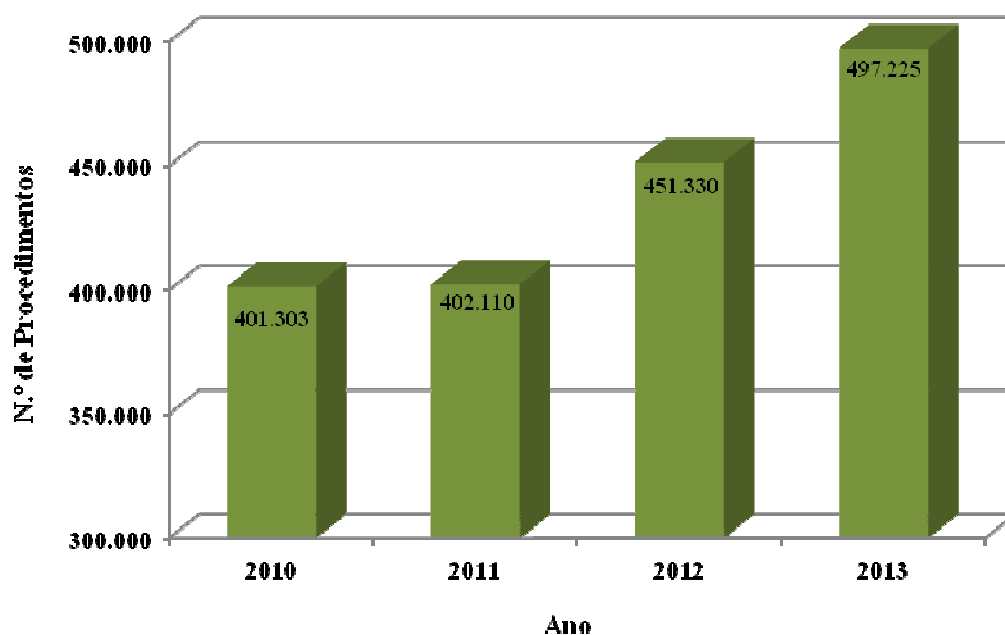
Fonte: UAC – FMSRC

Tabela 12 – Produção Exames de Apoio Diagnóstico – Média Complexidade

Subgrupo de Procedimentos	Ano			
	2010	2011	2012	2013
02.01 - Coleta de material	805	371	238	458
02.02 - Diagnóstico em laboratório clínico	271.585	285.562	339.075	378.965
02.03 - Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	20.650	20.174	21.239	17.943
02.04 - Diagnóstico por radiologia	65.156	67.539	66.642	71.313
02.05 - Diagnóstico por ultra-sonografia	8.592	8.595	9.367	8.052
02.09 - Diagnóstico por endoscopia	146	239	83	238
02.11 - Métodos diagnósticos em especialidades	26.876	15.077	12.684	12.813
02.12 - Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	6.907	4.553	1.260	1.979
02.14 - Diagnóstico por teste rápido	586	-	742	5.464
Total	401.303	402.110	451.330	497.225

Fonte: MS/ DATASUS

Gráfico 15 – Produção de Exames de Apoio Diagnóstico – Média Complexidade



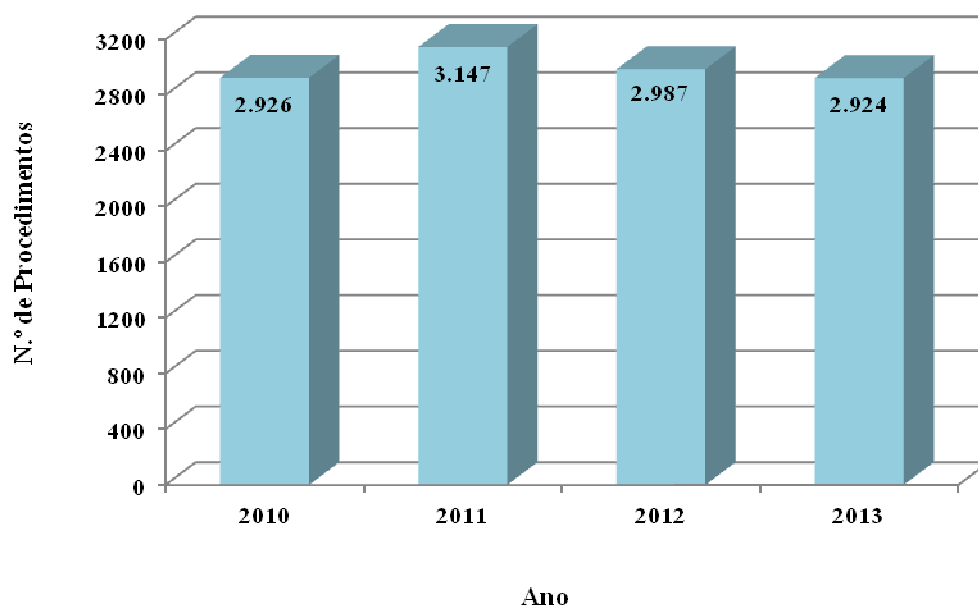
Fonte: MS/ DATASUS

Tabela 13 – Produção Exames de Apoio Diagnóstico – Alta Complexidade

Subgrupo de Procedimentos	Ano			
	2010	2011	2012	2013
02.04 - Diagnóstico por radiologia	98	64	80	101
02.06 - Diagnóstico por tomografia	2.359	2.513	2.316	2.154
02.07 - Diagnóstico por ressonância magnética	291	344	369	476
02.08 - Diagnóstico por medicina nuclear in vivo	178	226	222	193
Total	2.926	3.147	2.987	2.924

Fonte: MS/ DATASUS

Gráfico 16 – Produção Exames de Apoio Diagnóstico – Alta Complexidade



Fonte: MS/ DATASUS

A oferta de procedimentos de média e alta complexidade vem sendo adequada, subsidiada pela Central Municipal de Regulação de Serviços Especializados.

A Central de Regulação é responsável pela regulação de consultas especializadas, exames/procedimentos de média e alta complexidade e cirurgias eletivas, sendo implantada em 02/2011.

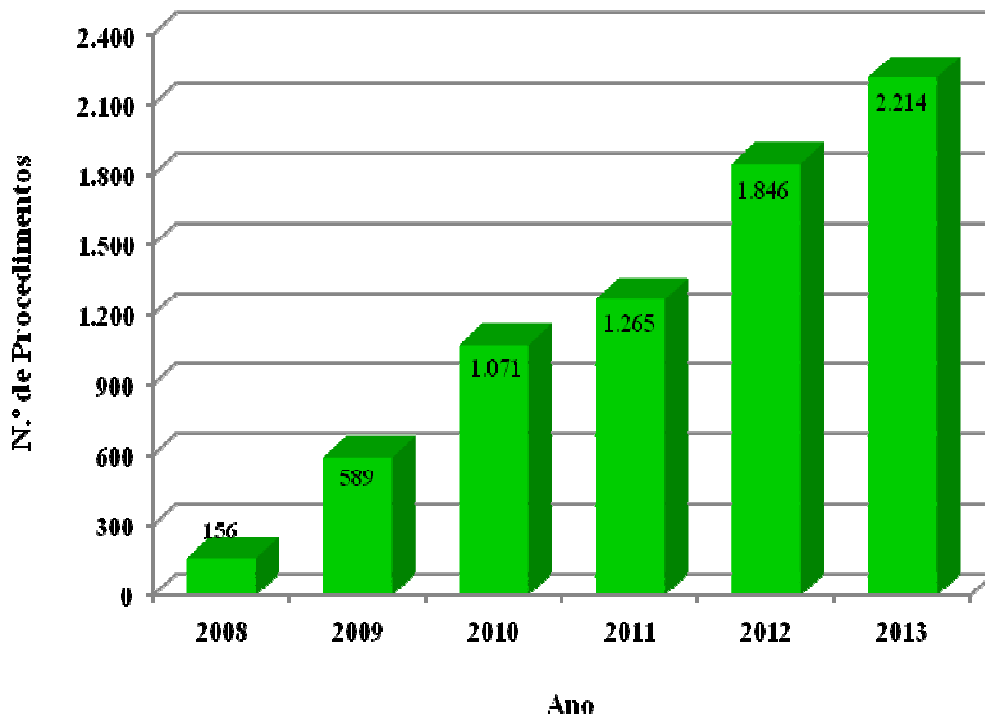
3.7 Oncologia

A Portaria no. 146/SAS, de 11/03/2008, habilitou a Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON, sem serviço de Radioterapia.

Na assistência ambulatorial de Alta Complexidade foi programado o procedimento de **Quimioterapia** para os **casos novos** de Oncologia, dos municípios da Região Rio Claro, com cota anual de 32 procedimentos – R\$ 134.829,12 (Pactuação Programada Integrada – PPI/2009).

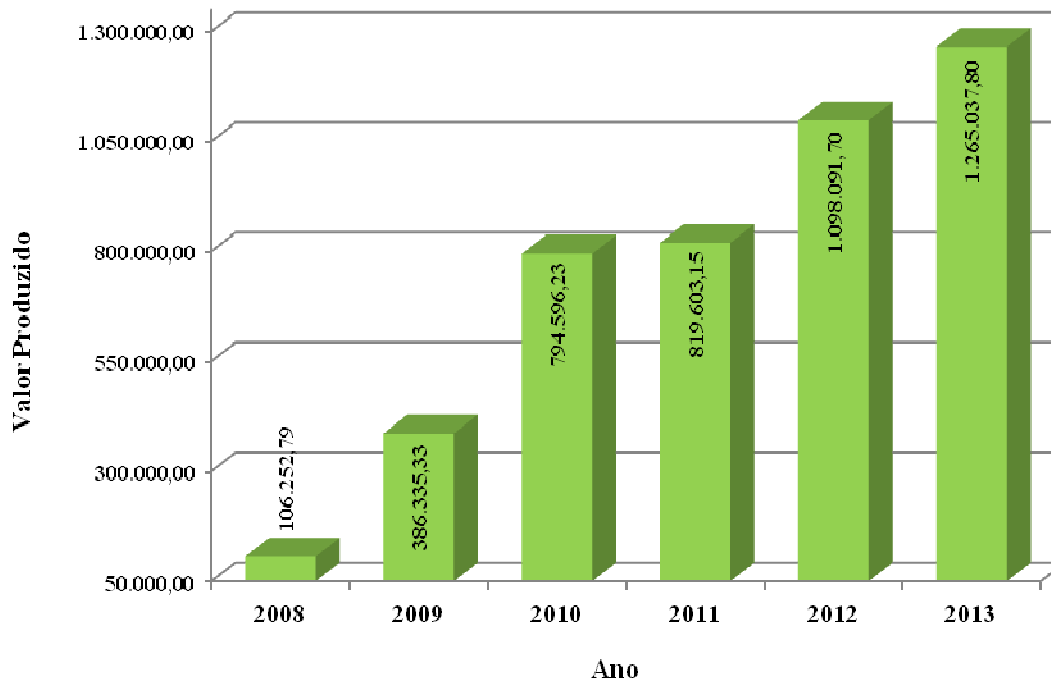
A produção anualmente vem extrapolando as cotas programadas, devido a crescente demanda de casos novos.

Gráfico 17 – Produção Quimioterapia (Física) – Santa Casa Rio Claro



Fonte: MS/DATASUS

Gráfico 18 – Produção Quimioterapia (Financeira) – Santa Casa Rio Claro



Fonte: MS/DATASUS

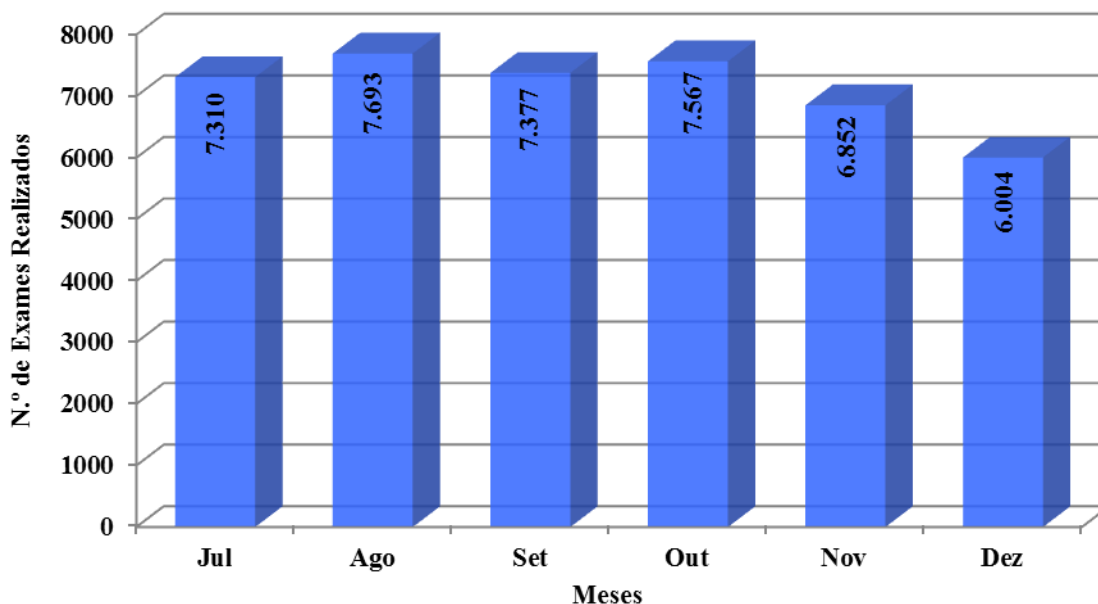
Considerando a programação, a produção, a demanda atual e a responsabilidade de assegurar o atendimento, o município de Rio Claro está pleiteando a ampliação dos valores programados para a assistência ambulatorial – **Quimioterapia** e a adequação/ampliação da programação de assistência hospitalar, junto ao Ministério da Saúde.

3.8 Laboratório Municipal de Análises Clínicas

O município de Rio Claro implantou de Laboratório Municipal de Análises Clínicas, em 2013.

A implantação do laboratório conta com parceria com o Instituto Adolfo Lutz, com o objetivo de ampliar o acesso e assegurar a prevenção e o controle das linhas de cuidado dos diversos programas/patologias.

Gráfico 19 – Produção Laboratório Municipal de Análises Clínicas
Julho a Dezembro/2013



Fonte: Laboratório Municipal de Rio Claro

3.9 Produção Ambulatorial

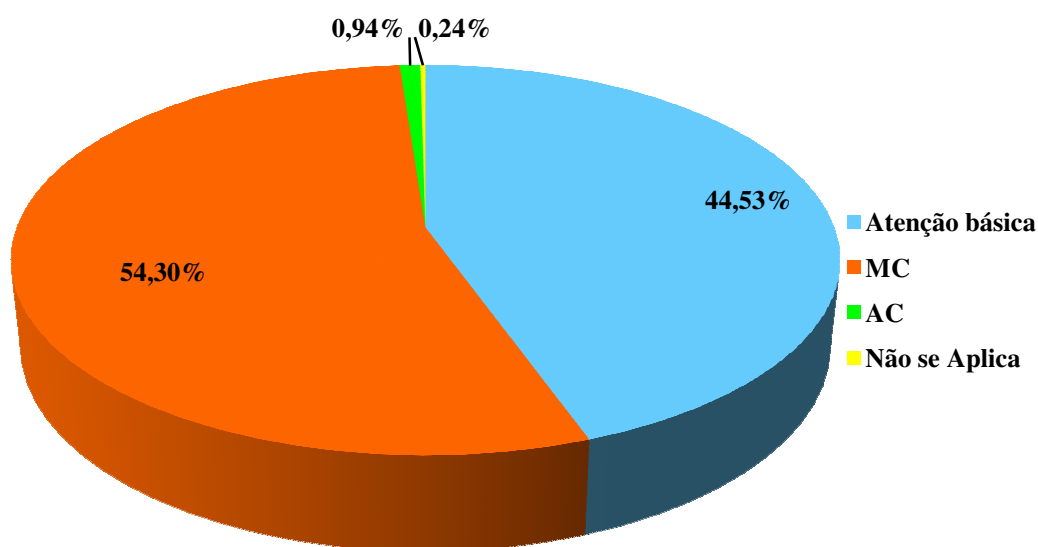
A assistência ambulatorial de média e alta complexidade - MAC é realizada através das unidades da rede municipal, de Convênio de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde - Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro, do Ambulatório de Especialidades Médica – AME Rio Claro, de referências pactuadas e serviços contratados pela Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro.

Tabela 14 – Produção ambulatorial por Complexidade Segundo Grupo de Procedimento – 2013

Grupo procedimento	Atenção Básica	Média complexidade	Alta complexidade	Não se aplica	Total
01 - Ações de promoção e prevenção em saúde	195.972	4.926		5.625	206.523
02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica	113.022	685.278	7.427		805.727
03 - Procedimentos clínicos	899.496	829.465	18.296		1.747.257
04 - Procedimentos cirúrgicos	48.516	14.114	837		63.467
07 - Órteses, próteses e materiais especiais				1.027	1.027
08 - Ações complementares da atenção à saúde	885				885
Total	1.257.891	1.533.783	26.560	6.652	2.824.886

Fonte: MS/ DATASUS

Gráfico 20 – Produção Ambulatorial por Complexidade – 2013



Fonte: MS/ DATASUS

4. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

4.1 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 e Pediátrica.

A Santa Casa integra o Plano de Ação Regional da Rede Cegonha RRAS 14 - DRS X – Piracicaba, conforme Deliberação CIB nº. 57, de 19/11/2013, com os seguintes leitos/serviços:

1. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN - Tipo II: 05 leitos.
2. Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal – UCIN: 07 leitos:
 - 2.1. Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional – UCINCo: 05 leitos
 - 2.2. Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru - UCINCa: 02 leitos.
3. Gestante de Alto Risco – GAR: 03 leitos.
4. Banco de Leite.

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

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

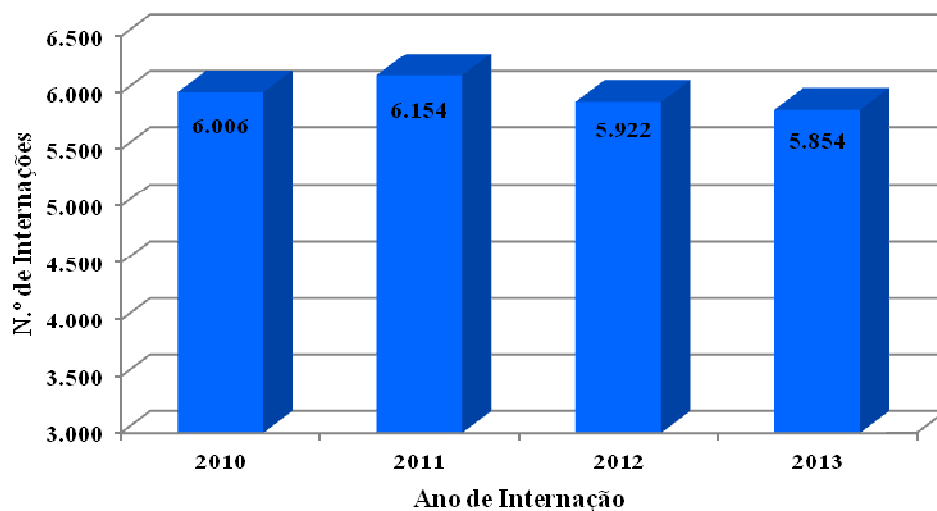
Tabela 15 – Número de Leitos – Rio Claro/SP

<u>Leitos por Especialidade:</u>	<u>SUS</u>	<u>Não SUS</u>	<u>TOTAL</u>
Cirúrgicos	22	26	48
Clínicos	15	13	28
Obstétricos	22	06	28
Pediátricos	11	04	15
Crônicos	02	-	02
Pneumologia Sanitária	01	-	01
Psiquiatria	02	-	02
Sub – Total (1)	75	49	124
<u>Leitos Complementares</u>	<u>SUS</u>	<u>Não SUS</u>	<u>TOTAL</u>
Unidade Intermediária Neonatal	06	-	06
Unidade de Isolamento	02	01	03
UTI Adulto - Tipo II	10	11	21
UTI Neonatal – Tipo II	02	03	05
UTI Pediátrica - Tipo II	06	-	06
Unid. Cuidados Intern. Neonatal Convencional	-	09	09
Sub – Total (2)	26	21	47
<u>Total</u>	<u>101</u>	<u>73</u>	<u>174</u>

Fonte: CNES 03/2014

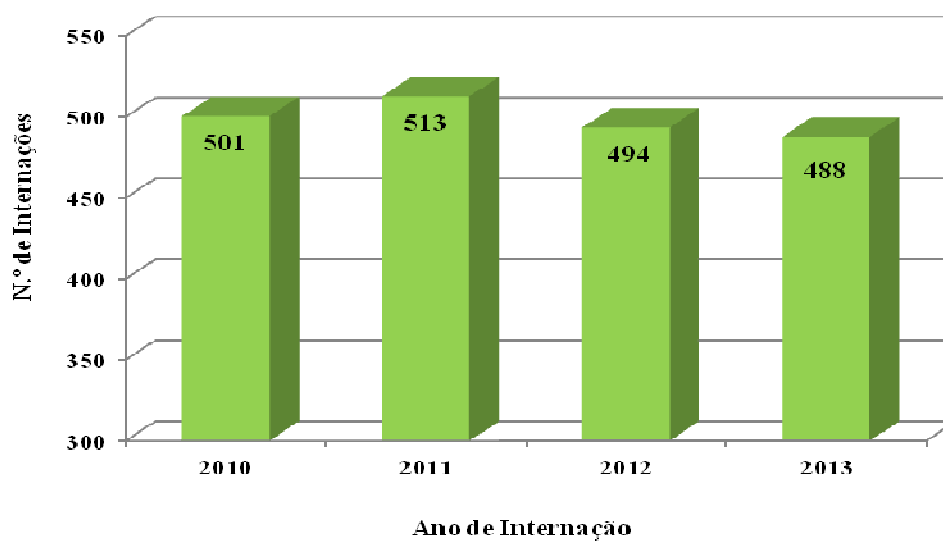
As internações são programadas no Plano Operativo Anual, com acompanhamento e monitoramento mensal/trimestral de metas quantitativas e qualitativas.

Gráfico 21 – Total Anual de Internações SUS – Rio Claro/SP – 2010 a 2013



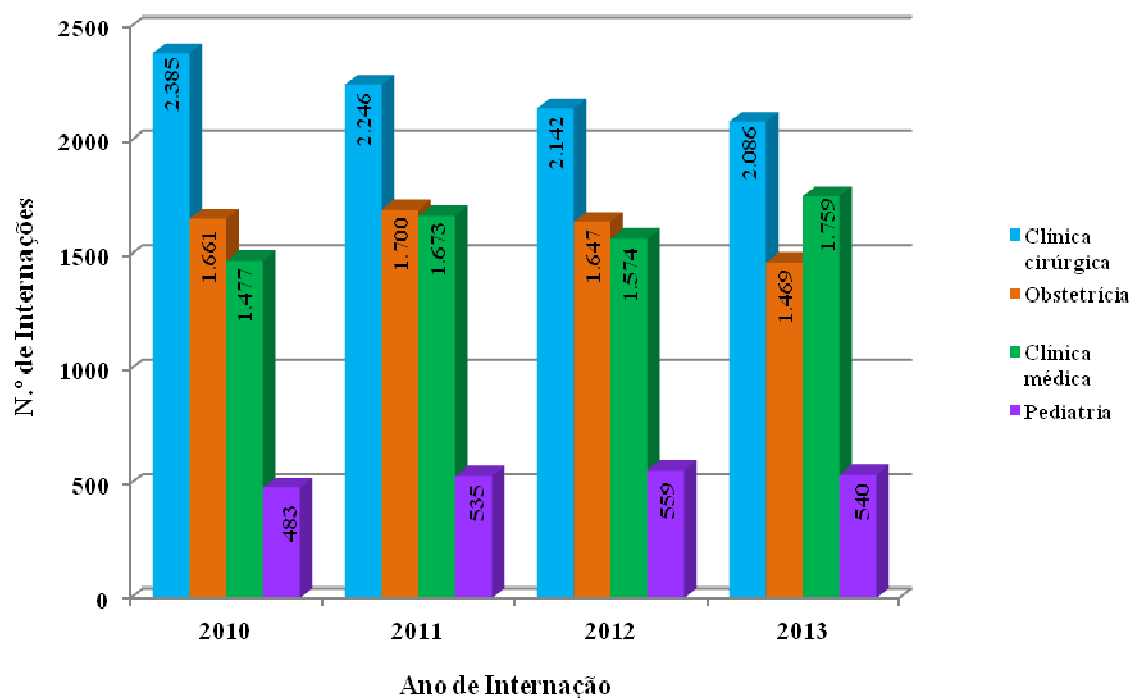
Fonte: MS/DATASUS

Gráfico 22 – Média Mensal de Internações SUS – Rio Claro/SP – 2010 a 2013



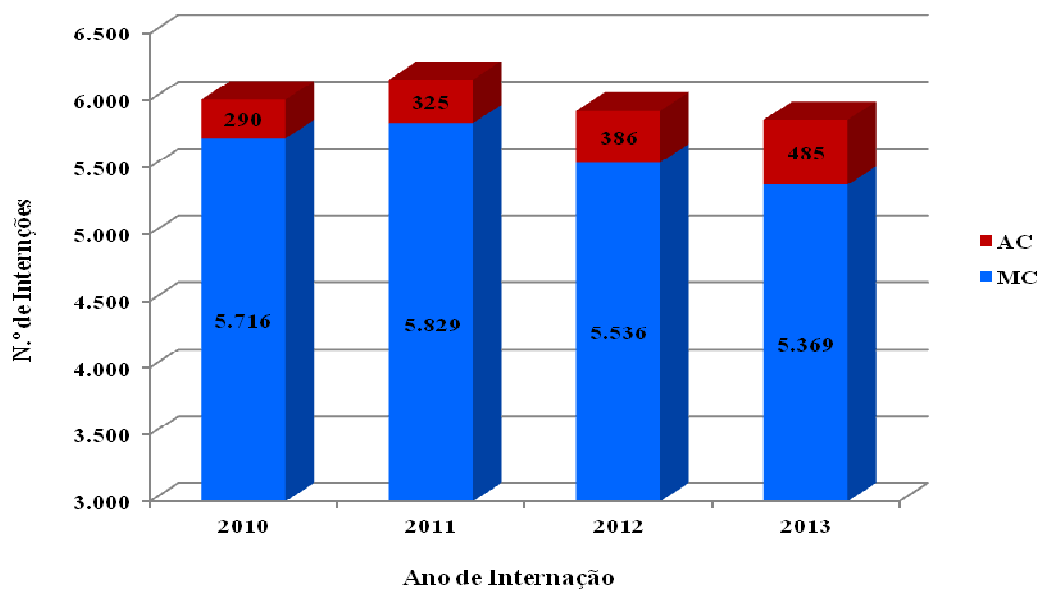
Fonte: MS/DATASUS

Gráfico 23 – Números de Internações por Especialidade – Rio Claro/SP – 2010 a 2013



Fonte: MS/ DATASUS

Gráfico 24 – Números de Internações por Complexidade – Rio Claro/SP – 2010 a 2013



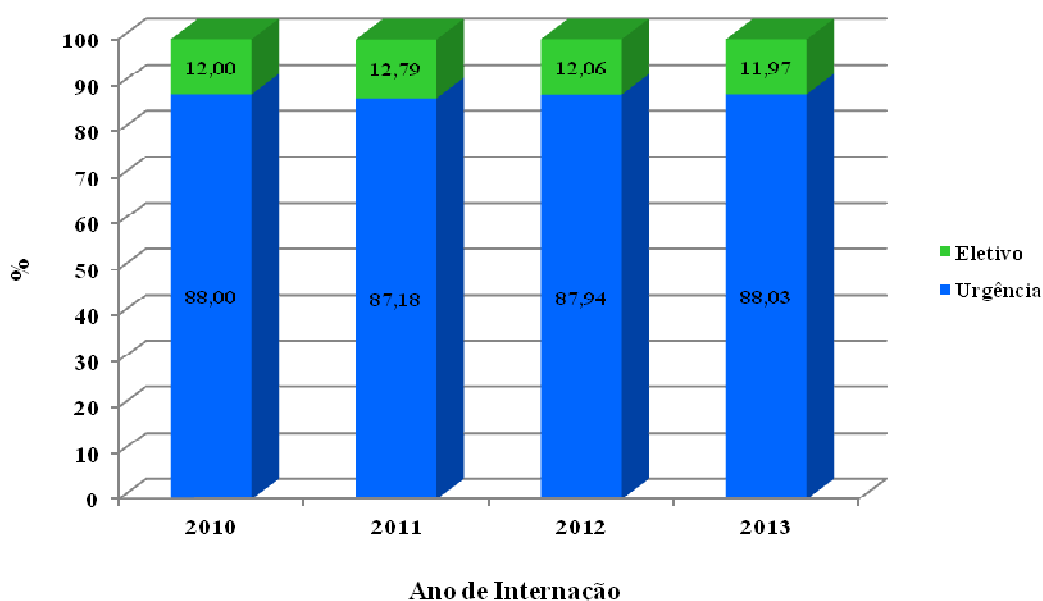
Fonte: MS/ DATASUS

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).

O Colegiado de Gestão Regional – CGR Rio Claro, desde 2008, através de Termo de 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.

Gráfico 25 – Percentual de Internações por Cárater de Atendimento
Rio Claro/SP – 2010 a 2013



Fonte: MS/ DATASUS

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.

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.

4.2 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.

4.3 Casa de Saúde “Bezerra de Menezes”

A Casa de Saúde “Bezerra de Menezes” é entidade conveniada ao SUS, para assistência hospitalar às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Trata-se de um hospital, sob gestão estadual, que está reunindo esforços para adequar-se a Política de Saúde Mental vigente, estando em processo de reformulação do modelo de assistência prestada às pessoas com transtornos mentais, devendo atuar como Centro Integrado de Atenção Psicossocial – CINAPSI.

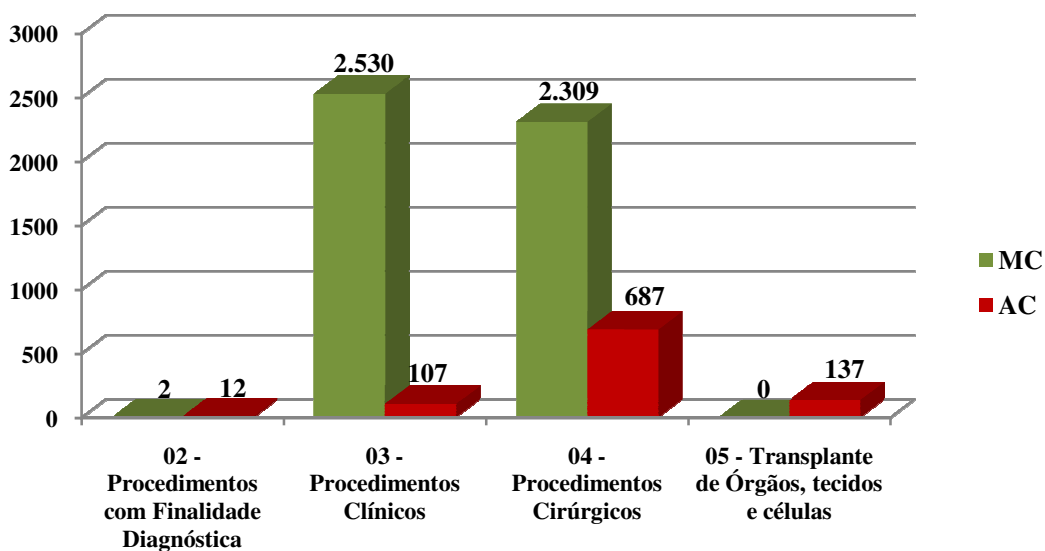
O hospital reduziu significativamente os leitos psiquiátricos de internação de longa duração, priorizando as internações de curta permanência e com respostas rápidas as crises agudas. O hospital implantará lar abrigado para os moradores de longa data do referido equipamento e vislumbra transformar-se num “hospital-ensino”, oferecendo cursos de especialização e residência multiprofissional em saúde mental, bem como residência médica psiquiátrica, com o objetivo de qualificar os trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial do SUS.

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.

4.4 Produção Hospitalar

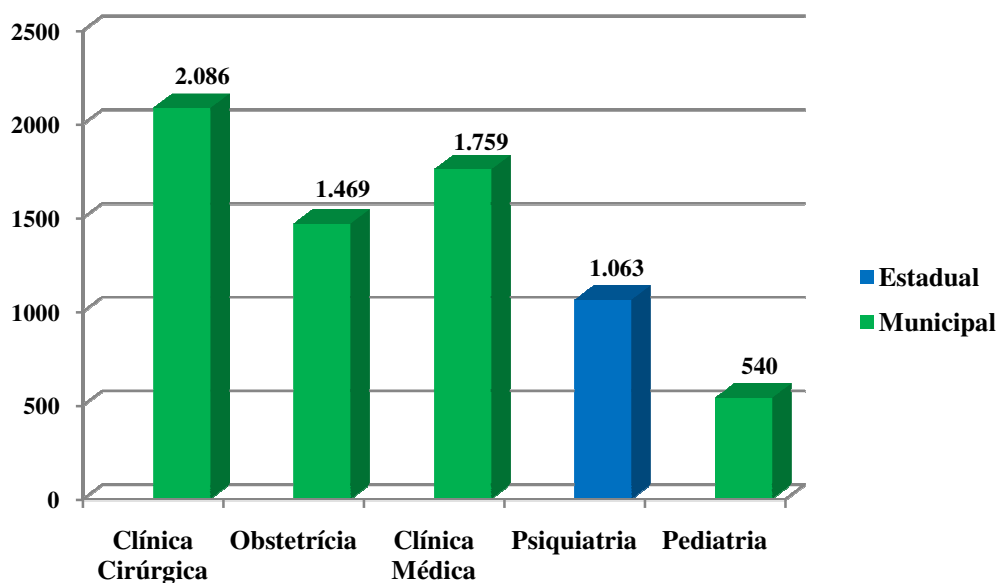
A assistência hospitalar à população residente do município de Rio Claro apresenta a seguinte produção de média e alta complexidade – MAC.

Gráfico 26 – Internações por Complexidade Segundo grupo de Procedimento – 2013



Fonte: MS/ DATASUS

Gráfico 27 – Internações por Gestão Segundo Especialidade – 2013



Fonte: MS/ DATASUS

EIXOS, DIRETRIZES E OBJETIVOS

Os eixos do Plano Municipal de Saúde de 2014-2017, contemplam os compromissos assumidos pelo Gestor Municipal no Pacto pela Saúde, as prioridades estabelecidas pelo Decreto Federal 7508/2011, a análise situacional de saúde, os eixos temáticos das Conferências Nacional e Estadual de Saúde e as propostas aprovadas na XI Conferência Municipal de Saúde de Rio Claro.

Os eixos são transversais e as divisões têm como objetivo facilitar o processo de planejamento e o entendimento dos compromissos assumidos no Plano. Para cada eixo foram definidas diretrizes, estabelecidos objetivos, metas e indicadores para o quadriênio.

A Secretaria/Fundação Municipal de Saúde é coletivamente responsável pela execução do Plano e pelos resultados a serem alcançados pela gestão municipal, cabendo ao Conselho Municipal de Saúde acompanhar o seu desenvolvimento.

EIXOS:

Eixo I – Aperfeiçoamento e qualificação do acesso aos serviços e ações de saúde.

Eixo II – Desenvolvimento de serviços e ações de saúde para segmentos da população mais vulneráveis, com necessidades específicas e riscos à saúde prioritários.

Eixo III – Vigilância em Saúde.

Eixo IV – Fortalecimento da gestão municipal do SUS.

Eixo V – Gestão do trabalho e da educação em saúde

Eixo VI – Fortalecimento da participação da comunidade e do controle social na gestão do SUS.

EIXO I – APERFEIÇOAMENTO E QUALIFICAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE

O aperfeiçoamento e a qualificação da Atenção Básica são fundamentais para reduzir as desigualdades encontradas na situação de saúde da população.

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.

A implantação de mecanismos de acesso para serviços e ações de saúde integral, deve ser priorizada para assegurar a equidade na atenção.

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.

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.

O desenvolvimento de estratégias de planejamento e gestão é fundamental para o aperfeiçoamento da rede municipal de saúde, na busca de racionalização, eficiência, qualidade e humanização da assistência à saúde.

EIXO I – APERFEIÇOAMENTO E QUALIFICAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE

DIRETRIZ I. 1 – FORTALECER A QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA - AB

OBJETIVO	META	INDICADOR
Ampliar o número de profissionais das ESF com especialização em Saúde da Família.	80% dos profissionais com nível superior da ESF realizarem a Especialização em Saúde da Família.	% de número de profissionais das ESF com especialização em Saúde da Família.
Fortalecer a qualificação da Atenção Básica	100% das Equipes de Atenção Básica capacitadas nas Linhas de Cuidado.	Relatórios e Instrumentos de Avaliação.
Ampliar a cobertura populacional na Estratégia Saúde da Família.	50% de cobertura populacional - Estratégia Saúde da Família (22 ESF implantadas – 5 ESF/ano).	%de cobertura ESF
Implantar processos de avaliação e monitoramento da Atenção Básica	Elaborar mecanismos para avaliação e monitoramento da Atenção Básica.	Indicadores de Saúde e Sistemas de Informação
Ampliar o matriciamento nas Unidades de Saúde	Implantar o NASF. Promover visitas do Grupo de Apoiadores nas Unidades de Saúde. Descentralizar ações em Vigilância a Saúde do Trabalhador. Garantir o matriciamento de GO e Pediatria em todas as Unidades de Saúde.	NASF implantado Número de ações desenvolvidas em conjunto com o NASF, Grupo de Apoiadores e CEREST. Cobertura do matriciamento nas Unidades de Saúde

Qualificar as reuniões das Equipes de Atenção Básica	Sensibilizar e apoiar as Equipes e Coordenadores das Unidades de Saúde.	Instrumento de Autoavaliação das Equipes
Implementar as ações de vigilância a saúde do trabalhador	Realizar matriciamento com equipe do CEREST nas Unidades de Saúde.	No. de ações realizadas que permeiam à Saúde do Trabalhador
Qualificar a Atenção Básica para ampliar a resolutividade da assistência à saúde.	Reduzir as internações por causas sensíveis à Atenção Básica, conforme pactuação MS.	% de internações por causas sensíveis à AB.
Melhorar a qualidade e a resolubilidade das ações e serviços laboratoriais	Capacitar a Equipe de Enfermagem para coleta de exames laboratoriais nas Unidades de Saúde	No. de Unidades de Saúde com coleta laboratorial realizada pela equipe de enfermagem
Intensificar as ações educativas, realizadas pelas Unidades de Saúde, nas Linhas de Cuidados	Monitorar e avaliar as ações realizadas. Estimular Projetos para efetivação das ações, de acordo com realidade local.	Relatórios mensais das Unidades de Saúde. Visitas e Relatório do Grupo de Apoiadores.
DIRETRIZ I. 2 – APRIMORAR O ACESSO DA ASSISTÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Fortalecer mecanismos de programação e regulação de acesso à assistência de Média e Alta Complexidade – MAC.	Monitorar e adequar ações e serviços de saúde próprios e contratados/conveniados. Estabelecer protocolos clínicos e fluxos de referência e contrarreferência. Ampliar a oferta de procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, através de programas estaduais e federais, equacionando	Serviços e ações monitorados. Protocolos e fluxos efetivados.

	a capacidade instalada regional.	
Ampliar o acesso às internações para realização de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade.	Ampliar a oferta de cirurgias eletivas de Média Complexidade, equacionando a capacidade instalada regional.	Relatório de Monitoramento.
Aprimorar a Rede de Urgência e Emergência – RUE.	100 % dos equipamentos de saúde (SAMU/PSMI/ PA/UPA/US/Santa Casa) integrados com a RUE. Converter o PA Cervezão em UPA 24H.	% de equipamentos integrados com a RUE UPA 24H implantada.
Organizar as Redes de Atenção à Saúde, integrada às Redes Regionais de Atenção à Saúde – RRAS.	Instituir Grupo Condutor para organizar as Redes Temáticas de Saúde integradas às RRAS.	Redes organizadas e integradas.
Assegurar a contratualização de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde - MAC.	Firmar e monitorar Convênio SUS Santa Casa	Convênio firmado e monitorado
DIRETRIZ 1.3 – APERFEIÇOAR A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Ampliar o acesso à Assistência Farmacêutica, contemplando os diversos programas.	Assegurar a aquisição de medicamentos, mantendo a regularidade no abastecimento. Elaborar e divulgar material informativo sobre o fornecimento e dispensação de medicamentos aos usuários. Implementar protocolos de dispensação de dose unitária, nas farmácias da	Relatórios de Monitoramento Material informativo elaborado e divulgado. Nº. de protocolos efetivados.

	<p>urgência/emergência</p> <p>Implementar a divulgação da REMUNE.</p> <p>Reorganizar a Comissão Farmacoterapêutica e efetivando a sua atuação.</p>	CFT reorganizada e atuante.
<p>Assegurar a eficiência da Assistência Farmacêutica e de insumos.</p>	<p>Promover capacitação e treinamento de farmacêuticos e auxiliares.</p> <p>Monitorar e efetivar a Normativa da Assistência Farmacêutica.</p> <p>Realizar visitas domiciliares, acompanhados pelo ACS.</p> <p>Realizar ações de educação em saúde voltadas à população e aos profissionais da saúde.</p> <p>Definir indicadores para ação da AF.</p> <p>Promover atividades que disciplinem a prescrição e a dispensação de medicamentos.</p> <p>Implantar Procedimento Operacional Padrão (POP) nas farmácias da urgência/emergência e sua divulgação.</p> <p>Adequar estrutura dos equipamentos, assegurando a integridade dos medicamentos.</p> <p>Viabilizar sistema informatizado, integrado as farmácias da rede pública de saúde.</p>	<p>Nº. de treinamentos</p> <p>Nº. de visitas domiciliares</p> <p>Nº. de ações e atendimento realizados</p> <p>Rol de indicadores</p> <p>POP implantado</p> <p>Nº. de farmácias equipadas</p> <p>No. de farmácias integradas em sistema informatizado</p>

Fortalecer a Farmácia Popular do Brasil, no município.	Manter o funcionamento da Farmácia Popular e ampliar a atuação do Programa.	Farmácia Popular em funcionamento
DIRETRIZ I.4 – QUALIFICAR OS SERVIÇOS PRÓPRIOS DE APOIO DIAGNÓSTICO		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Implementar o funcionamento do Laboratório Municipal de Análises Clínicas.	Ampliar a oferta de exames e o número de unidades atendidas.	Rol de exames e nº. de unidades
Melhorar a eficiência dos serviços de apoio diagnóstico próprios/municipais.	Reorganizar e adequar os serviços de apoio diagnóstico – CEAD.	Nº. de exames e relatórios de monitoramento.
Assegurar os serviços de apoio diagnóstico nas unidades de urgência e emergência.	Manter a regularidade de materiais e monitorar os serviços de apoio diagnóstico nas unidades de urgência e emergência.	Nº. de exames e relatórios de monitoramento.

EIXO II – DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE PARA SEGMENTOS DA POPULAÇÃO MAIS VULNERÁVEIS, COM NECESSIDADES ESPECÍFICAS E RISCOS À SAUDE PRIORITÁRIOS

A elaboração de políticas relativas à saúde evoca questões importantes relacionadas 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.

EIXO II – DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE PARA SEGMENTOS DA POPULAÇÃO MAIS VULNERÁVEIS, COM NECESSIDADES ESPECÍFICAS E RISCOS À SAÚDE PRIORITÁRIOS

DIRETRIZ II. 1 – REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA

OBJETIVO	META	INDICADOR
Implantar efetivamente a Rede Cegonha	Desenvolver o Plano de Ação da Rede Cegonha, através de articulação do Grupo Condutor Municipal	Rede Cegonha implantada no município
Qualificar o Pré-Natal e Puericultura nas Unidades de Atenção Básica	Capacitar 100% das Equipes de Atenção Básica	% de Equipes capacitadas.
Reduzir a mortalidade infantil	Assegurar a qualidade do pré-natal e do parto. Garantir a contra referência do RN para a rede de saúde. Realizar atendimentos de acordo com o calendário mínimo preconizado pelo MS. Garantir a oferta de todas as vacinas do calendário básico de vacinação e realizar busca Dos faltosos. Realizar acompanhamento dos menores de 1 ano no SISVAN.	Sistemas de Informação da AB e do Programa Bebê de Risco.

	<p>Garantir o encaminhamento e acompanhamento dos bebês de risco em Ambulatório específico.</p> <p>Fortalecer o Comitê Municipal de Investigação e Prevenção de Mortalidade Infantil e Materna.</p>	
Reduzir a mortalidade materna	<p>Garantir a oferta mínima de 7 CM de pré-natal.</p> <p>Assegurar a qualidade do pré-natal e do parto.</p> <p>Garantir o encaminhamento e acompanhamento das gestantes com indicação, ao Alto Risco.</p> <p>Fortalecer o Comitê Municipal de Investigação e Prevenção de Mortalidade Infantil e Materna.</p>	Sistemas de Informação da AB.
Reduzir partos cesáreos no SUS	<p>Orientar as gestantes, nas consultas e grupos de educação, quanto s vantagens do parto normal.</p> <p>Promover a capacitação dos serviços de atenção ao Parto e Nascimento, com relação às boas práticas.</p> <p>Efetivar o Plano de Redução de Partos Cesáreos.</p>	<p>SisPré-Natal Web.´</p> <p>Relatórios das US</p> <p>Capacitações realizadas.</p> <p>Relatório de Monitoramento.</p>

DIRETRIZ II. 2 – APRIMORAR A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA E SAÚDE DA MULHER

OBJETIVO	META	INDICADOR
Qualificar a Rede de Atenção Infantil e Materna para garantir acesso, acolhimento e resolutividade	Capacitar 100% das Unidades de Atenção Básica	% de Unidades capacitadas
Aprimorar a atenção às doenças preveníveis nas crianças e programas para a saúde da infância.	Implementar a Linha de Cuidado da Infância	Linha de Cuidado implementada.
Ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e do colo de útero.	Implementar as linhas de cuidado para o enfrentamento do oportuno do câncer de mama e do colo de útero.	Razão de exames colpocitopatológicos em mulheres de 25 a 64 anos. Razão de mamografia em mulheres 50 a 69 anos.
Ampliar o acesso das mulheres aos serviços de assistência às vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências.	Organizar Linha de Cuidado/Rede de Atenção às vítimas de violência.	No. de unidades com serviços de assistência à violência.
Ampliar as possibilidades de efetivo exercício dos direitos sexuais e reprodutivos para as mulheres, com base na integralidade da atenção à saúde.	Desenvolver projetos com base na integralidade da atenção à saúde.	Projetos desenvolvidos.

DIRETRIZ II.3 – FORTALECER A REDE DE SAÚDE MENTAL, COM ENFASE NO ENFRENTAMENTO DA DEPENDÊNCIA DO CRACK E OUTRAS DROGAS

OBJETIVO	META	INDICADOR
Ampliar o acesso à Atenção Psicossocial, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde.	Garantir o matriciamento da Equipe de Saúde Mental nas Unidades de Saúde	Cronograma do matriciamento.
Promover e apoiar articulações intersetoriais para a atenção à Saúde Mental e dependência de drogas.	Intensificar articulação com Secretarias/Entidades e com recursos comunitários do território	Articulações efetuadas.
Desenvolver ações de educação permanente para o acompanhamento de pessoas com o uso prejudicial de drogas (AB/CAPS/rede ambulatorial/hospital geral).	Promover a implantação e implementação de Programa de Educação Permanente e qualificação de serviços da rede de saúde acerca das questões de saúde mental.	Projeto Elaborado e etapas desenvolvidas.

DIRETRIZ II. 4 – APERFEIÇOAR A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

OBJETIVO	META	INDICADOR
Ampliar a cobertura da saúde bucal na AB.	Assegurar Equipe de Saúde Bucal nas UBS e USF.	No. de ESB x No. de UBS/USF
Aprimorar os Programas de Saúde Bucal.	Promover orientações de prevenção e escovação dental supervisionada, nas USF e nas visitas domiciliares de acamados, com distribuição de kits de escovação.	Relatórios de Atividades.

	Realizar palestras em Creches e Escolas Municipais abordando prevenção e escovação supervisionada. Construir prédio para o Centro de Especialidades odontológicas – CEO, para unificação das especialidades odontológicas.	Palestras realizadas. Construção de prédio.
Ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento do câncer bucal.	Realizar campanhas de prevenção do Câncer Bucal, durante vacinação do idoso, evento “Sacode a Praça”, entre outros.	Campanhas realizadas.
DIRETRIZ II.5- APRIMORAR A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO, COM ESTÍMULO AO ENVELHECIMENTO ATIVO E FORTALECENDO AS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Promover o envelhecimento ativo e saudável com qualidade de vida.	Implementar os grupos de Atividades Físicas, Lian Gong e grupos de Alimentação Saudável	Relatórios de Atividades.
Organizar a rede de atenção e estabelecer estratégias de gestão do cuidado ao idoso.	Capacitar 100% das Unidades de Saúde na implantação da Linha de Cuidado do Idoso.	% de US capacitadas. Linha de Cuidado Implantada
DIRETRIZ II.6 - IMPLEMENTAR A ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Assegurar a integralidade da atenção às pessoas com deficiências na rede municipal de saúde.	Capacitar profissionais/equipes da rede municipal de saúde.	No. de profissionais/equipes capacitadas.

Implantar a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência	Capacitar e articular a participação de 100 % das unidades de saúde na Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.	Rede implantada e efetivada.
Habilitar o CHI em Centro Especializado em Reabilitação - CER	Pleitar a habilitação do CHI em CER	Habilitação MS.
Participar e apoiar os projetos intersetoriais para promoção de qualidade de vida da pessoa com deficiência.	Desenvolver projetos intersetoriais.	No. de projetos desenvolvidos.
DIRETRIZ II.7 - ORGANIZAR A ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Organizar ações de atenção às pessoas com Doença Falciforme.	Integrar a rede regional de atenção às pessoas com Doença Falciforme.	Rede Temática organizada/integrada.
Implantar ações da Política Nacional da Atenção Integral de Saúde da População Negra.	Capacitar profissionais/equipes da rede municipal de saúde.	Profissionais/equipes capacitadas.
DIRETRIZ II.8- IMPLEMENTAR AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM		
OBJETIVO	META	
Organizar ações da Política Nacional da Atenção Integral de Saúde do Homem.	Desenvolver ações em parceria com outras áreas temáticas.	Ações desenvolvidas.
	Capacitar profissionais para detecção precoce de doenças e agravos mais prevalentes.	Profissionais capacitados.

EIXO III – 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 Especializado de Prevenção e Assistência – DST/AIDS/Hepatites.

No âmbito da saúde coletiva, a responsabilidade é de acompanhar a resposta municipal às doenças, agravos e riscos existentes ou potenciais, em consonância com a coordenação estadual – SES/SP e os princípios e diretrizes do SUS.

As diretrizes priorizadas em Vigilância em Saúde são: Fortalecer a Vigilância Epidemiológica e o controle das doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis; Fortalecer o sistema municipal de Vigilância Sanitária e Aperfeiçoar a Vigilância em Saúde Ambiental.

As ações de prevenção devem ser vistas como prioritárias, pois possibilitam repercussões de alta eficácia e baixo custo, quando comparadas a ações curativas de alta complexidade.

EIXO III – VIGILÂNCIA EM SAÚDE

DIRETRIZ III. 1 – FORTALECER A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E O CONTROLE DAS DOENÇAS E AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS E NÃO TRANSMISSÍVEIS

OBJETIVO	META	INDICADOR
Manter elevada a cobertura vacinal em crianças menores de 01 ano.	Atingir 95 % ou mais na cobertura vacinal em menores de 01 ano.	% de cobertura vacinal.
Implementar a vigilância das doenças transmitidas por vetores.	100% das Equipes de Saúde da Família realizando ações de prevenção e controle da Dengue (casa a casa)	% de ESF realizando ações. Número de visitas Boletim de atividades de vigilância e controle.
Ampliar a cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilifera diagnosticados.	85% de cura de casos novos de TB bacilífera. Assegurar o Tratamento Diretamente Observado – DOT, com os incentivos.	% de cura de casos novos de TB bacilífera. DOT e incentivos mantidos.
Aumentar o percentual de cura dos casos novos de Hanseníase diagnosticados.	90 % de cura nos casos novos. Efetivar o tratamento, assegurando alta e cura no tempo estabelecido (PB: 9meses e MB:18meses). 98% de contatos intradomiciliares examinados.	% de cura nos casos novos. % de alta e cura no tempo estabelecido. % de contatos intradomiciliares de casos novos examinados.
Reduzir a transmissão vertical de sífilis e HIV.	Ofertar às gestantes e parceiros, o teste rápido para Sífilis e HIV.	Número de testes rápidos realizados.

	<p>Garantir 100% de tratamento da Sífilis em gestante.</p> <p>Garantir 100% de encaminhamento para tratamento do HIV.</p>	<p>Número de notificações de sífilis congênitas.</p> <p>% de encaminhamentos realizados.</p>
Ampliar as ações de diagnóstico, controle, prevenção e tratamento dos portadores de Hepatites B e C.	Ofertar o teste rápido aos usuários	Número de testes rápidos realizados.
Implementar ações de vigilância de acidentes e violências.	Acolher, atender e notificar os casos de acidentes e violência.	Número de casos notificados..
Promover ações de promoção à saúde voltada para os agravos não transmissíveis.	<p>Implantar o NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.</p> <p>Implementar ações de promoção à saúde em 100% das Unidades de Saúde da Atenção Básica em consonância com os eixos previstos na Política Nacional de Promoção à Saúde.</p> <p>Implantar as Linhas de Cuidados na saúde da criança e adolescente, saúde da mulher, saúde do homem e saúde do idoso.</p> <p>100% das Unidades de Saúde capacitadas nas ações de promoção à saúde e linhas de cuidado.</p>	<p>NASF implantado.</p> <p>% de US realizando ações de Promoção à Saúde.</p> <p>% de US com as Linhas de Cuidado implantadas.</p> <p>% de US capacitadas nas ações de promoção à saúde e linhas de cuidado.</p>

	Fortalecer o trabalho intersetorial e parcerias com as Instituições de Ensino.	Trabalho intersetorial realizado e parcerias efetivadas.
DIRETRIZ III. 2 – FORTALECER O SISTEMA MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Implementar a Programação das Ações de Vigilância Sanitária – PAVISA.	90% de ações desenvolvidas/programadas	% de ações desenvolvidas/programadas.
Fortalecer a gestão da Vigilância Sanitária no âmbito municipal.	70% de estabelecimentos cadastrados no SIVISA	% de estabelecimentos cadastrados.
Qualificar os profissionais/equipes para as diversas áreas de atuação.	80% de profissionais capacitados, conforme demandas ao nível estadual e municipal	% de profissionais capacitados.
Fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador - VISAT	100% de ações desenvolvidas, em conjunto, VISA e CEREST.	% de ações desenvolvidas – VISA/CEREST.
Aprimorar a Atenção à Saúde do Trabalhador	Desenvolver e monitorar as ações de Saúde do Trabalhador, ao nível local e regional.	% de ações desenvolvidas/programadas.
Promover eventos educativos na área de vigilância sanitária.	Elaborar e desenvolver cursos na área de vigilância sanitária.	No. de eventos educativos.
DIRETRIZ III.3 – APERFEIÇOAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Implementar o desenvolvimento de atividades de vigilância em saúde ambiental.	Capacitar as equipes para desenvolver atividades de Vigilância Ambiental.	% de profissionais capacitados. % de ações desenvolvidas/programadas.

Aprimorar a vigilância da qualidade da água para consumo humano.	Executar as ações vigilância da qualidade da água. Alimentar o sistema PROÁGUA.	% das ações desenvolvidas. Sistema PROÁGUA alimentado.
--	--	---

EIXO IV – FORTALECIMENTO DA GESTÃO MUNICIPAL DO SUS

A Secretaria/Fundação Municipal de Saúde é responsável pela gestão do SUS, no âmbito municipal. Dentre as suas competências destacamos o desenvolvimento de processo de planejamento ascendente e participativo, com base nas necessidades de saúde da população.

Conforme Decreto Federal 7.508/2011, o município de Rio Claro vem buscando o aprimoramento da organização e gestão do sistema de saúde municipal, integrando as redes regionais de saúde e fortalecendo a gestão compartilhada do SUS, sendo necessários o aprimoramento e a implementação dos processos de planejamento, regulação, controle e avaliação.

Há necessidade de investimentos em informação e informatização da rede municipal, proporcionando suporte aos serviços, melhoria das condições de trabalho dos profissionais, subsídios aos processos de planejamento 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, ampliando a qualidade e resolutividade da rede de saúde sob gestão do município de Rio Claro.

A auditoria deverá ser qualificada, atuando como suporte às funções de controle, avaliação e regulação, voltada à análise de resultados, com foco na qualidade do serviço e no acesso com equidade à atenção da saúde.

Com referência à Regulação em Saúde, conforme responsabilidades assumidas no Pacto Pela Saúde, o município implantou a Central Municipal de Regulação de Serviços Especializados (2010) e a Central de Regulação de Urgência – SAMU (2011). O Complexo Regulador Municipal está em processo de organização e adequação, para a implantação da Central de Regulação de Internações, considerando as estruturas pré-hospitalar municipal e hospitalar conveniada, objetivando a qualificação da atuação.

Considerando o fortalecimento da gestão, a Política de Humanização do município deverá ser implementada, sendo norteada pelos princípios da transversalidade e a inseparabilidade entre atenção e gestão. A Humanização pressupõe a criação de espaços de comunicação e diálogo entre gestores nos diversos níveis da rede, adoção de práticas de gestão participativa que promovam a integração entre profissionais, o compartilhamento de responsabilidades e a busca constante de melhorias nos serviços com base em uma capacidade crescente para ouvir a voz dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde.

EIXO IV – FORTALECIMENTO DA GESTÃO MUNICIPAL DO SUS

DIRETRIZ IV. 1 – FORTALECER O PLANEJAMENTO DE FORMA ASCENDENTE E PARTICIPATIVA

OBJETIVO	META	INDICADOR
Elaborar e monitorar os instrumentos de Planejamento do SUS: Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017; Programações Anuais – PS e Relatório Anuais de Gestão – RAG.	Elaborar e formalizar os instrumentos de gestão, com apreciação/aprovação do Conselho Municipal de Saúde. Monitorar e avaliar 100 % das metas de saúde propostas no plano.	Instrumentos de gestão formalizados. Metas de saúde monitoradas e avaliadas

DIRETRIZ IV. 2 – APRIMORAR A TRANSPARÊNCIA E VISIBILIDADE DA GESTÃO DA SAÚDE

OBJETIVO	META	INDICADOR
Cumprir as responsabilidades do Gestor do SUS, no âmbito municipal, conforme Lei Complementar 141/2012.	Encaminhar a Programação Anual do Plano de Saúde ao Conselho Municipal de Saúde – Art.36 § 2º. Apresentar Relatório Quadrimestral de Gestão, em Audiência Pública na Casa Legislativa - Art.36 § 5º.	

DIRETRIZ IV. 3 – IMPLEMENTAR A REGULAÇÃO DO ACESSO, CONTRATAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Manter, atualizar e adequar convênios e contratos de prestação de serviços de assistência à saúde, em caráter complementar à rede pública municipal.	100 % de prestadores com convênios e contratos vigentes e atualizados	% de prestadores com convênios e contratos vigentes e atualizados.
Aperfeiçoar a regulação do acesso na rede municipal de saúde.	Implantar Complexo Regulador Municipal.	Complexo Regulador Municipal implantado.
Aprimorar a qualidade da rede de atenção à saúde.	Monitorar os serviços da rede de assistência municipal de saúde.	% de serviços monitorados.
Organizar o componente municipal de auditoria em saúde, para auditar ações e serviços de saúde sob gestão municipal.	Componente Municipal de Auditoria organizado com base nas competências e atribuições do Decreto 7508/2011.	Composição da Auditoria Municipal, competências e atribuições na estrutura da FMSRC.
DIRETRIZ IV. 3 – APRIMORAR O SISTEMA MUNICIPAL DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Implantar a rede informatizada municipal.	Monitorar a implantação e efetivação da Rede.	Rede implantada e efetivada.
Implementar o desenvolvimento de sistemas na rede municipal de saúde.	Ampliar a abrangência de sistemas e de unidades interligadas.	% de abrangência e unidades interligadas.

DIRETRIZ IV. 4 – APRIMORAR OS MECANISMOS DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DO SUS		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Elaborar e acompanhar rol de indicadores de saúde e de gestão.	Avaliar e monitorar indicadores selecionados.	01 rol de indicadores/ano.
Qualificar as informações sobre os serviços de saúde.	Monitorar a qualidade das informações dos sistemas de informação SUS.	Relatórios Quadrimestrais.
Aprimorar a análise e divulgação de informações.	Elaborar e divulgar Relatórios de Monitoramento.	Relatórios Quadrimestrais.
DIRETRIZ IV. 5 – IMPLEMENTAR A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO E DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA REDE MUNICIPAL		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Garantir os espaços, em todas as equipes, para discussão do trabalho em saúde.	100% da rede com, no mínimo, 01 reunião mensal.	No. de unidades/setores/áreas, com reunião de equipes.
Qualificar as equipes com foco no planejamento, implantação e avaliação das práticas humanizadas nos serviços de saúde.	Estimular e promover a participação de gestores em eventos/encontros de Apoio e Formação em Humanização e Educação Permanente.	No. de gestores participantes/eventos.

EIXO V – GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Gestão do Trabalho e da Educação enfatiza o fortalecimento da gestão de recursos humanos, como estratégia para avanços na qualidade das ações em saúde direcionadas à população. A valorização dos trabalhadores e o seu desenvolvimento são solidificados através de uma política de gestão do trabalho articulada com a política de educação na saúde.

A formação e qualificação dos gestores e dos trabalhadores do SUS devem aperfeiçoar a qualidade da gestão e da assistência à saúde.

A reforma administrativa e a reestruturação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários – PCCS vêm sendo desenvolvida pela gestão municipal.

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

A Gestão da Educação, enquanto um dos eixos que compõem o Plano Municipal de Saúde, objetiva a qualificação técnica dos trabalhadores da saúde, com processos permanentes de aquisição de conhecimento e de aprimoramento de atitudes favoráveis ao bom desempenho do trabalho.

EIXO V – GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

DIRETRIZ V. 1 – FORTALECER A GESTÃO DE RH NA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

OBJETIVO	META	INDICADOR
Reorganizar a estrutura da Fundação Municipal de Saúde, com implementação da gestão da força de trabalho.	Instituir Grupo de Trabalho para reorganizar a estrutura e implementar a gestão da força de trabalho.	Estrutura e Gestão da FMSRC.
Reestruturar e implantar o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), instituindo a política de RH para o SUS.	Participar do processo de Reforma Administrativa Municipal e assegurar a reestruturação do PCCS.	Plano reestruturado e implantado.

DIRETRIZ V. 2 – APRIMORAR A GESTÃO DO TRABALHO PARA VALORIZAR OS RECURSOS HUMANOS DA FMSRC

OBJETIVO	META	INDICADOR
Assegurar Programa Municipal de Ações para melhoria da qualidade de vida e do ambiente profissional e dos trabalhadores da FMSRC.	Desenvolver um Plano de Trabalho intersetorial (CIPA, SESMT, CCISS, PCMSO e CEREST), com monitoramento e avaliação trimestral.	Plano executado e Relatório Trimestral de Avaliação.

DIRETRIZ V. 3 – APERFEIÇOAR OS MECANISMOS DE EDUCAÇÃO, PARA QUALIFICAR OS PROFISSIONAIS DO SUS

OBJETIVO	META	INDICADOR
Criar setor específico na área de Educação em Saúde.	Avançar na implantação de uma Política Municipal de Educação Permanente em Saúde	Política articulada, implantada e efetivada.
Articular a promoção e a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à Política de Educação Permanente, no âmbito da gestão municipal.	Capacitar e desenvolver recursos humanos, através de articulação pelo Núcleo de Educação em Saúde.	Processos de capacitação desenvolvidos segundo a Política de Educação Permanente.
Viabilizar a participação do representante do NEP – Núcleo de Educação Permanente - do município de Rio Claro nos espaços de planejamento e pactuação regional.	Participar das reuniões de Câmara Técnica, Colegiado e CIES.	Participação efetivada
Promover a integração e o aperfeiçoamento das ações de educação permanente em saúde da região de saúde com o apoio e coordenação das comissões de integração ensino-serviço (CIES).	Participar das reuniões do CIES.	Número de participações.
Articular nos espaços garantidos pelas esferas de governo (DRS X e CIES), a qualificação para gestores em planejamento, implantação e	Garantir participação dos gestores em cursos, oficinas, treinamentos, encontros e especializações norteados pela política de	No. de gestores qualificados/No. de unidades de saúde.

avaliação das práticas humanizadas e de educação permanente nos serviços e unidades de saúde .	educação permanente em caráter contínuo.	
Estimular a integração, cultura do diálogo e cooperação entre os equipamentos de saúde, considerando a integralidade da linha de cuidado e do trabalho em rede.	Instrumentalizar 20 (vinte) profissionais da rede para atuarem como agentes do Núcleo de Educação em Saúde, articulando as políticas de Humanização e Educação Permanente.	No. de profissionais da rede instrumentalizados como agentes do Núcleo de Educação em Saúde.
Estimular a criação, fortalecimento e integração de práticas e planos de gestão e atenção humanizadas e educação permanente considerando áreas temáticas apontadas pela RRAS.	Desenvolver reuniões permanentes com a rede de saúde, para planejar, monitorar e avaliar as ações segundo as políticas de Humanização e Educação Permanente , considerando as áreas temáticas da RRAS.	Reuniões planejadas/realizadas.

EIXO VI – FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E DO CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO SUS

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 ao fortalecimento e qualificação do processo de mobilização e controle social.

O Conselho de Saúde é um órgão colegiado, em caráter permanente e deliberativo, atuando 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.

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 8142/1990. O município de Rio Claro realizou a XI Conferência Municipal de Saúde, com o tema “SUS - Uma Construção Coletiva”, em 29 e 30/11/2013.

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, devendo atuar como ferramenta de gestão. O município vem desenvolvendo ações de Ouvidoria, com registro de denúncias, reclamações e solicitações dos cidadãos, tendo prioridade a qualificação e implementação deste canal de manifestação de usuários do SUS.

EIXO VI – FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E DO CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO SUS**DIRETRIZ VI. 1 – FORTALECER A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E DO CONTROLE SOCIAL**

OBJETIVO	META	INDICADOR
Assegurar as condições materiais, técnicas e administrativas para o funcionamento do CMS.	Aperfeiçoar as condições para atender às necessidades de trabalho do CMS. Promover as reuniões previstas e deliberadas pelo Pleno do CMS.	Especificação de condições programadas x efetuadas. Nº. de reuniões realizadas/previstas.
Organizar e prover as condições necessárias para a realização de Conferência Municipal de Saúde.	Realizar Conferência Municipal de Saúde.	Conferência Realizada.
Desenvolver processo de formação de conselheiros municipais.	Estimular a participação dos conselheiros nos processos de qualificação.	Nº. de conselheiros qualificados. Processos de Formação desenvolvidos.
Promover ações de informação e conhecimento do SUS, junto à população, com vistas ao fortalecimento da participação social.	Apoiar as Unidades de Saúde da Atenção Básica nas ações de divulgação do SUS. Disponibilizar materiais informativos às Equipes.	Número de unidades realizando ações de divulgação do SUS. Materiais disponibilizados.
Implementar Conselho Gestor nas unidades de saúde	100% das Unidades de Saúde da Atenção Básica com Conselhos Gestores implantados e ativos.	Número de Unidades com Conselho Gestor implantado.

<p>Estimular e apoiar processos de mobilização social e de educação popular em saúde.</p>	<p>Elaborar material informativo sobre mobilização e controle social.</p> <p>Promover e participar de processos de mobilização social e de educação popular em saúde.</p>	<p>Material informativo elaborado.</p> <p>Processos promovidos e realizados.</p>
<p>Aperfeiçoar o sistema de ouvidoria no SUS.</p>	<p>Adequar espaço físico, para acomodação de imobiliário doado pelo MS e melhorar as condições de atendimento ao cidadão.</p> <p>Implementar a integração junto ao Departamento de Ouvidoria Geral do SUS – OuvidorSUS,</p> <p>Promover a participação da equipe de Ouvidoria, em Congressos, Seminários e Cursos.</p> <p>Realizar visitas técnicas domiciliares e fortalecer a Ouvidoria Itinerante.</p> <p>Implantar o Sistema 0800</p>	<p>Espaço adequado</p> <p>Sistema Ouvidor SUS alimentado/atualizado</p> <p>Nº de participações</p> <p>Nº de visitas</p> <p>Serviço implantado</p>

VIABILIDADE – VINCULAÇÃO COM O PLANO PLURIANUAL – PPA

A viabilidade financeiro-orçamentária do Plano Municipal de Saúde está prevista nos programas do Plano Plurianual - PPA 2014 – 2017.

A apreciação da viabilidade da execução das diretrizes do Plano Municipal de Saúde 2014 -2017 deverá ser realizada durante todo o processo de implementação do plano.

EIXO	PROGRAMAS PPA 2014 - 2017
Eixo I – Aperfeiçoamento e qualificação do acesso aos serviços e ações de saúde.	Programa 1004 – Assistência Básica com Qualidade de Vida Programa 1006 – Reorganização do Modelo de Atenção Básica Programa 1008 – Suporte do SUS às Ações de MAC - Ambulatorial e Hospitalar Programa 1019 – Assist. Farmacêutica Básica
Eixo II – Desenvolvimento de serviços e ações de saúde para segmentos da população mais vulneráveis, com necessidades específicas e riscos à saúde prioritários	Programa 1004 – Assistência Básica com Qualidade de Vida Programa 1006 – Reorganização do Modelo de Atenção Básica Programa 1008 – Suporte do SUS às Ações de MAC - Ambulatorial e Hospitalar
Eixo III – Vigilância em Saúde	Programa 1011 – Vigilância Sempre Alerta (DST/AIDS/CCZ/VE) Programa 1016 – Vigilância Sempre Alerta (VISA)
Eixo IV – Fortalecimento da Gestão Municipal SUS	Programa 1001 – Gerenciamento do Sistema de Saúde Programa 1002 – Incentivos à Gestão do SUS Programa 1003 – Subvenções Sociais Programa 1020 – Investimentos na Rede de Serviços do SUS
Eixo V – Gestão da Educação e do Trabalho no SUS	Programa 1001 – Gerenciamento do Sistema de Saúde Programa 1002 – Incentivos à Gestão do SUS
Eixo VI – Fortalecimento da participação da Comunidade e do Controle Social na Gestão do SUS.	Programa 1022 – Conselho Municipal de Saúde

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

A metodologia e o instrumental de monitoramento e avaliação têm como foco os instrumentos que oferecem consistência ao processo de planejamento do SUS, estabelecidos pela Portaria No 3.085/2006 e definidos pela Portaria No. 3.332/2006:

Plano Municipal de Saúde – PMS, que marca as intenções e os resultados a serem alcançados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas;

Programação Anual de Saúde – PAS, que operacionaliza as intenções descritas no Plano de Saúde;

Relatório Anual de Gestão – RAG, que registra os resultados alcançados com a execução da PAS e norteia eventual redirecionamento.

O monitoramento e avaliação são instrumentos estratégicos de gestão. As ações deverão monitorar e avaliar o processo de formulação e do conteúdo, 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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017 foi elaborado através de processo articulado e integrado, iniciado em Setembro/2013. O referencial teórico adotado permitiu flexibilidade metodológica proporcionando o desenvolvimento de forma ordenada e sistemática.

Enfatizamos a importância do debate e monitoramento do Plano, com realização de ajustes anuais, assegurando sua função de instrumento de gestão e de referência para a atuação da Secretaria/Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro, no período de 04 (quatro) anos e o contínuo aperfeiçoamento e concretização do SUS.