

Prefeitura Municipal de Rio Claro
Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO / SP

2026 - 2029

Rio Claro / SP
2025



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO DO
BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO



SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO SÃO TODOS

PREFEITURA DE
Rio CLARO
AMOR PELA CIDADE



Plano municipal de saúde Rio Claro/SP 2026-2029 [recurso eletrônico] / Prefeitura Municipal de Rio Claro, Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro. – Rio Claro : Prefeitura Municipal, 2025.
258 p. : il., grafs., tabs.

Inclui bibliografia

1. Saúde pública - Administração. 2. Saúde - Planejamento. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). 4. Plano municipal. 5. Rio Claro (SP). I. Rio Claro (SP). II. Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro. III. Título.

CDD 614

Ficha catalográfica elaborada pela STATI - Biblioteca da UNESP
Câmpus de Rio Claro/SP - Márcia Correa Bueno Degasperí – CRB: 8/5694

GUSTAVO RAMOS PERISSINOTTO

Prefeito Municipal

MARIA DO CARMO GUILHERME

Vice-Prefeita Municipal

MARCO AURÉLIO MESTRINEL

Presidente da FMSRC

Coordenação da Comissão de Elaboração do Plano Municipal de Saúde 2026-2029

Alcione Alves Oliveira Buzo.

Diretora do Departamento de Gestão do SUS.

Elaboração

Comissão de Elaboração do Plano Municipal de Saúde 2026-2029 (Portaria FMSRC nº 7692/2025 de 24 de janeiro de 2025 que dispõe sobre a criação da COMISSÃO DE ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026-2029 (COMPLAN 2026-2029), designa membros para compor a COMPLAN 2026-2029 e dá outras providências).

Revisão

Departamento de Gestão do SUS.

Colaboração

Diretores, Assessores, Chefe de Gabinete, Chefes de Divisão e Chefes de Seção de todas as áreas da FMSRC.

Equipe do CEREST pela elaboração especial do documento sobre o Perfil de Saúde do Trabalhador do município de Rio Claro e de sua área de abrangência (texto adaptado e incorporado ao Plano Municipal de Saúde).

Equipe do SEPA pela elaboração especial de subcapítulo relacionado ao HIV/AIDS (texto adaptado e incorporado ao Plano Municipal de Saúde).

Equipe da Divisão de Desenvolvimento Profissional pela colaboração especial na finalização da edição do Plano.

Vigilância Epidemiológica pela colaboração especial no fornecimento de dados e análises em relação aos diversos capítulos e temas do Plano Municipal de Saúde.

Organização/Redação

Edison Rodrigues Filho (Coordenador da Unidade de Controle Interno).

Marta Teresa Gueldini Linardi Bianchi (Chefe de Divisão de Desenvolvimento Profissional)

Tiago Henrique Caetano (Chefe de Divisão de Programas e Sistemas de Informações de Saúde).

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	7
LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS	9
MENSAGEM DO PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE - RIO CLARO	17
MENSAGEM DO PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	18
IDENTIDADE ORGANIZACIONAL DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE	21
ESTRUTURA E DESENVOLVIMENTO DO PLANO	24
1. MUNICÍPIO DE RIO CLARO – ANÁLISE SITUACIONAL	26
1.1 Aspectos Geográficos, Demográficos e Socioeconômicos	26
1.1.1 Aspectos Educacionais	34
1.1.2 Aspectos Sociais e Econômicos	36
1.1.2.1 IPDM – Índice Paulista de Desenvolvimento Municipal	37
1.1.2.2 Renda, Emprego e Economia	38
1.1.2.2.1 Cadastro Único do Governo Federal	41
1.1.2.3 Infraestrutura Urbana	45
1.2 Perfil Epidemiológico	47
1.2.1 Perfil da Natalidade	47
1.2.1.1 Características da gravidez e do parto no município	49
1.2.2 Expectativa de Vida ao Nascer	51
1.2.3 Perfil da População Trabalhadora	52
1.2.4 Perfil da Morbimortalidade	53
1.2.4.1 Mortalidade Geral	54
1.2.4.1.1 Mortalidade por sexo e idade	61
1.2.4.1.2 Mortalidade por causa e cor/raça	76
1.2.4.1.3 Mortalidade por acidentes e violências	78
1.2.4.1.4 DCNT	83
1.2.4.1.4.1 Neoplasias	85
1.2.4.2 Acidentes de trabalho fatais	94
1.2.4.3 Mortalidade Infantil	100
1.2.4.4 Mortalidade Feminina	104
1.2.5 Morbidade	108
1.2.5.1 Morbidade Hospitalar	108
1.2.5.2 Por sexo e faixa etária	112
1.2.5.3 Por cor/raça	118
1.2.5.4 ICSAP no SUS	122
1.2.6 Doenças Endêmicas, Epidêmicas e Fatores de Risco	125
1.2.6.1 Doenças associadas a vetores	126
A) Arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya, Febre Amarela)	126

1. Dengue	126
2. Zika Vírus	132
3. Febre Chikungunya	133
4. Febre Amarela	134
B) Leptospirose	135
C) Leishmanioses	137
 1.2.6.2 Doenças Transmissíveis	139
A) Tuberculose	139
B) HIV/Aids	141
i. Eliminação da Transmissão Vertical	143
ii. Vinculação e manutenção	144
iii. Estratégias de prevenção	148
C) Sífilis	149
D) Hepatites Virais	151
E) Meningites	156
F) Hanseníase	156
G) Raiva Animal	157
 1.2.6.3 Comentários finais	159
 1.3 Gestão do SUS	159
1.3.1. Estrutura do Sistema de Saúde em Rio Claro/SP	159
A. Atenção Básica / Atenção Primária em Saúde	162
1. Programa Mais Médicos	172
2. Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (e-Multi)	174
B. Rede de Saúde Bucal	176
C. Atenção Secundária/Especializada	178
1. SEPA (DST / AIDS / Hepatites Virais)	183
2. Serviço de Atenção Domiciliar – SAD – Programa “Melhor em Casa”	183
3. AME – RC (gestão estadual)	184
D. Atenção Secundária/Saúde Mental	185
E. Atenção Secundária/Reabilitação	190
F. Urgência e Emergência – APH Fixo e Móvel	192
G. Atenção Terciária/Hospitalar	198
1. Santa Casa de Rio Claro	200
2. Hospital Santa Filomena	203
3. Bezerra de Menezes	203
H. Laboratório Municipal de Análises Clínicas	204
1. Laboratório Municipal	205
2. Laboratório Credenciado via CISMETRO	205
3. Produção de Exames laboratoriais no Município	205
I. Vigilância em Saúde	206
1. Vigilância Epidemiológica (VE)	208
a) Imunização	209
2. Vigilância Sanitária (VISA)	212
3. Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) – CEREST	214
4. Centro de Controle de Zoonoses (CCZ)	220
1.3.2. Produção Hospitalar	222
1.3.3. Produção Ambulatorial	231
1.3.4. Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISMETRO)	237
1.3.5. Gestão do Trabalho e Educação na Saúde	238
1.3.5.1. Breve Histórico e a atual estrutura funcional da FMSRC	240
1.3.5.2. Residência Médica e Integração Ensino-Serviço	244
1.4. Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)	245

2. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES 254

2.1 Diretriz 1	255
2.2 Diretriz 2	258
2.3 Diretriz 3	260
2.4 Diretriz 4	262
2.5 Diretriz 5	264

3. COMPATIBILIZAÇÃO COM O PPA 265

A. Breve Diagnóstico	266
----------------------------	-----

4. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO 267

5. CONCLUSÕES 269

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 272

7. ANEXOS 285

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMEMT	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental
APAC	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
APS	Atenção Primária em Saúde
ARV	Antirretroviral
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CCZ	Centro de Controle de Zoonoses
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS/CADSUS	Cartão Nac. de Saúde/Cadastro Nac. de Usuários do SUS
CRATOD	Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas
COAPES	Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DNCI	Doenças de Notificação Compulsória Imediata
DO	Declaração de Óbito
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
FMSRC	Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro
LER/DORT	Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
LTS	Licença para Tratamento de Saúde
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEC	Informação, Educação e Comunicação em saúde
IPRC	Instituto de Previdência do Município de Rio Claro
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
NR	Norma Regulamentadora
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAIR	Perda Auditiva Induzida por Ruído
PAREPS	Plano de Ações Regionais para Educação Permanente em Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde 9
PCCV	Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PVHIV	Pessoa vivendo com HIV
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNSTT	Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
POP	Procedimento Operacional Padrão
PREVINE BRASIL	Novo Programa de Financiamento instituído pelo MS
RAAT	Relatório de Atendimento ao Acidente de Trabalho
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
RENAST	Rede Nacional de Saúde do Trabalhador
RUE	Rede de Urgência e Emergência

SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados Estatísticos
SEPA	Serviço Especializado em Prevenção e Assistência para DST/AIDS/Hepatites Virais
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIA SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SINAN	Sistema de Informações de Agravos Notificáveis
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISPACTO	Processo de Pactuação Interfederativa de Indicadores
SISCAM	Sistema de Informações sobre o Câncer da Mulher
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
UVZ	Unidade de Vigilância de Zoonoses

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

FIGURAS

Figura 01 – Mapa da Região de Saúde de Rio Claro.	27
Figura 02 – Localização dos distritos de Rio Claro no perímetro de Rio Claro – SP.	28
Figura 03 – Sorotipos da Dengue identificados e mapeados no Estado de São Paulo em 2025.	130
Figura 04 – Renda Média em Salários Mínimos no município de Rio Claro/SP.	169
Figura 05 – Crescimento Populacional no município de Rio Claro/SP (entre 1997-2000) Dados do Plano Diretor do município.	170
Figura 06 – Mapa dos serviços de saúde no município de Rio Claro/SP.	171
Figura 07 – Municípios da área de abrangência do CEREST Regional Rio Claro e CEREST Regional Piracicaba.	216

QUADROS

Quadro 01 – Esquema vacinal contra febre amarela recomendado no estado de São Paulo na rotina.	135
---	------------

GRÁFICOS

Gráfico 01 – Crescimento Populacional - Rio Claro/SP - 1970 a 2022.	29
Gráfico 02 – Crescimento Populacional - Rio Claro/SP - Por sexo e por ano – Censo do IBGE de 2000, 2010 e 2022.	30
Gráfico 03 – Identificação étnico-racial Populacional - Rio Claro/SP – Censo do IBGE de 2022.	30
Gráfico 04 – Pirâmide Etária por sexo- Rio Claro/SP – Censo do IBGE de 2000.	31
Gráfico 05 – Pirâmide Etária por sexo - Rio Claro/SP – Censo do IBGE de 2022.	32
Gráfico 06 – Pirâmide Etária - Rio Claro/SP – Censo do IBGE de 2000 X Censo IBGE 2022	32
Gráfico 07 – Proporção da População com 60 Anos e mais (Em %) - 1980-2021.	33
Gráfico 08 – Quantidade de família em situação de rua cadastradas no CadÚnico	42

Gráfico 09 – Quantidade de família de catadores de material reciclável cadastradas no CadÚnico	43
Gráfico 10 – Nascidos Vivos de Mãe Residentes em Rio Claro - 2020 a 2024.	47
Gráfico 11 – Série Histórica de Nascidos Vivos de Mãe Residentes em Rio Claro - 2014 a 2023.	47
Gráfico 12 – Nascidos Vivos de Mãe Residentes em Rio Claro Por sexo - 2020 a 2024.	48
Gráfico 13 – Esperança de Vida ao nascer no Estado de São Paulo e em Rio Claro (estimativa) - 2019 a 2022.	52
Gráfico 14 – Pirâmide Etária por faixa etária e sexo da população trabalhadora de Rio Claro (2022).	53
Gráfico 15 – Número de óbitos gerais em Rio Claro (números absolutos) - 2019 a 2023.	54
Gráfico 16 – Coeficiente Geral de Mortalidade (CGM) em Rio Claro - 2019 a 2023.	55
Gráfico 17 – Número de óbitos por ano e por Capítulo CID-10 em Rio Claro - 2019 a 2023.	58
Gráfico 18 – % de participação da causa de mortalidade (Capítulo CID-10) no período de 2019-2023 em Rio Claro.	59
Gráfico 19 – Óbitos de munícipes residentes de Rio Claro por faixa etária, por ano, no período de 2019-2023 em Rio Claro.	62
Gráfico 20 – Óbitos de munícipes residentes de Rio Claro por faixa etária, por sexo, considerando o total de óbitos no período de 2019-2023 em Rio Claro.	63
Gráfico 21 – Óbitos de munícipes residentes de Rio Claro por sexo e por Capítulo de CID 10, considerando o total de óbitos no período de 2019-2023 em Rio Claro. Exclusivamente do sexo feminino.	72
Gráfico 22 – Óbitos de munícipes residentes de Rio Claro por sexo e por Capítulo de CID 10, considerando o total de óbitos no período de 2019-2023 em Rio Claro. Exclusivamente do sexo masculino.	73
Gráfico 23 – (%) Percentual de Óbitos por “causas externas” (agressões, suicídios, acidentes de Transporte, Afogamentos, Quedas, Fogo e chamas e demais causas externas), no município de Rio Claro (2019-2023).	80
Gráfico 24 – Despesa Previdenciária - Pensão por morte por acidente do trabalho (B93) ** (2012-2024).	99
Gráfico 25 – Taxa de Mortalidade Infantil de Rio Claro/SP de 2010 a 2023.	101
Gráfico 26 – Taxa de Mortalidade Infantil, no Brasil, no Estado de São Paulo e no município de Rio Claro/SP no período de 2019 a 2023.	102
Gráfico 27 – Óbitos infantis totais e óbitos infantis evitáveis no município de Rio Claro/SP no período de 2019 a 2023.	103

Gráfico 28 – Série histórica da mortalidade materna no município de Rio Claro/SP no período de 2016 a 2023.	106
Gráfico 29 – Óbitos de mulheres em idade fértil (MIF), óbitos maternos (MM) e óbitos maternos tardios, por faixa etária da mulher da cidade de Rio Claro/SP (2019-2023).	107
Gráfico 30 – Internações residentes em Rio Claro por Capítulo CID 10 (série histórica de Internações – 2020 a 2024).	111
Gráfico 31 – Internações residentes em Rio Claro por sexo e por ano de internações no período de 2020 a 2024.	112
Gráfico 32 – Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (série histórica de 2000 a 2022).	124
Gráfico 33 – Evolução da adesão à TARV por ano (2019-2024) no município de Rio Claro.	146
Gráfico 34 – Comparação entre mortalidade por AIDS e adesão à TARV (2019-2024).	147
Gráfico 35 – Casos de Hepatites (HVA, HVB, HVC e outras hepatites e forma ignorada, considerando o período de 2015-2024 no município de Rio Claro.	154
Gráfico 36 – Número de notificações de animais agressores, de animais contactantes e de amostras enviadas ao Instituto Pasteur por ano de notificação e de envio das amostras ao IP, no município de Rio Claro (2018-2020).	158
Gráfico 37 – Evolução da Cobertura da Atenção Básica no município de Rio Claro (2021-2025).	163
Gráfico 38 – Evolução das Equipes de Saúde Bucal no município de Rio Claro (2016-2024).	177
Gráfico 39 – Quantidade de consultas ofertadas no Centro de Especialidades e Apoio Diagnóstico (CEAD) por ano.	180
Gráfico 40 – Atendimento das unidades de saúde mental (CAPS e EMAESM) durante os anos de 2021 a 2024.	188
Gráfico 41 – Quantidade de atendimentos (números absolutos) nos CAPS, considerando todo o período de 2021 a 2024.	189
Gráfico 42 – Número de exames laboratoriais realizados no município por ano, considerando a quantidade total de exames laboratoriais (Laboratório próprio e Laboratório credenciado).	206
Gráfico 43 – Série histórica de notificações de DART's no município de Rio Claro – SINAN Net – período de 2021 a 2024.	217
Gráfico 44 – Total de Notificações de DART's por CNAE no município de Rio Claro. Período: 2021 a 2024.	218
Gráfico 45 – Total de Notificações de DART's por CBO no município de Rio Claro. Período: 2021 a 2024.	219
Gráfico 46 – Total de Internações hospitalares no município de Rio Claro (gestão municipal, excluindo o hospital de gestão estadual) (2019-2024).	223
Gráfico 47 – Média de Internações hospitalares mensais no município de Rio Claro (gestão municipal, excluindo o hospital de gestão estadual) (2019-2024).	224

Gráfico 48 – Total de Internações hospitalares por ano e por especialidade, no município de Rio Claro (gestão municipal, excluindo o hospital de gestão estadual) (2019-2024).	225
Gráfico 49 – Total de Internações hospitalares por ano e por caráter do atendimento, no município de Rio Claro (gestão municipal, excluindo o hospital de gestão estadual) (2019-2024).	226
Gráfico 50 – Total de Internações hospitalares por ano e por complexidade do procedimento, no município de Rio Claro (gestão municipal, excluindo o hospital de gestão estadual) (2019-2024).	228

TABELAS

Tabela 01 – Habitantes e percentual da população do município em relação à população total da microrregião. Municípios da Microrregião de Rio Claro.	27
Tabela 02 – Número de estudantes da Educação Básica e do Ensino Médio.	35
Tabela 03 – Pessoas com mais de 18 anos por nível de instrução.	35
Tabela 04 – IPDM Indicador Longevidade.	37
Tabela 05 – IPDM, Indicador Riqueza, Indicador Longevidade e Indicador Escolaridade	38
Tabela 06 – Participação dos Empregos Formais das áreas (setores econômicos) no Total de Empregos Formais (Em Número absoluto e %) – 2022.	39
Tabela 07 – Porcentagem de Ocupação dos Trabalhadores de forma detalhada no município de Rio Claro (Em %) – 2022.	40
Tabela 08 – Estabelecimentos registrados na Receita Federal do Brasil (RFB) (2024) no município de Rio Claro (Em Quantidade de estabelecimentos e %) – 2022.	40
Tabela 09 – Público do CadÚnico relacionado à condicionalidade saúde.	44
Tabela 10 – Principal forma de abastecimento de água.	45
Tabela 11 – Esgotamento sanitário.	46
Tabela 12 – Destino dos resíduos sólidos.	46
Tabela 13 – Número de consultas de pré-natal de mãe de nascidos vivos por ano de nascimento.	49
Tabela 14 – Idade da mãe de nascidos vivos por faixa etária e ano do nascimento. Rio Claro (2021-2024).	50
Tabela 15 – Tipo de parto realizado por ano (em números absolutos e %) de 2020 a 2024.	50
Tabela 16 – Número de óbitos segundo causa Capítulo CID 10. Rio Claro (2019-2023).	56
Tabela 17 – Escore dos óbitos segundo causa Capítulo CID 10. Rio Claro (2019-2023).	57
Tabela 18 – Percentual de participação de causa de óbito relacionado ao Capítulo CID-10 no município de Rio Claro no período de 2019-2023.	60
Tabela 19 – Óbitos de munícipes residentes de Rio Claro por faixa etária, por Capítulo CID 10, considerando o total de óbitos no período de 2019-2023 em Rio Claro.	64
Tabela 20 – Escore dos óbitos segundo causa Capítulo CID 10, por faixa etária e ordem de causa básica. Rio Claro (2019-2023).	68

Tabela 21 – Óbitos de munícipes residentes de Rio Claro por faixa etária exclusivamente do sexo FEMININO, por Capítulo CID 10, considerando o total de óbitos no período de 2019-2023 em Rio Claro.	70
Tabela 22 – Óbitos de munícipes residentes de Rio Claro por faixa etária exclusivamente do sexo MASCULINO, por Capítulo CID 10, considerando o total de óbitos no período de 2019-2023 em Rio Claro.	71
Tabela 23 – Óbitos de munícipes residentes de Rio Claro por Capítulo CID 10 e Cor/Raça, considerando o total de óbitos no período de 2019-2023 em Rio Claro/SP.	77
Tabela 24 – Óbitos por “causas externas” (agressões, suicídios, acidentes de transporte, Afogamentos, Quedas, Fogo e chamas e demais causas externas) e por ano de óbito (números absolutos), no município de Rio Claro (2019-2023).	79
Tabela 25 – Óbitos por subgrupos de “causas externas” por ano (números absolutos), no município de Rio Claro (2019-2023).	81
Tabela 26 – Óbitos por Categoria CID 10 (Neoplasias – Tumores), no período de 2019 a 2023 na cidade de Rio Claro.	86
Tabela 27 – Taxa de Mortalidade (Coeficiente de Mortalidade) por CID 10 (neoplasia) Ano do Óbito: 2022 e 2023, Município de Rio Claro. População considerada: 201.418 habitantes.	88
Tabela 28 – Taxa de Mortalidade (Coeficiente de Mortalidade) por CID 10 (neoplasia) Ano do Óbito: 2022 e 2023, do Município de Rio Claro e da DRS X. Compara as Taxas de mortalidades, de forma positiva ou negativa. Positiva se a Taxa de mortalidade de Rio Claro é menor, e negativa, se a taxa de mortalidade é maior.	89
Tabela 29 – Quantidade de Óbitos (números absolutos) por (Neoplasias – Tumores), no período de 2019 a 2023, separado por sexo e por ano, na cidade de Rio Claro.	90
Tabela 30 – Óbitos por Categoria CID 10 (Neoplasias – Tumores), 6 (seis) principais por números absolutos de óbitos, em ordem decrescente, no período de 2019 a 2023, separado por sexo, na cidade de Rio Claro.	91
Tabela 31 – Óbitos por Categoria CID 10 (Neoplasias – Tumores) com a respectiva localização, 10 (dez) principais por números absolutos de óbitos, em ordem decrescente, no período de 2019 a 2023, separado por raça/cor, na cidade de Rio Claro.	92
Tabela 32 – Óbitos por causas externas e Acidente de Trabalho (AT) no município de Rio Claro no período de 2017 a 2024, totalizado por quadriênio.	95
Tabela 33 – Óbitos por causas externas e Acidente de Trabalho (AT) no município de Rio Claro por ocupação/grupo e ano do óbito ocorrido, no período de 2017 a 2024.	96
Tabela 34 – Óbitos por causas externas e Acidente de Trabalho (AT) no município de Rio Claro por causa básica/grupo da CID-10 e ano do óbito ocorrido, no período de 2017 a 2024.	97
Tabela 35 – Óbitos de menores de um ano e Taxa de Mortalidade Infantil de Rio Claro/SP de 2020 a 2024*.	100
Tabela 36 – Óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) e óbitos maternos (MM) por ano do óbito de Rio Claro/SP (2019-2023).	105
Tabela 37 – Óbitos de mulheres em idade fértil (MIF), óbitos maternos (MM) e óbitos maternos tardios, por faixa etária da mulher da cidade de Rio Claro/SP (2019-2023).	107
Tabela 38 – Internações residentes em Rio Claro por Capítulo CID 10 e ano de Internação– 2020 a 2024.	109
Tabela 39 – Internações residentes em Rio Claro por Capítulo CID 10 por ordem de classificação (quantidade de internações) – período de 2020 a 2024 (somada a quantidade total de internações).	111

Tabela 40 – Internações por Categoria CID 10, 6 (seis) principais por números absolutos de internações, em ordem decrescente, no período de 2020 a 2024, separado por sexo, na cidade de Rio Claro.	113
Tabela 41 – Internações hospitalares por faixa etária no município de Rio Claro– números absolutos de internações (2019 a 2024).	115
Tabela 42 – Causas de Internações de residentes em Rio Claro por Capítulo CID 10 e faixa etária – números absolutos de internações (2024).	116
Tabela 43 – Internações hospitalares por Raça/Cor no município de Rio Claro – números absolutos de internações (2023).	119
Tabela 44 – Causas de Internações de residentes em Rio Claro por Capítulo CID 10 e Raça/Cor – números absolutos de internações (2023) – 8 (oito) principais causas de internações e percentual do total de internações.	120
Tabela 45 – Internações de Causas Sensíveis à Atenção Básica de residentes em Rio Claro – Quantidade total de Internações por CSAB em relação ao total de internações e o percentual por ano por CSAB (2019 a 2024).	123
Tabela 46 – Notificações de Dengue registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Casos Prováveis por ano de notificação e evolução no município de Rio Claro (2015-2024) (incluindo registros notificados), com população utilizada e a taxa de incidência da Dengue.	127
Tabela 47 – Sorotipos da Dengue identificados e mapeados no município de Rio Claro no respectivo ano.	128
Tabela 48 – Número de casos notificados de Dengue, número de casos de Dengue com sinais de alarme, Dengue Grave, Óbitos no município de Rio Claro/SP, a taxa de letalidade respectiva e a quantidade de óbitos no Brasil no respectivo ano.	131
Tabela 49 – Notificações de Zika Vírus registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Casos Prováveis por ano de notificação e evolução no município de Rio Claro (2019-2024) (incluindo registros notificados).	133
Tabela 50 – Notificações de Febre Chikungunya registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Casos Prováveis por ano de notificação e evolução no município de Rio Claro (2020-2024) (incluindo registros notificados).	133
Tabela 51 – Notificações de Leptospirose registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Casos confirmados por ano de notificação e evolução no município de Rio Claro (2020-2024) (incluindo registros notificados).	136
Tabela 52 – Notificações de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Casos confirmados por ano de notificação no município de Rio Claro (2020-2024) (incluindo registros notificados).	138
Tabela 53 – Dados de Tuberculose: quantidade de cura, abandono, óbitos pelo agravo, Transferência, TB-DR e Mudança no Esquema, no município de Rio Claro, no período de 2019 a 2023.	140
Tabela 54 – Número de Pessoas vivendo com o HIV (PVHIV) e número de Pessoas vivendo com AIDS/HIV (PVAH) vinculadas (pelo menos uma dispensa, CD4 ou carga viral), por ano e sexo, no município de Rio Claro (2015-2024).	142
Tabela 55 – Quantidade de óbitos por causa básica de AIDS e o coeficiente de mortalidade bruto por AIDS (por 100.000 hab.), por ano do óbito, no município de Rio Claro (2019-2024).	143
Tabela 56 – Quantidade de gestantes infectadas pelo HIV (casos e taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos) por ano do parto, no município de Rio Claro (2019-2024).	144
Tabela 57 – Situação (Status) da Terapia Antirretroviral de PVHIV com o número de pessoas por status e a quantidade ao final de cada ano, inclui a Adesão e a Perda de Seguimento de TARV por ano e quantidade de pessoas, no município de Rio Claro (2019-2024).	145

Tabela 58 – Situação (Status) da Terapia Antirretroviral de PVHIV com o percentual de pessoas por status e a quantidade ao final de cada ano, inclui a Adesão e a Perda de Seguimento de TARV por ano e quantidade de pessoas, no município de Rio Claro (2019-2024).	146
Tabela 59 – Quantidade de casos de sífilis adquirida por sexo e por ano de diagnóstico. Rio Claro (2019-2023).	150
Tabela 60 – Casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico. Rio Claro (2019-2023).	150
Tabela 61 – Distribuição de casos de gestantes com sífilis segundo a idade gestacional por ano do diagnóstico. Rio Claro (2019-2023).	151
Tabela 62 – Casos de Hepatites (HVA, HVB, HVC e outras hepatites por ano de notificação. Rio Claro (2020-2024).	154
Tabela 63 – Casos de Meningite com a respectiva evolução dos casos e o ano do 1º sintoma por ano de notificação. Rio Claro (2019-2023).	155
Tabela 64 – Casos e taxa de incidência (por 10 mil hab.) de hanseníase por ano de diagnóstico. Rio Claro, 2019-2023.	157
Tabela 65 – Casos de animais agressões, contactantes e amostras enviadas por ano, em Rio Claro, no período de 2018-2024.	158
Tabela 66 – Quantidade de estabelecimentos cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES no município de Rio Claro (competência dezembro de 2024), por tipo e esfera jurídica do estabelecimento.	160
Tabela 67 – Relação de UBS (USF) com ESF e número de EqSF implantada na respectiva unidade de saúde.	164
Tabela 68 – Quantidade de microáreas por UBS (USF) com ESF e número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por EqSF implantada na respectiva unidade de saúde.	166
Tabela 69 – Unidades de Saúde da Família (UBS com estratégia de saúde da família) aprovadas para a construção pelo Conselho Municipal de Saúde de Rio Claro. Porte da Unidade e localização das mesmas.	168
Tabela 70 – Unidades de Saúde da Família com designação de profissionais do Programa “Mais Médicos”.	173
Tabela 71 – Tipo de equipe e-Multi, Unidades de Saúde vinculadas e especialidades da equipe e-Multi relacionada no município de Rio Claro.	175
Tabela 72 – CBO - Especialidades médicas e serviços de apoio diagnóstico próprios no CEAD (Centro de Especialidades e Apoio Diagnóstico).	181
Tabela 73 – Serviços contratados pela FMSRC de apoio diagnóstico regulados pela Central de Regulação Municipal.	182
Tabela 74 – Distribuição das Unidades de Suporte Básico, Avançado e Central de Regulação Médica na Região de Saúde de Rio Claro, Quadro de distâncias e População estimada de cada município da Região de Saúde de Rio Claro.	195
Tabela 75 – Serviços Hospitalares no município de Rio Claro/SP (CNES abril/2025).	199
Tabela 76 – Leitos Hospitalares da Santa Casa de Rio Claro por especialidade (SUS e não-SUS) (CNES 2025)	201
Tabela 77 – Leitos Hospitalares da Casa de Saúde Bezerra de Menezes por especialidade (SUS e não-SUS) (CNES 2025).	204
Tabela 78 – Percentual de vacinados no nascimento, no município de Rio Claro no período de 2023 a 2025 (até maio).	210

Tabela 79 – Percentual de vacinados menores de 1 ano, no município de Rio Claro no período de 2023 a 2025 (até maio).	211
Tabela 80 – Percentual de vacinados maiores de 1 ano, no município de Rio Claro no período de 2023 a 2025 (até maio).	211
Tabela 81 – Percentual de vacinados adultos (gestantes), no município de Rio Claro no período de 2023 a 2025 (até maio).	212
Tabela 82 – Taxa de internação de média complexidade por ano, no município de Rio Claro (gestão municipal, excluindo o hospital de gestão estadual) (2019-2024).	227
Tabela 83 – Produção Hospitalar x Necessidade de internações da População da DRS X, por município e na DRS X (2024).	230
Tabela 84 – Quantidade apresentada do procedimento – consulta médica em Atenção Especializada, por profissional – CBO, por gestão e no ano de 2024.	232
Tabela 85 – Quantidade procedimentos por grupo de procedimentos e por ano no município de Rio Claro/SP (2019-2024).	233
Tabela 86 – Quantidade de consultas médicas necessárias das principais especialidades médicas da atenção especializada, por profissional – CBO, quantidade de consultas médicas realizadas e o percentual entre a quantidade necessária e a quantidade realizada, no município de Rio Claro, no ano de 2024.	235
Tabela 87 – Quantidade de Cargos/Funções ocupados na FMSRC (Assessoramento e Direção) (2025).	242
Tabela 88 – Quantidade de Cargos/Funções ocupados na FMSRC (2025).	243
Tabela 89 – Número de Casos confirmados e de óbitos de COVID-19 no município de Rio Claro no período de 2020-2024.	247
Tabela 90 – Taxa de Letalidade separado por sexo.	247
Tabela 91 – Taxa de Letalidade separado por raça/cor.	247
Tabela 92 – Taxa de Letalidade separado por faixa etária (por idade) do município de Rio Claro/SP.	249
Tabela 93 – Número de Casos acumulados, incidência de COVID 19 por 100 mil habitantes, óbitos acumulados e Taxa de mortalidade de COVID 19 por 100 mil habitantes de municípios paulistas e de Rio Claro (dados até a última SE 2024), ordenados por Taxa de mortalidade.	250
Tabela 94 – Taxa de letalidade de COVID 19 de municípios paulistas selecionados e de Rio Claro (dados até a última SE 2024), por ordem de classificação, Taxa de Letalidade do Brasil e do Estado de São Paulo.	251
Tabela 95 – Número de Casos acumulados, incidência de COVID 19 por 100 mil habitantes, óbitos acumulados e Taxa de mortalidade de COVID 19 por 100 mil habitantes do Brasil, Regiões do Brasil e o Estado de São Paulo	252
Tabela 96 – Percentual de aplicação em serviços e ações de saúde e os recursos financeiros próprios aplicados (R\$) ano a ano, no município de Rio Claro (2016-2024).	265

É com grande responsabilidade e compromisso com a gestão pública que destacamos a relevância do Plano Municipal de Saúde (PMS) como instrumento estratégico de planejamento e organização das ações e serviços de saúde em nosso território. Este documento orientador é o alicerce para a construção de políticas públicas mais eficazes, eficientes e alinhadas às reais necessidades da população.

O Plano Municipal de Saúde é fruto de um processo participativo, técnico e democrático, fundamentado em diagnósticos situacionais, indicadores epidemiológicos e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua elaboração representa o compromisso da gestão com a transparência, o controle social e a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Gostaria de ressaltar, com ênfase, que nenhuma etapa deste processo seria possível sem o protagonismo e a dedicação dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde. São eles que, diariamente, contribuem com sua expertise, sensibilidade e comprometimento para que as metas e ações definidas no plano sejam efetivamente implementadas.

Valorizamos cada profissional da rede municipal de saúde, reconhecendo sua importância na consolidação de um SUS público, universal e resolutivo. A colaboração entre equipes técnicas, gestores, conselhos de saúde e comunidade tem sido fundamental para que avancemos com responsabilidade, ética e foco na equidade.

Seguiremos firmes no propósito de garantir uma saúde mais humanizada, acessível e qualificada, com base no planejamento responsável e na atuação integrada de todos os envolvidos.

Dr. Marco Aurélio Mestrinel

PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

MENSAGEM DO PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

É com grande alegria e um forte sentimento de responsabilidade que o Conselho Municipal de Saúde de Rio Claro, em colaboração com a Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro, apresenta o Plano Municipal de Saúde (PMS) para o período de 2026 a 2029. Este plano vai além de um documento técnico; ele simboliza um passo importante na consolidação das políticas públicas de saúde em nossa cidade e reafirma o compromisso coletivo de Rio Claro com a saúde e o bem-estar de todos os seus cidadãos.

A criação deste Plano foi fruto de um processo democrático e participativo, no qual o controle social do SUS desempenhou — e continuará desempenhando — um papel fundamental. Acreditamos que um bom planejamento, construído de forma colaborativa, é essencial para garantir um sistema de saúde mais eficiente, justo e acessível.

O Conselho Municipal de Saúde, como órgão legítimo de deliberação e fiscalização, reafirma seu papel como espaço onde as vozes da comunidade se reúnem, onde as necessidades são discutidas e as prioridades são definidas, promovendo decisões transparentes e legítimas na área da saúde.

A 16ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2025, teve um papel essencial na elaboração deste Plano. Foi nesse espaço democrático que as propostas foram debatidas, as experiências trocadas e as diretrizes traçadas, reforçando a participação popular como motor das políticas públicas de saúde. Nosso agradecimento a todos que participaram e contribuíram com suas ideias e tempo refletindo as verdadeiras necessidades da nossa população.

Este Plano Municipal de Saúde serve como guia para construirmos um futuro mais saudável em Rio Claro. Ele direcionará as ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de doenças e garantia de acesso a serviços de qualidade para todos. O Conselho Municipal de Saúde continuará vigilante e atuante durante sua execução, garantindo que as metas estabelecidas se convertam em melhorias reais na vida da população.

Convidamos cada cidadão e cidadã de Rio Claro a conhecer este Plano, acompanhar sua implementação e se engajar cada vez mais na construção de um SUS forte, universal e resolutivo em nosso município. Contamos com o apoio e participação de todos vocês para tornar realidade as ações propostas. Juntos, faremos de Rio Claro uma referência em cuidado e atenção à saúde da sua população.

Rio Claro, julho de 2025

Prof. Dr. Américo Valdanha Netto

CREF 061389-G/SP

PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO

INTRODUÇÃO

A saúde é, acima de tudo, um direito universal e fundamental do ser humano, firmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e assegurado pela Constituição Federal de 1988.

A Constituição brasileira estabelece que a saúde é um dever do Estado. Aqui, deve-se entender Estado não apenas como o governo municipal, mas como Poder Público, abrangendo a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios. A implementação e a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) são, portanto, obrigações compartilhadas que devem trabalhar integradas às demais esferas de governo, construindo políticas setoriais e intersetoriais que garantam à população acesso universal e igualitário à saúde.



O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo

acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente os cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde (BRASIL, 2020a).

O planejamento do SUS prevê uma forma de planejamento ascendente, ou seja, do nível local ao nível central e é responsabilidade do gestor municipal desenvolver esse processo conforme a sua competência e o seu nível na respectiva esfera de governo, além de participar do mesmo processo nas demais instâncias dos outros entes.

Para a implementação efetiva do SUS exige-se cada vez mais a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos problemas de saúde de nossas comunidades e da população em geral, bem como o monitoramento dos indicadores de forma on-line ou em tempo oportuno para a definição de intervenções eficientes e eficazes. E com certeza uma dessas ferramentas é, sem dúvida alguma, o planejamento aliado à vontade política, propostas inventivas e capacidade de governo e gestão.

Assim, um processo de planejamento levado a sério não é aquele em que (geralmente uma vez ao ano ou a cada período de quatro anos) se elabora um documento (o plano) para ser apresentado e não necessariamente executado ou sequer conhecido (provavelmente engavetado). A elaboração do Plano Municipal de Saúde somente para o cumprimento de normas legais, quase como um ritual inconsciente, precisa ser abolida a partir da compreensão da potência do planejamento para a eficiência e eficácia da gestão pública.

O Planejamento do SUS não é elaborar um plano e, segundo Matus (1989): “(...) o plano é um produto momentâneo de um processo de planejamento”. O plano nunca está acabado, mas tem que estar sempre pronto para orientar a ação da equipe que planeja e executa.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é um documento necessário e deve servir como referência efetiva para o acompanhamento da execução das ações, a correção de rumos de forma oportuna e a avaliação dos resultados alcançados em relação aos objetivos propostos, provocando, assim, um verdadeiro movimento processual do planejamento e não uma estagnação.

A cultura organizacional de uma instituição não surge espontaneamente. Ela precisa ser construída e sustentada ao longo do tempo, baseada em três pilares fundamentais: MISSÃO, VISÃO e VALORES. Esses elementos formam a base que orienta as decisões, alinha as expectativas e direciona o comportamento da equipe. Sem eles, a organização opera sem um rumo claro, o que pode gerar desorganização, desmotivação e inconsistência na qualidade do atendimento à população.

Em geral, a MISSÃO, VISÃO e VALORES estabelecem a identidade e o propósito de uma organização. Sem esses pilares, é provável que seu planejamento falhe. Até porque, antes de definir qualquer estratégia, é preciso entender a “personalidade” da organização, que serve como um guia para direcionar as ações e a tomada de decisões.

Ou seja, com um alinhamento da MISSÃO, VISÃO e VALORES, fica mais fácil enxergar qual é a melhor direção segundo o propósito da instituição.

A MISSÃO, VISÃO e VALORES, que fazem parte da identidade estratégica, são os três fatores fundamentais para a elaboração de um Planejamento Estratégico e, mais do que isso, são definições importantes, pois servem como direcionadores para todas as demais decisões a serem tomadas pelos gestores no dia a dia. Elas servirão como base para definição de comportamentos e devem deixar muito claro qual o caminho a ser seguido e onde a organização pretende chegar.

A clareza dos objetivos institucionais por parte dos profissionais e o alinhamento de toda a instituição às estratégias traçadas são fatores essenciais para garantir seu sucesso.

A seguir é apresentada a identidade estratégica que traz os três pilares capazes de conectar todos da instituição em torno de algo comum. Os pilares da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro são:



▪ **MISSÃO**

“Coordenar e implementar a gestão do Sistema Único de Saúde em Rio Claro, visando garantir a ampliação do acesso em tempo oportuno, o atendimento humanizado e resolutivo no das ações de promoção, recuperação da saúde e prevenção do adoecimento. Buscar de forma permanente a qualificação da gestão local do sistema, na perspectiva de melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida da população”.

▪ **VISÃO**

“Ser reconhecida por promover ações em saúde de maneira humanizada, resolutiva, eficiente e comprometida com o bem-estar físico e mental da população”.

▪ **VALORES**

“Garantir aplicação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) - Universalidade, Integralidade, Equidade, no acesso às ações e serviços de saúde, com continuidade, responsabilidade, humanização e vínculo com o usuário”

“Garantir os princípios da Administração Pública: legalidade, impessoalidade, moralidade publicidade e eficiência dos serviços prestados à população na área de saúde”.

“Dispor de condições para a realização de ações e serviços para a atenção integral à população, por meio das unidades de saúde organizadas em redes de atenção, de forma resolutiva com gestão eficiente dos recursos”.

A Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro é uma fundação de direito público e foi criada pela Lei Municipal nº 2.720, de 23 de fevereiro de 1995. A lei municipal autorizou o Poder Executivo a criar a Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro (FMSRC), que é uma instituição pública vinculada à Prefeitura Municipal de Rio Claro como administração indireta, responsável por executar políticas de saúde no município.

A Lei Orgânica do Município estabeleceu no seu art. 241, §1º, inciso I que compete à Fundação/Secretaria Municipal de Saúde de Rio Claro o comando do Sistema Único de Saúde - SUS - no âmbito do Município de Rio Claro, em articulação com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



Em 1996, através da Lei Municipal nº 2.814, de 07 de maio de 1996 a Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro, foi denominada de **Fundação Municipal de Saúde “Rafael Raya”**.

A estrutura atual da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro está definida pela Lei Complementar nº 159 de 14 de dezembro de 2021 onde está definido o organograma da instituição e ainda define que cabe à Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro todas as atribuições da Secretaria Municipal de Saúde, para todos os efeitos legais (art. 84 da LC n. 159/2021).

A partir da edição da Portaria FMSRC n. 7692/2025 de 24 de janeiro de 2025 que dispõe sobre a criação da Comissão de Elaboração do Plano Municipal de Saúde 2026-2029 iniciaram-se os debates e diálogos internos no âmbito da Fundação Municipal de Saúde sobre como seria o desenvolvimento e a elaboração do Plano Municipal de Saúde 2026-2029.

O PMS tem uma estrutura mínima definida pela Portaria do Ministério da Saúde (Portaria GM/MS nº 2.135/2013 atualizada na Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017) sendo orientado pelas necessidades de saúde da população, considerando:

“I - Análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde:

- a) estrutura do sistema de saúde;*
- b) redes de atenção à saúde;*
- c) condições sociossanitárias;*
- d) fluxos de acesso;*
- e) recursos financeiros;*
- f) gestão do trabalho e da educação na saúde;*
- g) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão;*

II - Definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e

III - o processo de monitoramento e avaliação” (Artigo 3º, §3º da Portaria MS/GM nº 2.135/2013) (BRASIL, 2013).

A Comissão de Elaboração do Plano Municipal de Saúde 2026-2029 designada como COMPLAN revisitou os instrumentos de planejamento anteriores (Plano Municipal de Saúde 2022-2025, Relatório Anual de Gestão 2022, 2023, 2024 e o Plano Plurianual 2022-2025) e iniciou a atualização da análise situacional do município com base nos atuais indicadores e na série história dos indicadores pactuados.

O PMS 2026-2029 foi estruturado de forma a oferecer uma orientação clara para a gestão, os trabalhadores da saúde e os cidadãos. O processo de sua construção se deu com a coordenação da Diretoria de Gestão do SUS, através da COMPLAN, para a elaboração das diretrizes, dos objetivos, das metas, da revisão e a consolidação do seu conteúdo. E, transversalmente, buscou-se verificar e consolidar as diretrizes, objetivos e metas com os demais documentos oficiais (Programa de Governo do atual Prefeito/Vice-Prefeita, Relatórios das Conferências Municipais de Saúde, entre outros).

Este PMS está organizado de acordo com as diretrizes que foram pensadas com o objetivo de promover o acesso qualificado aos serviços de saúde, respeitando as especificidades do território e as demandas de saúde da população, quais sejam:

- **DIRETRIZ 1** - GARANTIR E QUALIFICAR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, EM TEMPO ADEQUADO, COM ÊNFASE NOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE IDENTIFICADOS NO MUNICÍPIO.
- **DIRETRIZ 2** - REDUZIR E PREVENIR RISCOS, DOENÇAS E AGRAVOS À SAÚDE DA POPULAÇÃO POR MEIO DE AÇÕES NA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE.
- **DIRETRIZ 3** - APRIMORAR A GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE EM POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO, DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE, DA INSERÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS E DE INOVAÇÃO NO SUS.
- **DIRETRIZ 4** - VIABILIZAR INVESTIMENTO PARA OFERECER ESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E AMBIÊNCIA ADEQUADOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.
- **DIRETRIZ 5** - FORTALECER O CONTROLE SOCIAL NO SUS NO MUNICÍPIO DE RIO CLARO.

No atual Plano Municipal de Saúde (2026-2029) excluímos o capítulo que trata exclusivamente da pandemia da COVID-19 que afetou o nosso município e todo o mundo durante a emergência em saúde pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCov).

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), as diretrizes, objetivos, metas e indicadores são ferramentas essenciais para o planejamento e a gestão da saúde pública.

As **DIRETRIZES** definem as linhas de ação e as políticas a serem seguidas. Os **OBJETIVOS** concretizam essas políticas, indicando o que deve ser feito para alcançar os resultados desejados. Eles expressam o que se pretende realizar a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas de saúde identificados. As **METAS** representam compromissos para que os objetivos sejam alcançados, traduzindo-os em quantidades e prazos mensuráveis. Os **INDICADORES**, por sua vez, permitem monitorar o alcance das metas, constituindo ferramenta fundamental para o processo de acompanhamento e avaliação do PMS.

1. MUNICÍPIO DE RIO CLARO - ANÁLISE SITUACIONAL

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

Os aspectos desenvolvidos na análise situacional serão:

- a) Aspectos Geográficos, Demográficos e Socioeconômicos;
- b) Perfil Epidemiológico
- c) Perfil da Morbimortalidade;
- d) Morbidade;
- e) Doenças Endêmicas e Epidêmicas e outros fatores de risco para a saúde;
- f) Gestão do SUS.

1.1. Aspectos Geográficos, Demográficos e Socioeconômicos

Rio Claro é um município do interior do Estado de São Paulo. Está entre as 41 cidades com mais habitantes do Estado de São Paulo e está entre as 151 cidades com mais habitantes do país e conta com uma população estimada de 201.418 (duzentas e um mil quatrocentos e dezoito) pessoas (habitantes) (população do Censo de 2022). A estimativa da população residente no município de Rio Claro com referência em 1º de julho de 2024 é de 208.857 (duzentas e oito mil oitocentos e cinquenta e sete) pessoas residentes (IBGE, 2024). A cidade está situada a 592 metros de altitude, tem as seguintes coordenadas geográficas: Latitude: 22° 24' 48" Sul, Longitude: 47° 34' 11" Oeste. Está distante 158 km da capital estadual e a 739 km de Brasília/DF (IBGE, SEADE, 2020). Possui uma área de 498,42 km² com um grau de urbanização de 97,84%. (IBGE, SEADE, 2020).

Rio Claro se localiza na Aglomeração Urbana de Piracicaba, criada em 2012, que tem 23 municípios e está na Região de Saúde de Rio Claro; portanto, sede microrregional da Rede Regional de Atenção à Saúde 14 (RRAS-14), localizada na macrorregião Centro-Leste do Estado de São Paulo.

A Região de Saúde de Rio Claro é composta pelos municípios de Analândia, Corumbataí, Ipeúna, Itirapina e Santa Gertrudes, além do próprio município de Rio Claro que somam uma população de 256.792 habitantes, em que a população de Rio Claro representa 78,4% deste total, sendo que há outras duas cidades pequenas (Itirapina e Santa Gertrudes) e outras três muito pequenas (Analândia, Corumbataí e Ipeúna).

Tabela 01 – Habitantes e percentual da população do município em relação à população total da microrregião. Municípios da Microrregião de Rio Claro.

FONTE: CENSO IBGE 2022

Mapa do DRS X - Região de Saúde RIO CLARO. O mapa mostra a região de saúde delimitada por uma linha preta, abrangendo os municípios de Anápolis, Corumbataí, Itapina, Ipeúna, Rio Claro e Santa Gertrudes. As rodovias são representadas por linhas amarelas e laranças, com as respectivas numerações (SP-313, SP-254, SP-253, SP-252, SP-251, SP-147, SP-146, SP-145, SP-144, SP-143, SP-142, SP-141, SP-140, SP-139, SP-138, SP-137, SP-136, SP-135, SP-134, SP-133, SP-132, SP-131, SP-130, SP-129, SP-128, SP-127, SP-126, SP-125, SP-124, SP-123, SP-122, SP-121, SP-120, SP-119, SP-118, SP-117, SP-116, SP-115, SP-114, SP-113, SP-112, SP-111, SP-110, SP-109, SP-108, SP-107, SP-106, SP-105, SP-104, SP-103, SP-102, SP-101, SP-100, SP-99, SP-98, SP-97, SP-96, SP-95, SP-94, SP-93, SP-92, SP-91, SP-90, SP-89, SP-88, SP-87, SP-86, SP-85, SP-84, SP-83, SP-82, SP-81, SP-80, SP-79, SP-78, SP-77, SP-76, SP-75, SP-74, SP-73, SP-72, SP-71, SP-70, SP-69, SP-68, SP-67, SP-66, SP-65, SP-64, SP-63, SP-62, SP-61, SP-60, SP-59, SP-58, SP-57, SP-56, SP-55, SP-54, SP-53, SP-52, SP-51, SP-50, SP-49, SP-48, SP-47, SP-46, SP-45, SP-44, SP-43, SP-42, SP-41, SP-40, SP-39, SP-38, SP-37, SP-36, SP-35, SP-34, SP-33, SP-32, SP-31, SP-30, SP-29, SP-28, SP-27, SP-26, SP-25, SP-24, SP-23, SP-22, SP-21, SP-20, SP-19, SP-18, SP-17, SP-16, SP-15, SP-14, SP-13, SP-12, SP-11, SP-10, SP-9, SP-8, SP-7, SP-6, SP-5, SP-4, SP-3, SP-2, SP-1, SP-0). A escala do mapa é de 0 a 15 km. A fonte é UNICAMP / NEPP / PESS - 2009.

A infraestrutura viária de Rio Claro é bem servida em termos de rodovias, tanto em conexão com outros centros quanto internamente. A rodovia Washington Luís (SP 310), que conecta a rodovia Anhanguera ao Noroeste do Estado de São Paulo (região de São José do Rio Preto), é o principal eixo rodoviário da região de saúde de Rio Claro.

Em Rio Claro tem início a rodovia SP 127, que leva, também em pista dupla, à Piracicaba, prosseguindo depois para o Sul do Estado.

Ainda no município de Rio Claro, a SP 310 é transposta pela SP 191, ligando Araras a São Pedro, na região de Piracicaba, e, mais ao Norte, a SP 225, vindo de Pirassununga (SP 330), serve Analândia e a partir da SP 310, prossegue em pista dupla servindo Itirapina e prosseguindo em direção a Jaú e Bauru.

A **Figura 01** mostrou o Mapa Microrregional da Região de Saúde de Rio Claro cortada pelas rodovias e as cidades limítrofes de Rio Claro.

A seguir na **Figura 02** apresenta-se um mapa com os detalhes dos quatro distritos de Rio Claro – SP, bem como a indicação de área total e área urbana do município. Os quatro distritos são:

- 1) Ajapi;
- 2) Assistência;
- 3) Batovi;
- 4) Ferraz.

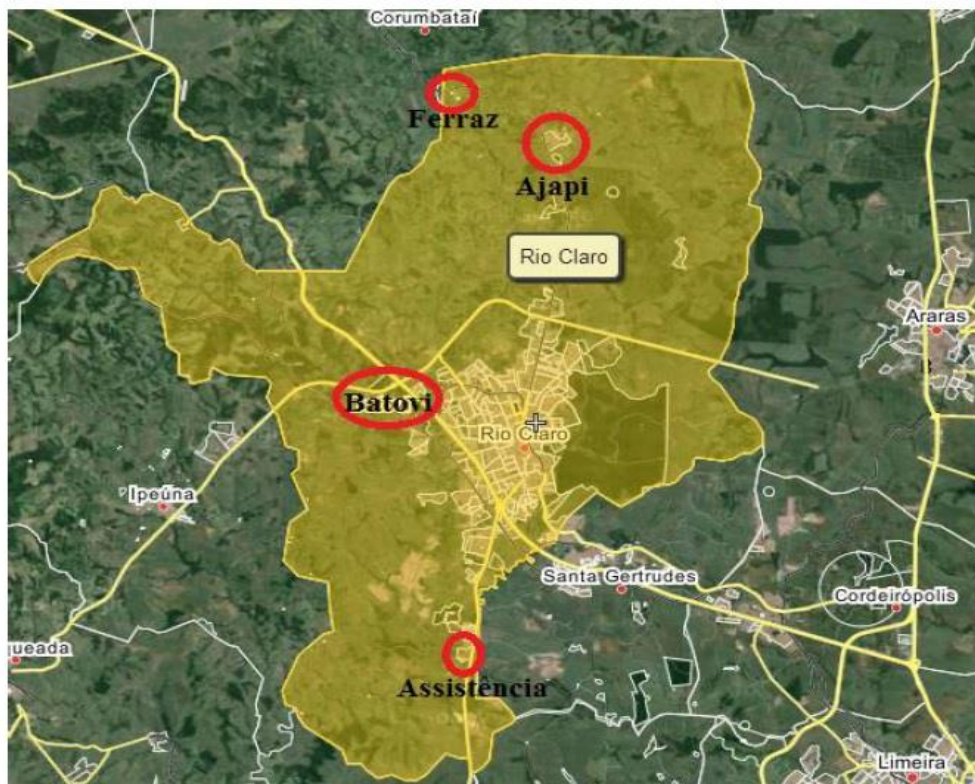
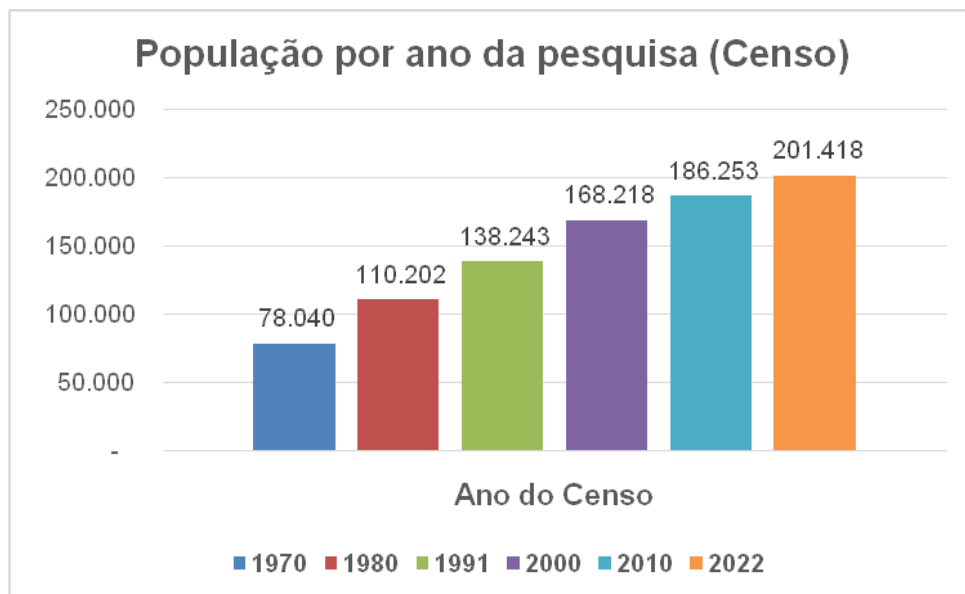


FIGURA 02 – LOCALIZAÇÃO DOS DISTRITOS DE RIO CLARO NO PERÍMETRO DE RIO CLARO – SP

Em relação ao panorama demográfico de Rio Claro nos últimos anos, a cidade apresentou um crescimento aproximado de 7,4% (sete vírgula quatro por cento) nos últimos 12 anos, com um crescimento absoluto de 14.895 pessoas (entre o Censo de 2010 e o Censo de 2022 – IBGE).

O panorama demográfico de Rio Claro pode ser observado no **Gráfico 01** que mostra o crescimento populacional nos anos de realização de pesquisa populacional (Censo) do IBGE.

Gráfico 01 – Crescimento Populacional - Rio Claro/SP - 1970 a 2022.



FONTE: CENSOS E DADOS DO IBGE.

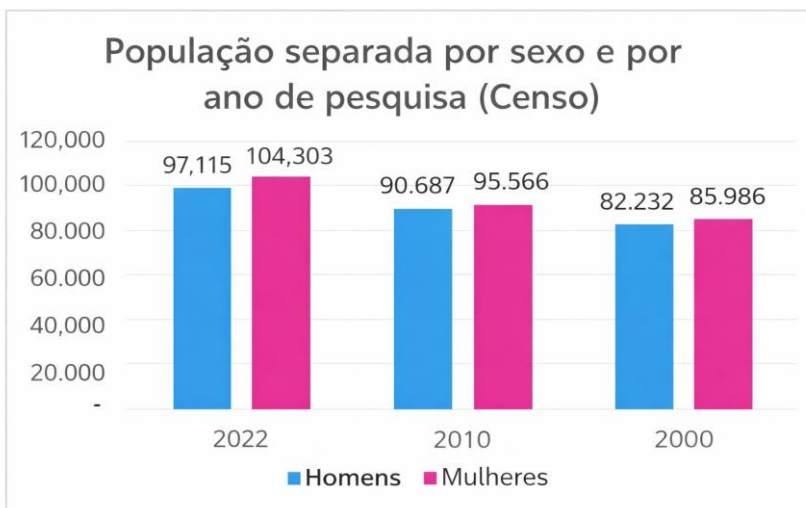
Comparando o gráfico de crescimento populacional de 2010 a 2022 o crescimento populacional foi de 15.162 habitantes, com um impacto de 8,14% (oito vírgula quatorze) por cento no crescimento populacional. Esse crescimento em 12 (doze) anos significou uma população próxima à cidade de Itirapina, ou 64,26% da cidade inteira de Santa Gertrudes dentro de Rio Claro nesse período.

No ranking de população dos municípios, Rio Claro está posicionada da seguinte forma:

- 1) **41ª colocação no Estado de São Paulo;**
- 2) **72ª colocação na região Sudeste;**
- 3) **151ª colocação no Brasil.**

O **Gráfico 02** mostra o crescimento populacional separado por sexo e por ano de pesquisa (Censo) do IBGE nos anos de 2000, 2010 e 2022. É possível notar características de feminilização da população do município.

Gráfico 02 – Crescimento Populacional - Rio Claro/SP - Por sexo e por ano – Censo do IBGE de 2000, 2010 e 2022.

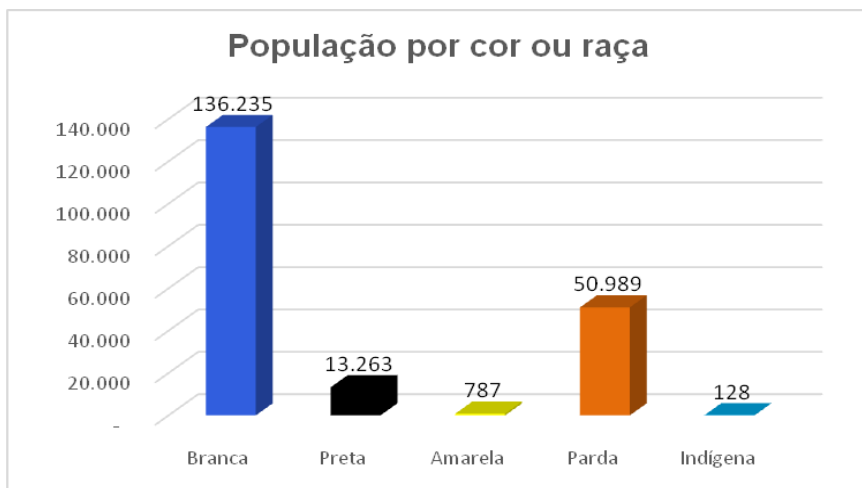


FONTE – CENSOS E DADOS DO IBGE

A evolução da população por gênero (sexo) de 2000 a 2022 teve um aumento na proporção entre mulheres, que passou de 51,12% em 2000 para 51,78% em 2022. E a população masculina diminuiu de 48,88% em 2000 para 48,22% em 2022. Observa-se um discreto aumento da população feminina.

O **Gráfico 03** a seguir mostra a identificação étnico-racial da população residente do município, com base nas informações da última pesquisa (Censo) Demográfico do IBGE (2022). A cor/raça predominante da população é a branca.

Gráfico 03 – Identificação étnico-racial Populacional - Rio Claro/SP – Censo do IBGE de 2022.



FONTE – CENSO DEMOGRÁFICO 2022 IBGE (IDENTIFICAÇÃO ÉTNICO-RACIAL DA POPULAÇÃO). ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

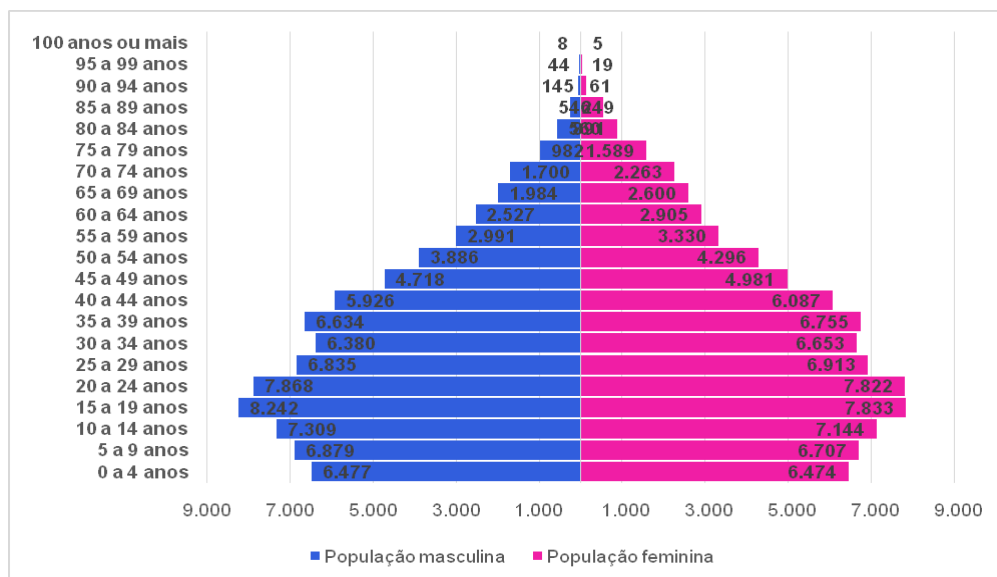
No que se refere à composição da população segundo a identificação étnico-racial, a partir dos dados de raça/cor divulgados pelo IBGE (Censo 2022), 67,6% se declararam de cor ou raça branca, 25,3% parda, 6,6% preta, 0,4% amarela e 0,1% indígena.

A dinâmica do crescimento populacional trouxe mudanças na composição da população por faixa etária e essa modificação pode ser observada nos Gráficos apresentados a seguir que mostra as Pirâmides etárias de 2000 e de 2022 por idade (faixas etárias) e por sexo (**Gráfico 04 e 05**).

O envelhecimento da população rio-clarense, conforme se observa nas pirâmides populacionais do município de 2000 e 2022 (Gráficos 04 e 05), caracteriza-se pelo estreitamento da base (redução das faixas etárias mais jovens) e pela ampliação do topo (aumento das faixas etárias mais idosas) no período avaliado, seguindo a mesma tendência observada no país desde o final do século XX. Essa transformação também é evidenciada pela diminuição da população em idade escolar no mesmo período (Gráfico 06).

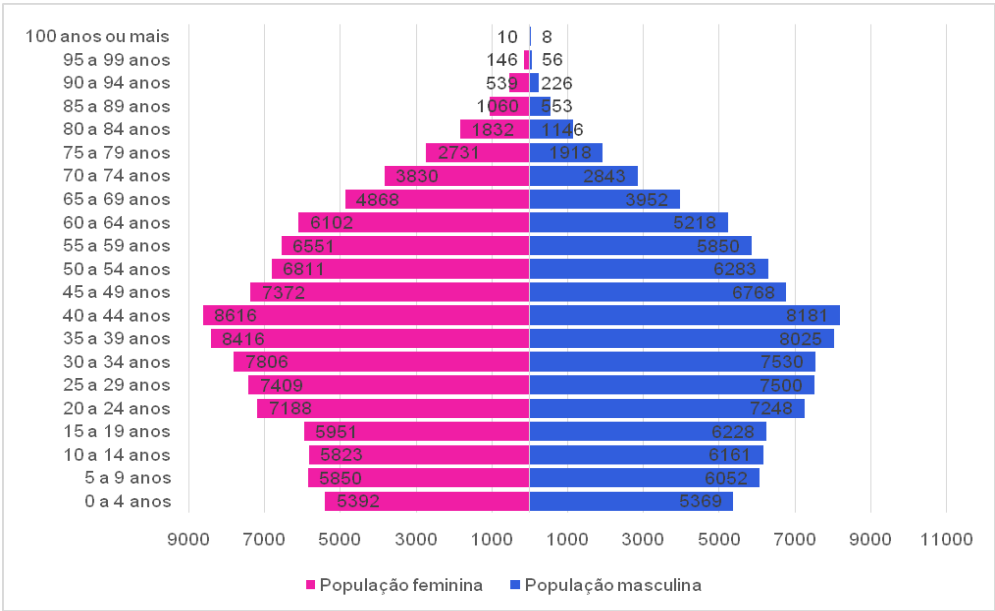
Pode ser observado um estreitamento da base (redução das faixas etárias mais jovens) e ampliação da largura do topo (aumento das faixas etárias mais idosas).

Gráfico 04 – Pirâmide Etária por sexo- Rio Claro/SP – Censo do IBGE de 2000.



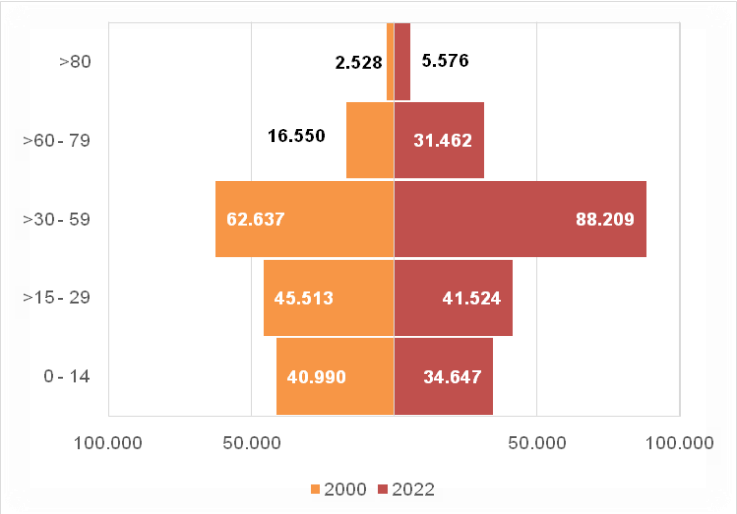
FONTE: CENSO DEMOGRÁFICO 2000 IBGE (POPULAÇÃO POR IDADE E SEXO). ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Gráfico 05 – Pirâmide Etária por sexo - Rio Claro/SP – Censo do IBGE de 2022.



FONTE: CENSO DEMOGRÁFICO 2022 IBGE (POPULAÇÃO POR IDADE E SEXO). ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Gráfico 06 – Pirâmide Etária - Rio Claro/SP – Censo do IBGE de 2000 X Censo IBGE 2022.



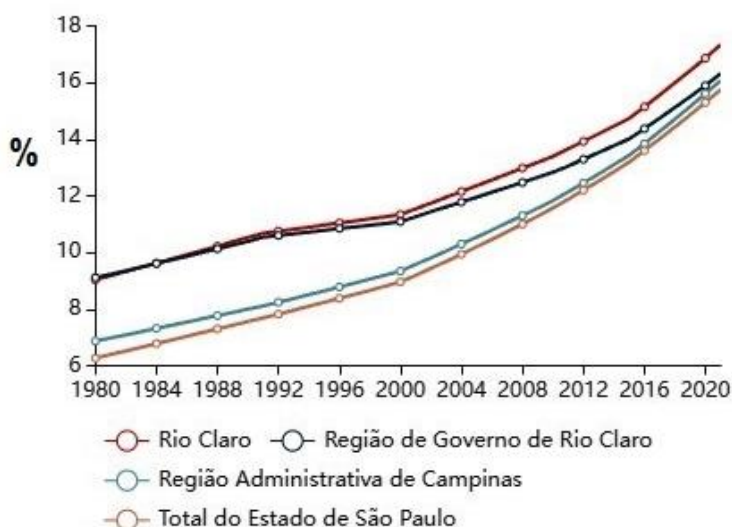
FONTE: CENSO DEMOGRÁFICO 2000 E 2022 IBGE (POPULAÇÃO POR IDADE). ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

No que se refere ao envelhecimento da população, a partir dos dados comparativos entre o Censo de 2000 e o Censo de 2022 divulgados pelo IBGE (Censo 2000 e Censo 2022), a população acima de 60 anos cresceu 8,9% (17.960 pessoas), enquanto a população da faixa etária de 0 a 14 anos diminui 3,15% (-6.343 pessoas).

A tendência do envelhecimento da população com mais de 60 anos no município é superior ao percentual encontrado no Estado de São Paulo, na Região Administrativa de Rio Claro e na Região de Governo, conforme informações do SEADE. Em 2021, segundo o SEADE, a proporção da população com 60 anos ou mais em relação ao total era a seguinte: 17,34% no município, 16,32% na Região de Governo de Rio Claro, 16,07% na Região Administrativa de Campinas e 15,75% no Estado de São Paulo, conforme indicado no **Gráfico 07**.

No **Gráfico 07**, apresenta-se a proporção da população com 60 anos ou mais em relação ao total, considerando diferentes recortes geográficos — município de Rio Claro, Região de Governo de Rio Claro (RG), Região Administrativa de Campinas (RA) e Estado de São Paulo — para o ano em análise.

Gráfico 07 – Proporção da População com 60 Anos e mais (Em %) - 1980-2021.



FONTE: SEADE. GRÁFICO EXTRAÍDO DO SEADE.

A partir das informações divulgadas pelo Censo do IBGE podemos realizar uma breve análise da Pirâmide Etária de 2022, separada por sexo e faixa etária com algumas revelações importantes para serem consideradas:

1. Até 30 anos a população do sexo masculino é um pouco superior, já a partir dos 30 anos, a população feminina é maior;
2. As faixas etárias da população economicamente ativa (30-59 anos) representam 12,7% da população;
3. A população feminina representa 51,78% da população total;
4. E a população com 60 anos ou mais no Censo de 2022 representa cerca de 18,4% da população total.

O planejamento da saúde pública tem que prever essa tendência demográfica de envelhecimento da população, pois traz significativas consequências para o setor saúde, como a modificação dos padrões de morbimortalidade (predomínio de doenças crônico-degenerativas, atendimento geriátrico e saúde mental), cujo tratamento envolve medicamentos de uso contínuo e ampliação de custos para o cuidado dessa população.

1.1.1. Aspectos Educacionais

Uma população mais instruída e com maior nível de escolaridade possibilita avanços significativos em diversos aspectos: na percepção dos problemas de saúde, na capacidade de compreender informações sobre saúde, na adoção de estilos de vida saudáveis, na utilização dos serviços de saúde e na adesão aos procedimentos terapêuticos.

Segundo Barros et al (2006), no que se refere à prevalência de doenças crônicas, a escolaridade, ajustada para sexo, idade, cor da pele e macrorregião, mostrou que as pessoas com 0-3 (três) anos de estudo tiveram quase duas vezes mais doenças que aquelas com mais de 8 (oito) anos de estudo.

A taxa de analfabetismo em Rio Claro é baixa e a população jovem adulta (18 a 24 anos) que possui pelo menos o ensino médio é de 67,24% (SEADE, 2020; IBGE,2010). O último Censo do IBGE (2022) revelou que 42% da população com mais de 18 anos tem ensino médio completo ou ensino superior incompleto (IBGE, 2022).

O último Censo Escolar do INEP de 2020 revela a quantidade de estudantes da rede escolar de creches ao ensino médio, a Educação de Jovens e Adultos (EJA) e a Educação Especial, conforme a **Tabela 02** mencionando o Número de estudantes da Educação Básica e do Ensino Médio.

Tabela 02 – Número de estudantes da Educação Básica e do Ensino Médio.

Número de estudantes	
Creches	4.386
Pré-escolas	4.934
Anos iniciais	12.754
Anos finais	10.021
Ensino Médio	6.971
EJA	1.344
Educação Especial	1.124
Total	41.534

FONTE CENSO ESCOLAR/INEP 2020 | TOTAL DE ESCOLAS DE EDUCAÇÃO BÁSICA/ENSINO MÉDIO: 112.
ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

O último Censo do IBGE de 2022 revela a quantidade de pessoas com mais de 18 anos de idade e o nível de instrução da população do município. A seguir a **Tabela 03** revela as pessoas de 18 anos ou mais de e o nível de instrução em Rio Claro.

Tabela 03 – Pessoas com mais de 18 anos por nível de instrução.

Nível de Instrução	População (pessoas)
Sem instrução e fundamental incompleto	34.964
Fundamental completo e ensino médio incompleto	21.815
Médio Completo e ensino superior incompleto	67.417
Superior Completo	35.126

FONTE CENSO IBGE 2022: EDUCAÇÃO – NÍVEL DE ESCOLARIDADE. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

A cidade conta ainda com diversas instituições de ensino superior, entre elas: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” / UNESP, Faculdade Anhanguera de Rio Claro (Anhanguera), Escola Superior de Tecnologia e Educação (UNICEP) e o Claretiano Centro Universitário, com o funcionamento do curso de graduação de Medicina autorizado pelo Ministério da Educação (MEC), através do Programa Mais Médicos em 2016.

O Instituto Federal de Educação e Tecnologia de São Paulo teve o funcionamento autorizado do Campus de Rio Claro através da Portaria Ministerial nº 415, de 10 de junho de 2022. Em 2023 realizaram-se quatro audiências públicas que identificaram a demanda do Município e da região por cursos e formações nas áreas de Computação (Eixo de

Informação e Comunicação) e Química (Eixo de Produção Industrial). Em fevereiro de 2024 iniciou-se a reforma e a ampliação das instalações físicas do Campus, com previsão de 12 meses de duração. Atualmente, o Instituto Federal oferece no Município diversos cursos de Formação Inicial e Continuada-FIC. Será a primeira Instituição Federal de ensino superior a ser instalada no município de Rio Claro.

Também está sendo instalada em Rio Claro o campus Rio Claro da Faculdade de Tecnologia do Estado (Fatec) oferecendo dois cursos superiores de graduação tecnológica inéditos no Centro Paula Souza (CPS): Inteligência Artificial (IA) e Gestão da Sustentabilidade Ambiental, Social e Governança Corporativa (ESG). As formações atenderão à crescente demanda do mercado por profissionais capacitados em inovação tecnológica e práticas sustentáveis, alinhando educação e desenvolvimento econômico. Será a segunda instituição estadual de ensino superior a ser instalada no município de Rio Claro, pois já conta com o campus Rio Claro da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” / Unesp.

1.1.2. Aspectos Sociais e Econômicos

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Também podem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego (CDSS, 2010).

Esses determinantes exigem articulação com outros setores da sociedade para que possam ser modificados e, muitas vezes, estão além da governabilidade de quem planeja ações de saúde. Frequentemente, a resolução de um problema de saúde pública é limitada, pois parte significativa de sua solução está sob a responsabilidade de outros setores e até de outras esferas de governo.

O desenvolvimento econômico de Rio Claro depende da superação de desafios que demandam a ação efetiva do poder público e a articulação das diferentes esferas de governo e de agentes privados. São condições necessárias para o contínuo desenvolvimento econômico municipal e consequentemente regional, além da capacidade de atração de novos investimentos, de inovação e de exploração e apropriação de vantagens relativas (potencialidades), além do aumento da produtividade.

Outro aspecto importante para o desenvolvimento econômico refere-se à capacidade de desenvolver e absorver tecnologia e inovações e está diretamente vinculada à disponibilidade de mão-de-obra qualificada, assim como a presença de instituições de

ensino e pesquisa e à formação de parcerias entre os diversos atores ligados ao setor produtivo (instituições de ensino, centro de pesquisas, poder público, empresas em geral, etc.).

Alguns indicadores dos aspectos sociais e econômicos são importantes para que possamos analisar os determinantes sociais da saúde, que passaremos a elencá-los a seguir.

1.1.2.1. IPDM – Índice Paulista de Desenvolvimento Municipal

A Fundação SEADE desenvolveu e divulga o Índice Paulista de Desenvolvimento Municipal (IPDM), inspirado no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a partir de dimensões sociais e econômicas do território: riqueza, educação e longevidade. Para cada dimensão é elaborado um indicador com base em registros administrativos anuais e em estimativas preliminares referentes ao último ano disponível para os municípios.

A média aritmética ponderada dos indicadores das três dimensões compõe o IPDM. Este indicador se baseou na experiência anterior com o índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS. O IPDM é elaborado a partir de registros administrativos com informações anuais e estimativas preliminares para o último ano disponível para os municípios.

O IPDM é um indicador útil para avaliar as ações municipais voltadas para o desenvolvimento de suas populações. A tendência do IPDM estadual e da maioria dos municípios do Estado, em seus componentes, era ascendente. No entanto, todos apresentaram queda, em 2021, na dimensão longevidade, que envolve indicadores relacionados à saúde — possivelmente em função do impacto da pandemia de COVID-19 e dos indicadores que compõem o índice —, conforme apresentaremos na tabela a seguir.

Tabela 04 – IPDM Indicador Longevidade.

Territorialidades	IPDM	IPDM	IPDM
	Longevidade	Longevidade	Longevidade
	2018	2020	2022
Estado de SP	0,721	0,722	0,697
Rio Claro (SP)	0,722	0,737	0,705

FONTE: SEADE. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Apresentamos a seguir o IPDM sintético de 2022 e o IPDM nas diversas dimensões (Riqueza, Longevidade e Escolaridade) comparando o município com o Estado, conforme apresentado na Tabela a seguir.

Tabela 05 – IPDM, Indicador Riqueza, Indicador Longevidade e Indicador Escolaridade

Territorialidades	IPDM 2022	IPDM Riqueza 2022	IPDM Longevidade 2022	IPDM Escolaridade2022
Estado de SP	0,565	0,441	0,697	0,556
Rio Claro (SP)	0,569	0,416	0,705	0,586

FONTE: SEADE. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

1.1.2.2. Renda, Emprego e Economia

Uma das dimensões de especial relevância para a análise do desenvolvimento de um território está associada ao cálculo do potencial de geração e distribuição de renda no município.

Em 2021, o município registrou um PIB per capita de R\$ 63.209,08 (IBGE, 2022). O PIB per capita é o produto interno bruto, dividido pela quantidade de habitantes. Diante da disparidade de valores, é importante notar a posição do município no ranking e em relação à média da UF e do Brasil, esse montante coloca o município na 84ª posição estadual e na 572ª posição nacional.

Outro aspecto relevante refere-se ao salário médio mensal dos trabalhadores formais (IBGE, 2022; RAIS; CAGED), que é de aproximadamente 2,8 (dois vírgula oito) salários mínimos, equivalentes a R\$ 3.426,51. Essa remuneração média coloca o município na 75ª posição no ranking estadual e na 233ª posição no ranking nacional. Observa-se ainda uma diferença entre a remuneração média dos trabalhadores formais homens e das trabalhadoras formais mulheres.

O número de estabelecimentos cadastrados foi 8.261, o que representa uma variação de -20.2% em relação ao ano anterior.

Segundo os dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), o número de empregados cadastrados na cidade de Rio Claro em 2022 foi de 69.095, o que representa uma variação positiva de 3.47% em relação ao ano anterior.

Já, segundo os dados do IBGE (IBGE, 2022), o número é um pouco superior, com um total de 84.161 trabalhadores formais ativos, sendo 49.209 homens e 34.952 mulheres.

Na Tabela 06 poderemos verificar a participação dos empregos formais nas diversas áreas (setores econômicos) e assim poderemos verificar a predominância do tipo de trabalho da população do município.

Tabela 06 – Participação dos Empregos Formais das áreas (setores econômicos) no Total de Empregos Formais (Em Número absoluto e %) – 2022.

Município	Construção	Agropecuária	Comércio	Indústria	Serviços	TOTAL
Rio Claro	2.887	1.857	12.118	24.750	27.482	69.095
	4,18%	2,69%	17,54%	35,82%	39,77%	100%

FONTE: RAIS / MTE. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

O município de Rio Claro se caracteriza por sua vocação na área de serviços, mas com destaque ao setor industrial. Em 2022, quase 40% dos empregos formais são gerados por segmentos que compunham os serviços.

Detalhando o perfil dos estabelecimentos em relação a ocupações, temos a seguinte participação quanto às ocupações, 32% são trabalhadores da produção de bens e serviços industriais, 20% são vendedores do comércio de lojas e mercados, 15,1% são trabalhadores de serviços administrativos e 10,9% são técnicos do nível médio. O restante são profissionais de ciências e das artes; do serviço público; serviços de manutenção e reparação; agropecuários, florestais e da pesca e membros das forças armadas.

Além do mais, em relação a escolaridade dessa população trabalhadora, 59% da população trabalhadora de Rio Claro possui nível médio completo e 15% possuem ensino superior completo.

A seguir segue **Tabela (Tabela 7)** com as ocupações dos trabalhadores de forma mais detalhada no município de Rio Claro, com base nos dados da RAIS (2022).

Tabela 07 – Porcentagem de Ocupação dos Trabalhadores de forma detalhada no município de Rio Claro (Em %) – 2022.

TRABALHADORES POR OCUPAÇÃO	
OCUPAÇÃO	%
TRABALHADORES DA PRODUÇÃO DE BENS E SERVIÇOS INDUSTRIAIS	32
TRABALHADORES DOS SERVIÇOS, VENDEDORES DO COMÉRCIO EM LOJAS E MERCADOS	20
TRABALHADORES DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS	15,01
TÉCNICOS DE NÍVEL MÉDIO	10,9
PROFISSIONAIS DAS CIÊNCIAS E DAS ARTES	7,8
TRABALHADORES AGROPECUÁRIOS, FLORESTAIS E DA PESCA	5,5
MEMBROS SUPERIORES DO PODER PÚBLICO, DIRIGENTES DE ORGANIZAÇÕES DE INTERESSE PÚBLICO E GERENTES DE EMPRESAS	3,6
TRABALHADORES EM SERVIÇOS DE REPARAÇÃO E MANUTENÇÃO	3,5
MEMBROS DAS FORÇAS ARMADAS POLICIAIS E BOMBEIROS MILITARES	1,4
DEMAIS OCUPAÇÕES	0,29

FONTE: RAIS (2022). ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Já em relação aos estabelecimentos existentes no município, segundo dados da Receita Federal do Brasil (RFB) (dados de 2024) apresentamos a seguir os dados com os tipos de estabelecimentos e o percentual que representa em relação aos estabelecimentos cadastrados na RFB.

Na **Tabela 08** são apresentados os dados dos estabelecimentos e os percentuais relacionados que estão sediadas no município de Rio Claro.

Tabela 08 – Estabelecimentos registrados na Receita Federal do Brasil (RFB) (2024) no município de Rio Claro (Em Quantidade de estabelecimentos e %) – 2022.

Município	Outros estabelecimentos	Microempresário Individual (MEI)	Microempresa	Empresa de Pequeno Porte (EPP)	TOTAL
Rio Claro	4.773	12.994	8.416	1.558	27.741
	17,21%	46,84%	30,34%	5,62%	100,00%

FONTE: RFB (2024). ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

1.1.2.2.1. Cadastro Único do Governo Federal

O governo federal criou o Cadastro Único, uma tecnologia social de identificação e caracterização socioeconômica das famílias de baixa renda domiciliadas no território brasileiro, definidas como aquelas que possuem renda mensal de até $\frac{1}{2}$ (meio) salário mínimo por pessoa (BRASIL, 2025b).

O Cadastro Único, conhecido como CadÚnico, também pode ser utilizado para o mapeamento das vulnerabilidades sociais locais, o planejamento das ações e a seleção de beneficiários dos programas sociais geridos pelo ente. Trata-se de uma ferramenta essencial para a articulação e a consolidação da rede de proteção e promoção social, em conjunto com as demais políticas públicas em todos os âmbitos da federação, contribuindo de forma decisiva para a inclusão social (BRASIL, 2025b).

Por esse motivo, apresentamos a seguir os dados extraídos do relatório completo do município, referentes ao CadÚnico, que revelam a quantidade de pessoas enquadradas na faixa de renda mencionada.

O município de RIO CLARO/SP já vem realizando as atividades de cadastramento e atualmente (março de 2025) (BRASIL, 2025b) tem:

- a) 20.022 (vinte mil e vinte e duas) famílias inseridas no Cadastro Único;
- b) 15.734 (quinze mil setecentos e trinta e quatro) famílias com o cadastro atualizado nos últimos dois anos;
- c) 11.553 (onze mil quinhentas e cinquenta e três) famílias com renda até $\frac{1}{2}$ salário mínimo;
- d) 9.923 (nove mil novecentos e vinte e três) famílias com renda até $\frac{1}{2}$ salário mínimo com o cadastro atualizado;
- e) 553 (quinhentas e cinquenta e três) famílias em situação de rua cadastradas (dados 02/2025 - SENARC);
- f) 541 (quinhentas e quarenta e uma) famílias de catadores de material reciclável (dados 02/2025 - SENARC);
- g) 113 (cento e treze) famílias de preso do sistema carcerário (dados 02/2025 – SENARC).

O **Gráfico 08** a seguir é verificada a evolução famílias em situação de rua cadastradas no CadÚnico com base no relatório completo elaborado pela Secretaria Nacional de Renda e Cidadania (SENARC) do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome.

Gráfico 08 – Quantidade de família em situação de rua cadastradas no CadÚnico.



FONTE: SENARC (2025). EXTRAÍDO DO SITE DO SENARC.

No Gráfico anterior é possível observar a tendência crescente de famílias cadastradas em situação de rua o que indica uma preocupação para a necessidade de estabelecimento de políticas públicas intersetoriais relacionadas à população em situação de rua.

No próximo **Gráfico 09** a seguir é verificada a evolução famílias de catadores de material reciclável cadastradas no CadÚnico com base no relatório completo elaborado pela Secretaria Nacional de Renda e Cidadania (SENARC) do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome.

Assim, diante da perspectiva de crescimento populacional, a destinação dos resíduos sólidos gerados no município configura uma problemática bastante complexa. Isso porque, além do aumento da população, há uma tendência — decorrente do atual modo de produção, baseado no crescimento do consumo de bens e serviços — de elevação na geração de resíduos sólidos.

Como consequência das ações da própria sociedade, haverá impactos diretos sobre a natureza, tais como poluição do solo, do ar e da água; entupimento das redes de drenagem; ocorrência de enchentes; degradação ambiental; depreciação imobiliária; transmissão de doenças; além de danos à flora, à fauna, à saúde humana e, consequentemente, à qualidade de vida da população.

É diante do montante de resíduos sólidos que pode servir de matéria prima no processo de reciclagem ou reutilização, que surge a figura do catador de material reciclável, ou como é mais conhecido “catador de lixo”.

Não vamos conseguir esgotar esse tema relacionado aos catadores de material reciclável, nem tampouco relacionado aos acumuladores pela sua complexidade neste trecho deste documento. O importante, nesse caso, é sabermos da importância do catadores de materiais recicláveis e, também, a situação em que os mesmos realizam os seus trabalhos, por vezes em condições totalmente precárias, podendo gerar agravos à sua saúde. Portanto, devem ser objeto de atenção da saúde pública na construção de políticas públicas. Além de se apresentar como um importante agente da dimensão ambiental, o catador de material reciclável tornou-se uma profissão reconhecida pelo Ministério do Trabalho através da Portaria n. 397/2002 e o CBO 5.192-05 se refere a ocupação de catador de material reciclável, profissionais que se dedicam à coleta, seleção e venda de materiais recicláveis como papel, papelão, vidro, metais e outros materiais reaproveitáveis. Assim como qualquer outro trabalhador, merece uma atenção da política pública de saúde, em especial pelo fato da vulnerabilidade que envolve essa profissão.

Gráfico 09 – Quantidade de família de catadores de material reciclável cadastradas no CadÚnico.



FONTE: SENARC (2025). Extraído do site do SENARC.

Os beneficiados dos programas sociais federais devem ser acompanhados em diversas condicionalidades, entre elas o acompanhamento das condicionalidades de saúde, ao qual mencionaremos a seguir.

Antes de entrarmos nas condicionalidades da saúde, devemos destacar que não foi suspenso durante a pandemia do Covid-19, mas o registro das informações foi fortemente

impactado, uma vez que a coleta das informações permaneceu como não obrigatória da 1ª vigência de 2020 até à 1ª vigência de 2021. Desde a 2ª vigência de 2021, o Ministério da Saúde decidiu retomar a obrigatoriedade do registro do acompanhamento das condicionalidades de saúde e, por consequência, temos observado uma recuperação dos níveis de acompanhamento, mas ainda muito aquém dos níveis observados antes da pandemia.

O município, através da Fundação Municipal de Saúde, deve ter especial atenção no acompanhamento das condicionalidades da saúde dessa população. Não se trata de um registro de dado de forma burocrático, mas o acompanhamento efetivo de pessoas vulneráveis e que tem diversos agravos de saúde em geral. Assim, é muito importante que o município concentre esforços, no sentido de melhorar o acompanhamento da agenda de saúde relacionado aos beneficiários dos programas federais de renda. Segundo os dados da Secretaria Nacional de Renda e Cidadania (SENARC) do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome o público para acompanhamento é o seguinte:

Tabela 09 – Público do CadÚnico relacionado à condicionalidade saúde.

	Crianças – menores de 7 anos	Percentual	Mulheres	Percentual
Pessoas para acompanhamento	3.719	100%	7.891	100%
Pessoas acompanhadas	618	16,62%	6.258	79,31%

FONTE: SENARC (2025) (DADOS DE FEVEREIRO DE 2025). ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

No caso da área da saúde, as condicionalidades são as seguintes: cumprimento do calendário nacional de vacinação; acompanhamento do estado nutricional, para os beneficiários que tenham até 7 (sete) anos de idade incompletos; e realização de pré-natal das gestantes (BRASIL, 2025b).

As condicionalidades são compromissos que as famílias assumem nas áreas de Saúde, Educação e Assistência Social. O cumprimento das condicionalidades é condição para que as famílias continuem a receber o benefício financeiro. O objetivo das condicionalidades é assegurar o acesso dos beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) às políticas sociais básicas de saúde, educação e assistência social e, dessa forma, promover a melhoria da situação de vida dessas pessoas (BRASIL, 2025b).

Por fim, não esgotaremos esse tema complexo nesse documento, mas o importante é sabermos que indivíduos em situação de vulnerabilidade social enfrentam acesso limitado a serviços de saúde e vivem em condições que favorecem o surgimento de

doenças. As desigualdades sociais intensificam essas barreiras, resultando em um cenário de iniquidades na saúde e apresentam maior exposição a riscos no processo saúde-doença.

1.1.2.3. Infraestrutura Urbana

No conjunto dos determinantes sociais de saúde, destaca-se inicialmente o saneamento, cujo objetivo é alcançar salubridade ambiental para proteger e melhorar as condições de vida urbana e rural. Essa salubridade é alcançada por meio de abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos, que inclui coleta e disposição sanitária adequada, manejo de águas pluviais, promoção da disciplina sanitária de uso do solo e demais serviços e obras especializadas.

O município tem um total de 74.084 domicílios, segundo dados do IBGE (2022). E de acordo com o Departamento Autônomo de Água e Esgoto (DAAE) de Rio Claro (2024), a água distribuída pelo sistema de abastecimento, atualmente, é de sua maioria advinda dos corpos hídricos do Ribeirão Claro e do Rio Corumbataí. A captação de água da sede do município e dos Distritos de Ajapi e Batovi é feita em dois mananciais. A maior parte da captação, cerca de 60%, é realizada no Rio Corumbataí, enquanto que a os outros 40% no Ribeirão Rio Claro. A água captada do Rio Corumbataí, é tratada na Estação de Tratamento de Água (ETA 2), que opera com capacidade de 500 L/s enquanto que na Estação de Tratamento de Água (ETA 1), a capacidade é de 350 L/s. A produção diária é de 25.000 m³/dia na ETA 1 e 35.000 m³/dia na ETA 2.

Os indicadores do nosso município podem ser observados nas tabelas a seguir com os indicadores de Coleta de lixo, Abastecimento de Água e o nível de atendimento de esgoto sanitário.

Tabela 10 – Principal forma de abastecimento de água.

	Rede Geral de Distribuição	Poço Profundo ou artesiano	Poço raso, freático ou cacimba	Outros (*)
Habitantes beneficiados	197.010	1.317	853	435
Percentual	98,34%	0,66%	0,43%	0,22%

(*) FONTE, NASCENTE OU MINA; CARRO-PIPA; ÁGUA DA CHUVA ARMAZENADA; RIOS, AÇUDES, CÓRREGOS, LAGOS E IGARAPÉS; OUTRA.FONTE: IBGE. CENSO 2022. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

A forma de abastecimento de água potável no município atende 98,34% (noventa e oito vírgula trinta e quatro) por rede geral de distribuição vinculada ao serviço público de abastecimento (Departamento Autônomo de Água e Esgoto – DAAE). Segundo dados do

Censo do IBGE (IBGE 2022) 162 (cento e sessenta e duas) pessoas não possuem água encanada em seus domicílios e precisam abastecer com o uso de baldes ou de outros recursos, fora os mencionados na tabela anterior.

Tabela 11 – Esgotamento sanitário.

	Rede Geral, Rede Pluvial ou Fossa ligada a Rede	Fossa séptica ou Fossa filtro não ligada à Rede	Fossa rudimentar ou buraco	Outros (*)
Habitantes beneficiados	195.179	2.413	2.439	101
Percentual	97,42%	1,2%	1,22%	0,05%

(*) VALA, RIO, LAGO, CÔRREGO OU OUTRA FORMA. ELABORAÇÃO PRÓPRIA. FONTE: IBGE. CENSO 2022.
ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

A forma de afastamento dos esgotos pela população é por meio de Rede geral para 97,42% da população. Segundo dados do Censo do IBGE (IBGE 2022) 11 (onze) pessoas não possuem banheiro e nem sanitários, nem qualquer ligação com o esgotamento sanitário.

Tabela 12 – Destino dos resíduos sólidos.

	Coletado	Queimado na propriedade	Enterrado na propriedade	Outros (*)
Habitantes beneficiados	199.251	877	23	138
Percentual	99,46%	0,44%	0,01%	0,07%

(*) JOGADO EM TERRENO BALDIO, ENCOSTA OU ÁREA PÚBLICA OU PARTICULAR; OUTRO DESTINO. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.
FONTE: IBGE. CENSO 2022; ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

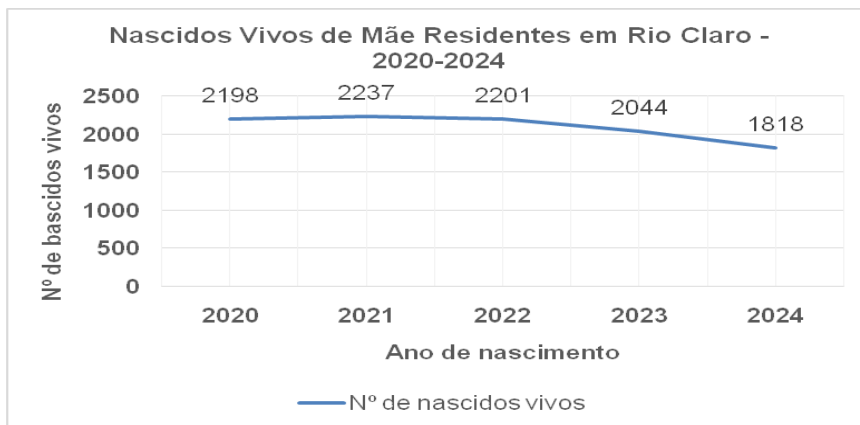
A coleta dos resíduos sólidos do município de 99,46% da população. Ao mesmo tempo em que ocorre a coleta de resíduos sólidos é realizada, também, a coleta seletiva de Resíduos sólidos do município e recupera 2,01% do total de resíduos coletados na cidade.

1.2. Perfil Epidemiológico

1.2.1. Perfil da Natalidade

No período de 2020 a 2024 foram registrados 10.498 nascidos vivos de mães residentes do município de Rio Claro, com uma média anual de 2.100 (dois mil e cem) nascimentos. Isso pode ser observado no **Gráfico 10** a seguir.

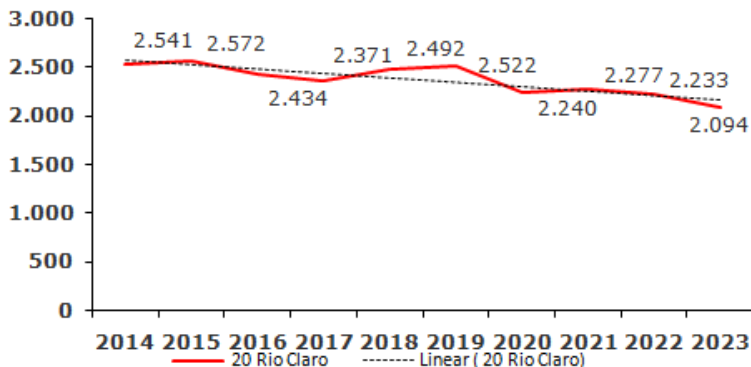
Gráfico 10 – Nascidos Vivos de Mãe Residentes em Rio Claro - 2020 a 2024.



FONTE: MS/SVS/DASIS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS – SINASC. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

No **Gráfico 11**, a seguir, vemos a tendência de nascidos vivos no município de Rio Claro e a curva linear de redução dos nascidos vivos.

Gráfico 11 – Série Histórica de Nascidos Vivos de Mãe Residentes em Rio Claro - 2014 a 2023.



FONTE: SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS – SINASC/GVE XX PIRACICABA – SP, BASE EXTRAÍDA NO DIA 20/08/2024. * DADOS PRELIMINARES. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

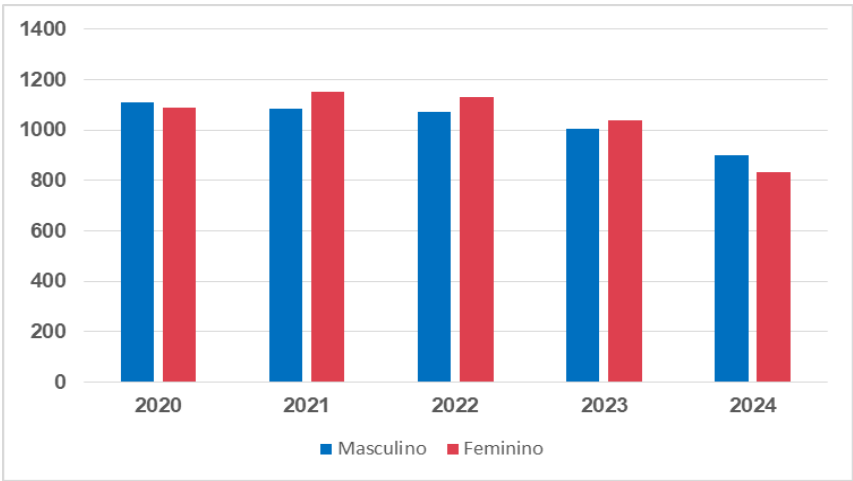
Conforme se pode verificar no Gráfico 11, há uma redução no número de nascidos vivos, e a principal razão para essa queda é a diminuição da taxa de fecundidade, com as mulheres tendo menos filhos, de acordo com estudo da USP (JORNAL DA USP, 2024).

As mulheres estão tendo menos filhos. Na década de 1960, cada mulher no Brasil tinha algo em torno de 6.3 filhos. No ano de 2000, passou-se para 2.4 filhos por mulher. Hoje, em 2023, é o último dado que tem para essa dinâmica, cada mulher tem 1,57 filhos, menos de dois filhos por mulher no Brasil. Então isso é o principal fator que explica essa desaceleração do crescimento demográfico (JORNAL DA USP, 2024).

Em resumo, tanto o Brasil como Rio Claro, estão a experimentar uma redução no crescimento populacional, com a tendência a longo prazo apontando para uma população em declínio, tendo como base a redução da fecundidade e não pelo aumento de mortalidade infantil.

Os nascidos vivos do período de 2020 a 2024 separados por sexo podem ser observados no **Gráfico 12**.

Gráfico 12 – Nascidos Vivos de Mãe Residentes em Rio Claro Por sexo- 2020 a 2024.



FONTE: SESSP-CCD/FSEADE - BASE UNIFICADA DE NASCIDOS VIVOS. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

1.2.1.1. Características e perfil da gravidez e do parto no município

No mesmo período de 2021 a 2024 o número de consultas de pré-natal realizadas pelas mães dos nascidos vivos residentes do município de Rio Claro pode ser observado na **Tabela 13**.

Tabela 13 – Número de consultas de pré-natal de mãe de nascidos vivos por ano de nascimento.

	Ano		Ano		Ano		Ano			
Consultas de pré-natal	2021	%	2022	%	2023	%	2024	%	Total	%
Nenhuma	11	0,49	15	0,68	2	0,10	1	0,06	29	0,35
De 1 a 3 consultas	59	2,64	50	2,27	62	3,04	37	2,04	208	2,51
De 4 a 6 consultas	234	10,49	223	10,14	219	10,72	204	11,22	880	10,61
7 ou mais consultas	1927	86,37	1912	86,91	1759	86	1576	86,69	7174	86,53
Total	2231	100	2200	100	2042	100	1818	100	8291	100

FONTE: MS/SVS/DASIS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS – SINASC. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

O que está preconizado pelo Ministério da Saúde, assim como pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o número adequado seria igual ou superior a 6 (seis) consultas na assistência ao pré-natal.

Na **Tabela 13** (tabela anterior) observamos que **13,47%** das gestantes não realizaram 07 ou mais consultas o que é preocupante; apesar da redução de 11 para 1 do número de mães que tiveram nascidos vivos sem nenhuma consulta, com percentual menor que 1%, o percentual de mães com menos de 7 consultas ainda é alto, somando-se todas as configurações mencionadas na tabela.

Outro aspecto relevante e importante em relação à natalidade refere-se à idade das mães que tiveram filhos nascidos vivos.

Na **Tabela 14** apresentamos a idade das gestantes e a preponderância da faixa etária de 20 a 34 anos entre os diversos grupos etários, concentrando em média 72% de todo grupo de gestantes. Esse comportamento deve ser avaliado e acompanhado nos próximos anos.

Tabela 14 – Idade da mãe de nascidos vivos por faixa etária e ano do nascimento.
Rio Claro (2021-2024).

Faixa Etária/ANO	2021	2022	2023	2024	Total
< 14 ANOS	6	6	5	4	21
15 a 19 ANOS	201	185	172	156	714
20 a 34 ANOS	1.587	1.619	1.464	1.328	5.998
35 + ANOS	443	391	403	330	1.567
TOTAL	2.237	2.201	2.044	1.818	8.300

FONTE: MS/SVS/DASIS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS – SINASC. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

No Brasil, a alta prevalência de partos cesáreos constitui um fato particularmente marcante na área materno-infantil. Entre as décadas de 1970 e 1990, o percentual de cesarianas aumentou de 14,6% para 41,6%, colocando o país entre aqueles com as maiores taxas do mundo. A tendência de crescimento foi concomitante na grande maioria dos países da América Latina, bem como nos Estados Unidos, Austrália e Índia (SALEH et al., 2019).

Partos cesáreos eletivos podem aumentar o risco de morbidade materna, morte e admissão em unidade de terapia intensiva neonatais, o que faz do número excessivo de cesarianas um problema de saúde pública atual, não só pelo fato dos partos cesáreos implicarem em altos encargos financeiros para as famílias e sociedade, mas também porque pode implicar em um risco de saúde para as mulheres e crianças (SALEH et al, 2019).

Apesar do indicador relacionar-se ao município, optamos por fazer o levantamento somente dos partos realizados na Santa Casa de Misericórdia no período de 2020 a 2024, considerando a forma de nascimento e o tipo de parto. A quantidade e o tipo de parto podem ser verificados nas Tabelas a seguir.

Tabela 15 – Tipo de parto realizado por ano (em números absolutos e %) de 2020 a 2024.

Tipo de Parto/ANO	2020	%	2021	%	2022	%	2023	%	2024	%
PARTO NORMAL	540	31,82	642	37,76	606	37,48	576	36,02	415	30,40
PARTO CESÁREO	1157	68,18	1058	62,24	1011	62,52	1023	63,98	950	69,60
TOTAL	1697	100	1700	100	1617	100	1599	100	1365	100

FONTE: MS/SVS/DASIS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS – SINASC. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

De todo esse período (2020 a 2023) a quantidade total de partos realizados por tipo e o respectivo percentual revela que na média do período, a grande maioria dos procedimentos de partos são cesáreos, cerca de 64%, enquanto que os partos vaginais (normal) são cerca de 35% com uma quantidade absoluta de 3.445 (três mil quatrocentos e quarenta e cinco) partos vaginais e 6.361 (seis mil trezentos e sessenta e um) partos cesáreos. Observa-se uma redução de parto normal e um aumento de parto cesáreo no período mencionado, considerando especificamente a Santa Casa de Misericórdia, onde os partos via SUS são realizados.

Esse percentual da nossa cidade revela que estamos distantes do recomendado, pois segundo a OMS, o patamar adequado é de 15% de partos cesáreos (SALEH et al, 2019).

O excesso de cesarianas se constitui como um problema de saúde pública. A cirurgia cesariana, realizada a partir de indicações clínicas é “essencial para a saúde materna e infantil. Por outro lado, se realizada sem justificativa pode agregar riscos desnecessários sem que haja um benefício claro” (BRASIL, 2016).

1.2.2. Expectativa de Vida ao nascer

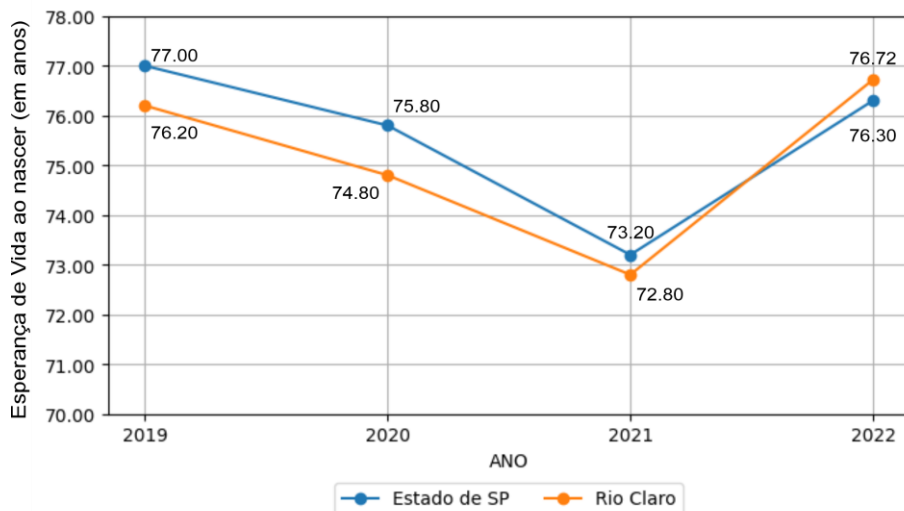
A **expectativa de vida ao nascer** ou **esperança de vida ao nascer** é o indicador demográfico de longo prazo que reflete as condições gerais de saúde de determinada população e estima o número médio de anos que uma pessoa pode viver a partir do nascimento (ou de uma determinada idade), considerando as condições de saúde e mortalidade da população em um dado período (BRASIL, 2023).

A esperança de vida ao nascer (expectativa de vida ao nascer) fornece o número médio de anos que um indivíduo em uma determinada idade espera viver se exposto, ao longo de seu ciclo de vida, aos riscos atuais de morte de cada grupo de idade e sexo. A principal limitação é que esse indicador pode não refletir o risco real de morte a que cada coorte de nascimento estará exposta, uma vez que são utilizados em sua construção os riscos correntes. A esperança de vida está intimamente relacionada com a qualidade de vida de um país, pois é diretamente influenciada por fatores como educação, saúde, apoio social, higiene básica, segurança no local de trabalho, níveis de violência, presença de guerra e conflitos internos (BRASIL, 2023; SILVA, Thamires).

O impacto da pandemia de COVID-19 na expectativa de vida no Brasil foi significativo, especialmente no período dos anos de 2020-2021, com uma queda nacional de 1,3 anos (de 76,6 anos em 2019 para 75,3 anos em 2021), com reflexos nos Estados e Municípios (IBGE, 2022).

Quanto à expectativa de vida, o que se observa para o ano de 2022 é o retorno aos patamares pré-pandemia de Covid-19, conforme pode ser observado no **Gráfico 13** a seguir. No período pandêmico, a expectativa de vida ao nascer caiu mais de dois anos, em média, com maior queda em 2021 que em 2020, o que sugere possíveis efeitos/sequelas de longa duração da infecção.

Gráfico 13 – Esperança de Vida ao nascer no Estado de São Paulo e em Rio Claro (estimativa) - 2019 a 2022.



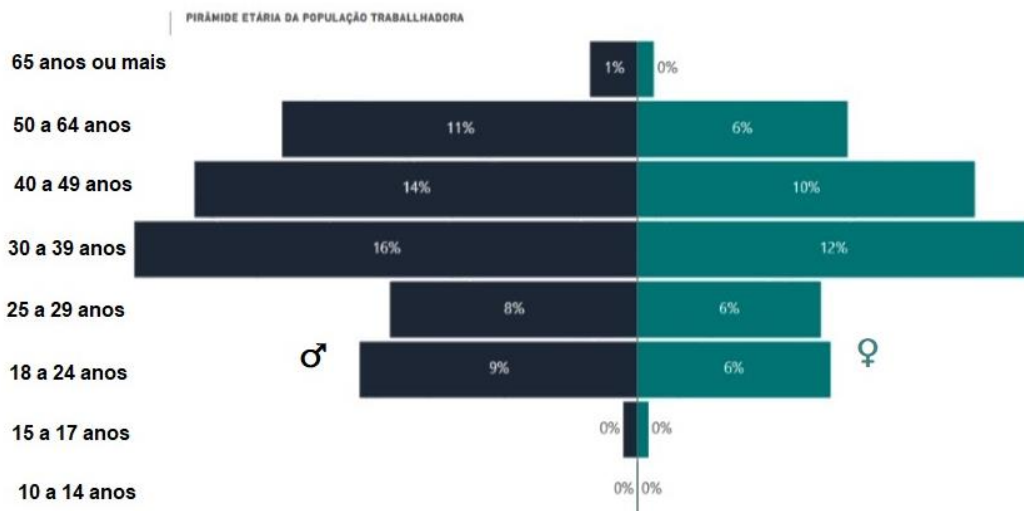
FONTE: FUNDAÇÃO SEADE. ELABORAÇÃO PRÓPRIA. DADOS DE RIO CLARO ESTIMADOS. NOTA: A ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER É O NÚMERO MÉDIO DE ANOS A SEREM VIVIDOS POR UM RECÉM-NASCIDO. DADOS EXTRAÍDOS DO PORTAL DO SEADE ([HTTPS://MORTALIDADE.SEADE.GOV.BR/ESPERANCA-DE-VIDA/](https://mortalidade.seade.gov.br/esperanca-de-vida/)).

1.2.3. Características e Perfil da população trabalhadora

Sobre o perfil da população trabalhadora do município de Rio Claro (IBGE, 2022), temos um universo de **84.161 trabalhadores formais ativos**, sendo 58,47% homens e 41,53% mulheres. A taxa de desocupação é de 7% e a informalidade representa 10,4% da população ocupada.

Em relação à faixa etária da população trabalhadora de Rio Claro, tem-se que a maior quantidade de trabalhadores é do sexo masculino e feminino e se concentram na faixa etária dos 30 a 39 anos e dos 40 a 49 anos, tendo um alargamento da base da pirâmide etária para essas duas faixas etárias de idade. No **Gráfico** a seguir (**Gráfico 14**) podemos ver a pirâmide de faixa etária, separada por sexo, conforme informações obtidas através da RAIS (Relação Anual de Informações Sociais) em 2022.

Gráfico 14 – Pirâmide Etária por faixa etária e sexo da população trabalhadora de Rio Claro (2022)



FONTE: RAIS, 2022. ADAPTADO DO DOCUMENTO ELABORADO PELO CEREST REGIONAL RIO CLARO.

No subcapítulo relacionado à Renda, Emprego e Economia é detalhado a porcentagem de ocupação dos trabalhadores no município de Rio Claro no ano de 2022, segundo dados da RAIS.

Para a área de Saúde do Trabalhador, o levantamento do perfil produtivo de uma região é informação que pode auxiliar a tomada de decisão sobre ações prioritárias e viáveis com o objetivo de implementar e manter um sistema de vigilância, cujos pilares se constituam no diagnóstico e no registro de agravos ocupacionais, e, principalmente, em sua prevenção (BRASIL, 2012). O conhecimento do perfil produtivo de um dado território permite identificar os principais ramos de atividade econômica e os potenciais riscos à saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras para subsidiar a tomada de decisão para o planejamento e a definição de prioridades das ações de vigilância em saúde do trabalhador (BRASIL, 2023).

1.2.4. Perfil da Morbimortalidade

A Morbimortalidade é um conceito complexo que provém da ciência médica e que combina dois subconceitos como a morbidade e a mortalidade. Podemos começar explicando que a morbidade é a presença de um determinado tipo de doença em uma população. A mortalidade, por sua vez, é a estatística sobre as mortes em uma população. Assim, ambos os subconceitos podem ser entendidos com a ideia de morbimortalidade,

mais específica, significa em outras palavras, aquelas doenças causadas de morte em determinadas populações, espaços e tempos (REDE, 2008).

1.2.4.1. Características Gerais da Mortalidade Geral

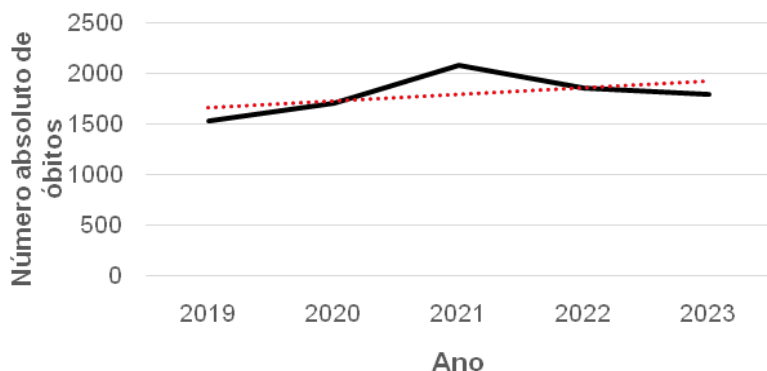
A mortalidade geral, ou Coeficiente Geral de Mortalidade (CGM), é um indicador de saúde que expressa a relação entre o número total de óbitos em uma população e a população total nesse mesmo período (BRASIL, 2009).

O coeficiente de mortalidade consegue expressar a intensidade com a qual a mortalidade atua sobre uma determinada população e em determinado período. As taxas de CGM altas e elevadas podem estar relacionadas e associadas com baixas condições socioeconômicas ou ainda refletir elevada proporção de pessoas idosas na população total. A forma de cálculo do CGM permite verificar a quantidade de óbitos em comparação com a população de determinadas áreas.

A quantidade de óbitos (números absolutos) apresentados pelo município no período de 2019 a 2023 no somatório é de **8.980 (oito mil novecentos e oitenta) óbitos, sendo uma média anual de 1.796 (um mil novecentos e noventa e seis) óbitos.**

A seguir o próximo **Gráfico** observamos o comportamento do número de óbitos (número absoluto) e o CGM, bem como pode ser observada a tendência no período. O impacto da pandemia de COVID-19 na mortalidade foi significativo, especialmente no período dos anos de 2020-2021, como pode ser observado no **Gráfico 15** a seguir.

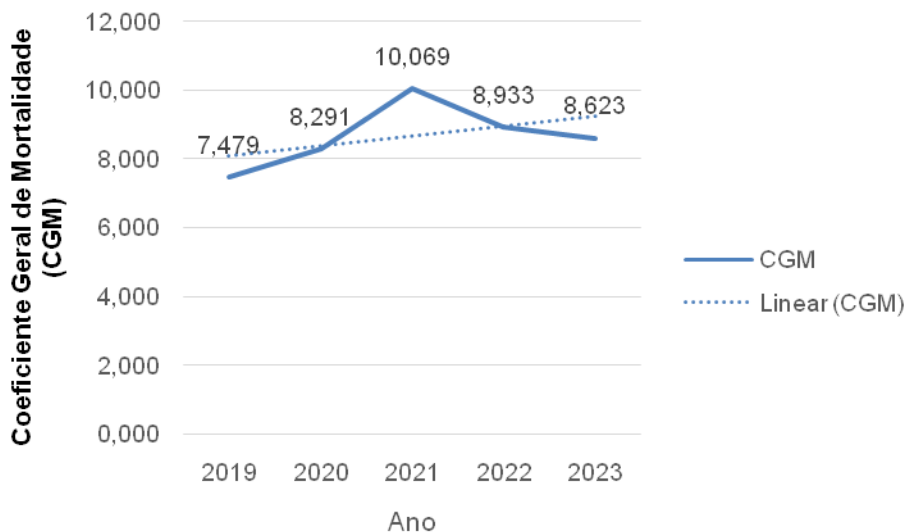
Gráfico 15 – Número de óbitos gerais em Rio Claro (números absolutos) - 2019 a 2023.



FONTE: MS/SVS/CGIAE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

E no Gráfico seguinte observamos o comportamento do CGM no período de 2019 a 2023. O **Coefficiente Geral de Mortalidade (CGM)** no município de Rio Claro da população residente e do total de óbitos residentes pode ser observado no Gráfico 16 a seguir.

Gráfico 16 – Coeficiente Geral de Mortalidade (CGM) em Rio Claro - 2019 a 2023.



FONTE: MS/SVS/CGIAE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM. ELABORAÇÃO PRÓPRIA. MÉTODO DE CÁLCULO: (NÚMERO TOTAL DE ÓBITOS DE RESIDENTES / POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE) X 1.000

As causas de morte são descritas na declaração de óbito e são codificadas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID 10). Os grupos de causas de morte descritos foram analisados a partir de séries históricas de, no mínimo, cinco anos, iniciando em 2019 e finalizando com o ano de 2023, ainda sujeito a revisões pelo Ministério da Saúde.

No período de 2019 a 2023 deve ser observado o impacto da pandemia de COVID-19 na mortalidade e nas causas de morte, especialmente no período dos anos de 2020-2021 e será observado nos dados a seguir.

Tabela 16 – Número de óbitos segundo causa Capítulo CID 10. Rio Claro (2019-2023).

Ano do Óbito	Cap I	Cap II	Cap III	Cap IV	Cap V	Cap VI	Cap VIII	Cap IX	Cap X	Cap XI	Cap XII	Cap XIII	Cap XIV	Cap XV	Cap XVI	Cap XVII	Cap XVIII	Cap XX
2019	49	268	10	60	9	71	-	373	200	79	4	8	56	1	17	4	240	86
2020	208	285	8	122	35	71	1	378	172	51	2	4	65	3	19	3	181	93
2021	479	276	4	113	33	63	-	421	193	75	4	4	67	8	15	10	178	127
2022	157	272	12	90	43	75	-	465	255	71	4	8	66	-	19	4	179	116
2023	85	321	11	106	68	76	1	454	218	89	11	9	62	-	14	3	150	108
Total	978	1422	45	491	188	356	2	2091	1038	365	25	33	316	12	84	24	928	530

FONTE: MS/SVS/CGIAE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM. OS CAPÍTULOS DA CID-10 ESTÃO MENCIONADOS NA TABELA DE FORMA ABREVIADA. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

É importante mencionar o período que compreende os anos de 2020 a 2022, período de ocorrência da pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), cuja causa básica é classificada pela CID 10 dentro do **Capítulo I - Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias** da CID-10. Os números no SIM expressam claramente o aumento dos registros de óbitos nesse **Capítulo I** – CID-10, passando de uma média de 50 óbitos por ano em período não pandêmico (cerca de 3,19% dos óbitos em 2019) passando para uma média de 470 óbitos por ano no período pandêmico (atingindo cerca de 23,14% dos óbitos em 2021). Com essa alteração, observa-se a redução de outras causas de óbitos pelos demais capítulos CID-10, evidenciando que a pandemia da COVID-19 foi a maior causa de óbito nesse período supracitado.

Para tornar mais clara a alteração das causas de óbito provocada pela pandemia de COVID-19, apresentaremos o escore (ordem de classificação) dos óbitos antes da pandemia (2019), durante a pandemia e no período pós-epidêmico. Para se ter uma ideia, o **Capítulo I - Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias** da CID-10 em 2019, figurava apenas na 10ª causa de morte, saltando para a 3ª causa da morte em 2020, para a 1ª em 2021, para a 5ª em 2022 e para a 8ª em 2023, indicando que mesmo após o fim da pandemia de COVID-19 houve sequelas pós-epidemia. Na Tabela a seguir apresentamos o escore dos óbitos segundo a causa e o capítulo CID-10 relacionado. Esta tabela permite visualizar a ordem crescente ou decrescente e a relevância de cada capítulo da CID-10 no impacto como causa de óbito da população em cada ano. A seguir, apresenta-se a **Tabela 17**, com o escore dos óbitos segundo causa — Capítulo CID-10 — no período de 2019 a 2023.

Tabela 17 – Escore dos óbitos segundo causa Capítulo CID 10. Rio Claro (2019-2023).

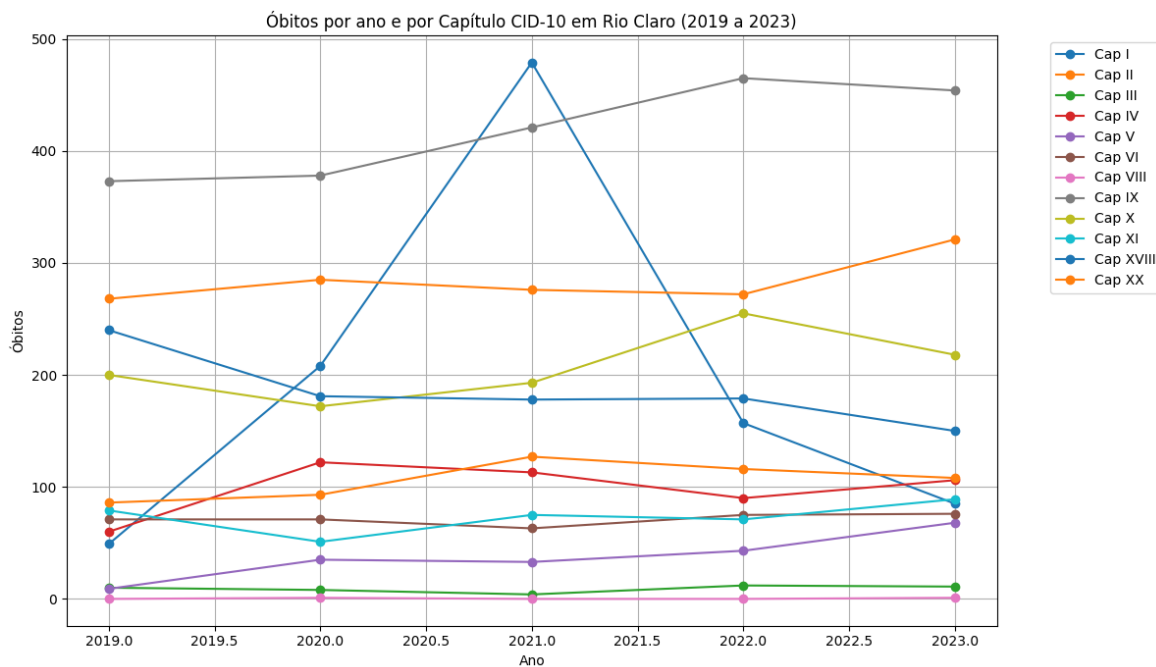
ORDEM	2019	2020	2021	2022	2023
1ª	Cap IX	Cap IX	Cap I	Cap IX	Cap IX
2ª	Cap II	Cap II	Cap IX	Cap II	Cap II
3ª	Cap XVIII	Cap I	Cap II	Cap X	Cap X
4ª	Cap X	Cap XVIII	Cap X	Cap XVIII	Cap XVIII
5ª	Cap XX	Cap X	Cap XVIII	Cap I	Cap XX
6ª	Cap XI	Cap IV	Cap XX	Cap XX	Cap IV
7ª	Cap VI	Cap XX	Cap IV	Cap IV	Cap XI
8ª	Cap IV	Cap VI	Cap XI	Cap VI	Cap I

FONTE: MS/SVS/CGIAE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM. OS CAPÍTULOS DA CID-10 ESTÃO MENCIONADOS NA TABELA DE FORMA ABREVIADA. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

A estratificação dos óbitos segundo capítulo da CID-10 demonstra, como esperado, as doenças cardiovasculares como causa principal, seguida das neoplasias e causas respiratória. Tal situação só se alterou em 2021, quando a COVID-19 foi a principal causa de óbito, deslocando as demais para as posições subseqüentes, mantendo a mesma ordem.

Considerando todo o período de 2019-2023 temos um retrato da mortalidade no município e a importância da causa de mortalidade pelo respectivo Capítulo CID-10. Para observar o panorama do período analisado (2019–2023), foi elaborado o **Gráfico 17**. Nele, é possível visualizar o impacto de cada capítulo da CID-10 nas causas de mortalidade da população, considerando o número absoluto de óbitos de cada capítulo em cada ano, bem como a variação anual desses óbitos.

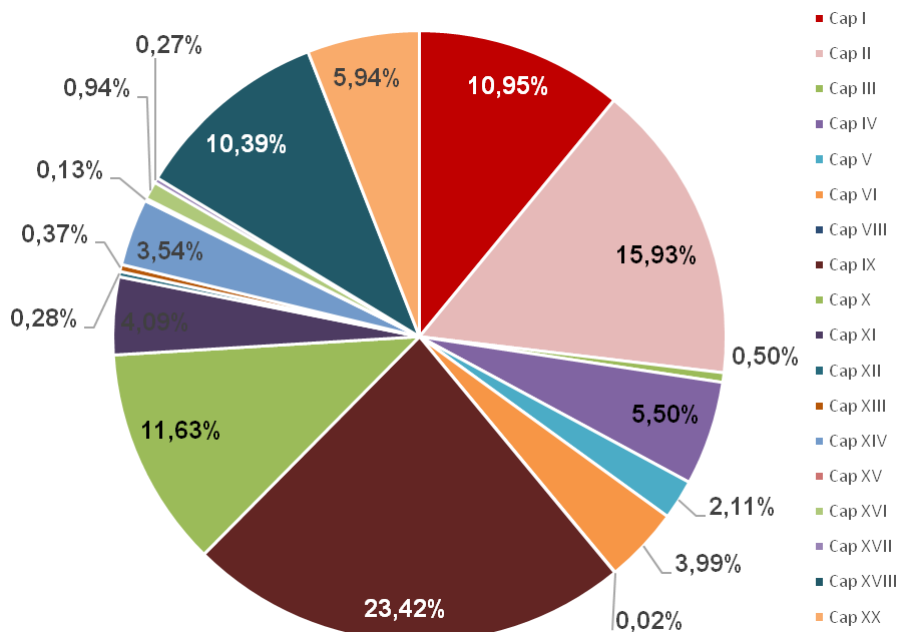
Gráfico 17 – Número de óbitos por ano e por Capítulo CID-10 em Rio Claro - 2019 a 2023.



FONTE: MS/SVS/CGIAE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM. OS CAPÍTULOS DA CID-10 ESTÃO MENCIONADOS NO GRÁFICO DE FORMA ABREVIADA. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Ainda considerando todo o período de 2019-2023, evidentemente o impacto da COVID-19 foi impressionante e causou aumento da causa de mortalidade da população no período da pandemia e pós-pandêmico. De forma gráfica, ao analisar todo o período de 2019 a 2023, é possível avaliar a relevância de cada capítulo da CID-10 nas causas de mortalidade, somando-se o total de óbitos de cada capítulo ao longo do período. A partir dessa soma, pode-se gerar um gráfico que permite visualizar o impacto de cada capítulo da CID-10 no panorama da mortalidade do município durante o período analisado. Para observarmos esse retrato de todo o período analisado (2019-2023) foi elaborado o **Gráfico 18**. Nele, visualizamos o impacto de cada Capítulo CID-10 na causa de mortalidade da população, considerando nesse caso todo o período analisado (2019-2023) e o somatório de número absoluto de óbitos da causa de mortalidade do respectivo Capítulo CID-10, gerando um percentual de participação de cada causa de mortalidade no período analisado (2019-2023).

Gráfico 18 – % de participação da causa de mortalidade (Capítulo CID-10) no período de 2019-2023 em Rio Claro.



FONTE: MS/SVS/CGIAE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM. OS CAPÍTULOS DA CID-10 ESTÃO MENCIONADOS NO GRÁFICO DE FORMA ABREVIADA. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Com base no **Gráfico** anterior concluímos, por ordem de grandiosidade (número absoluto de óbitos), o impacto de cada Capítulo CID-10 na causa de mortalidade da população com o seguinte resultado expresso na **Tabela 18**, que permite visualizar a contribuição de cada causa de óbito relacionado ao Capítulo CID-10 no período analisado (2019-2023). A seguir, **Tabela** com o percentual de participação de causa de óbito relacionado ao Capítulo CID-10 no período de 2019 a 2023.

Tabela 18 - Percentual de participação de causa de óbito relacionado ao Capítulo CID-10 no município de Rio Claro no período de 2019-2023.

Ordem	Capítulo CID-10	% de participação como causa de óbito
1	IX. Doenças do aparelho circulatório	23,42
2	II. Neoplasias (tumores)	15,93
3	X. Doenças do aparelho respiratório	11,63
4	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10,95
5	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	10,39
6	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	5,94
7	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5,50
8	XI. Doenças do aparelho digestivo	4,09
9	VI. Doenças do sistema nervoso	3,99
10	XIV. Doenças do Aparelho Geniturinário	3,54
11	V. Transtornos Mentais e Comportamentais	2,11
12	XVI. Algumas Afecções Originadas do Período Perinatal	0,94
13	III. Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos e Alguns Transtornos Imunitários	0,50
14	XIII. Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	0,37
15	XII. Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	0,28
16	XVII. Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias	0,27
17	XV. Gravidez, Parto e Puerpério	0,13
18	VIII. Doenças do Ouvido e da Apófise Mastoide	0,02

FONTE: MS/SVS/CGIAE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

O perfil das causas de morte no município em geral reflete a transição epidemiológica e demográfica (envelhecimento), com a maior proporção de doenças crônico-degenerativas e neoplasias, seguida de doenças do aparelho respiratório, segundo os capítulos da Classificação Internacional das Doenças – CID 10.

Os óbitos por causas mal definidas correspondem ao Capítulo XVIII — Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (códigos R00-R99) — da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e representam a 5ª causa de morte no município. Esse dado indica que a

qualidade das informações é precária, já que essa causa mantém um número elevado de registros. Essa alta proporção dificulta o conhecimento detalhado sobre a mortalidade, compromete a análise adequada, a definição de prioridades de saúde e o planejamento eficiente no âmbito do SUS.

A quantidade de óbitos grande pelo Capítulo XVIII indica ainda pouca disponibilidade de assistência médica, condições inapropriadas para o diagnóstico das doenças ou insuficiente capacitação profissional para preenchimento das informações de óbitos (REDE, 2008).

Também merece destaque a manutenção das causas externas (Capítulo XX. Causas externas de morbidade e mortalidade) como a 6ª maior causa de mortalidade.

Como mencionado, no período de 2019 a 2022 ocorreu uma alteração entre as principais causas de mortalidade, sendo registrado o aumento do número de óbitos específica em relação às doenças infecciosas e parasitárias (Capítulo I), ao qual merece um destaque.

1.2.4.1.1. Mortalidade Geral por sexo e idade

Ao analisarmos a mortalidade separada por sexo e por idade, podemos verificar grandes diferenças. O período que analisaremos em relação ao comportamento dos óbitos será de 2019 a 2023. E as faixas etárias utilizadas serão aquelas disponíveis nos sistemas do Ministério da Saúde, que são as seguintes: A) Menor de 1 ano; B) 1 a 4 anos; C) 5 a 9 anos; D) 10 a 14 anos; E) 15 a 19 anos; F) 20 a 29 anos; G) 30 a 39 anos; H) 40 a 49 anos; I) 50 a 59 anos; J) 60 a 69 anos; K) 70 a 79 anos e L) 80 e mais.

Com essas faixas etárias será possível identificar o comportamento dos óbitos nas diversas faixas etárias e a tendência ano a ano, dessa forma, conseguindo sanar o mito de que temos mortes de pessoas mais jovens nesse período pós-pandemia no nosso município, fruto do processo de desinformação disseminado na população.

Outro aspecto que merece análise são os óbitos por faixa etária e separados por sexo. Nesse caso, o comportamento dos óbitos revela que os óbitos do sexo masculino são superiores em praticamente todas as faixas etárias, com exceção de 2 faixas etárias: B) 1 a 4 anos e L) 80 e mais.

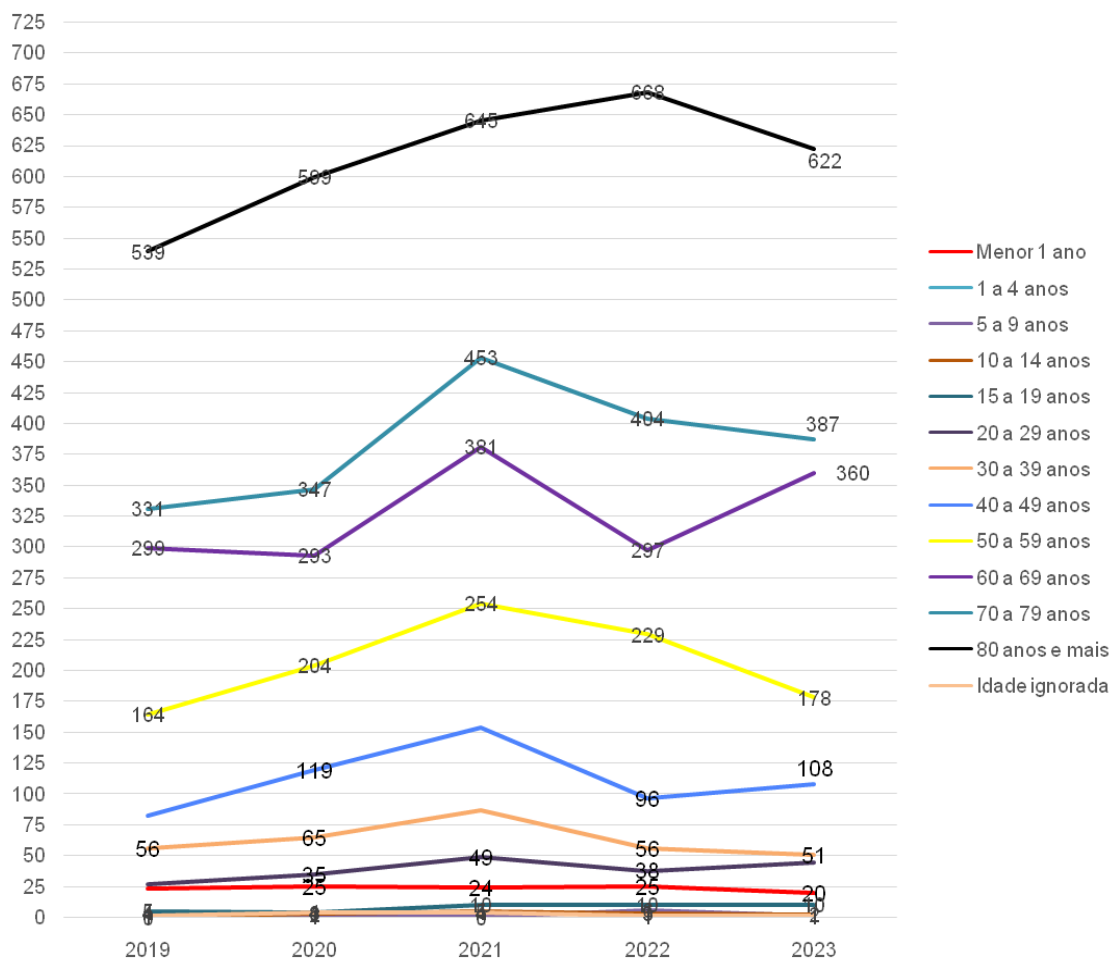
A diferença da mortalidade por sexo e por faixa etária é mais acentuada entre jovens e adultos jovens, principalmente na faixa de 20 a 29 anos e na faixa de 30 a 39 anos, onde há uma sobre mortalidade masculina de aproximadamente quase 3 vezes na faixa de 20 a 29 anos e mais que o dobro na faixa de 30 a 39 anos.

De forma gráfica, analisando todo o período (2019-2023), podemos verificar por faixa etária e Capítulo CID-10, a faixa etária relacionada à doença, ordenando pela maior quantidade de óbitos da faixa etária naquela causa de morte. Para facilitar a visualização

foram utilizadas cores para indicar as cinco maiores quantidades ficando mais fácil de identificar.

No **Gráfico** a seguir visualizamos a quantidade de óbitos por faixa etária, por ano dos residentes de Rio Claro no período de 2019 a 2023.

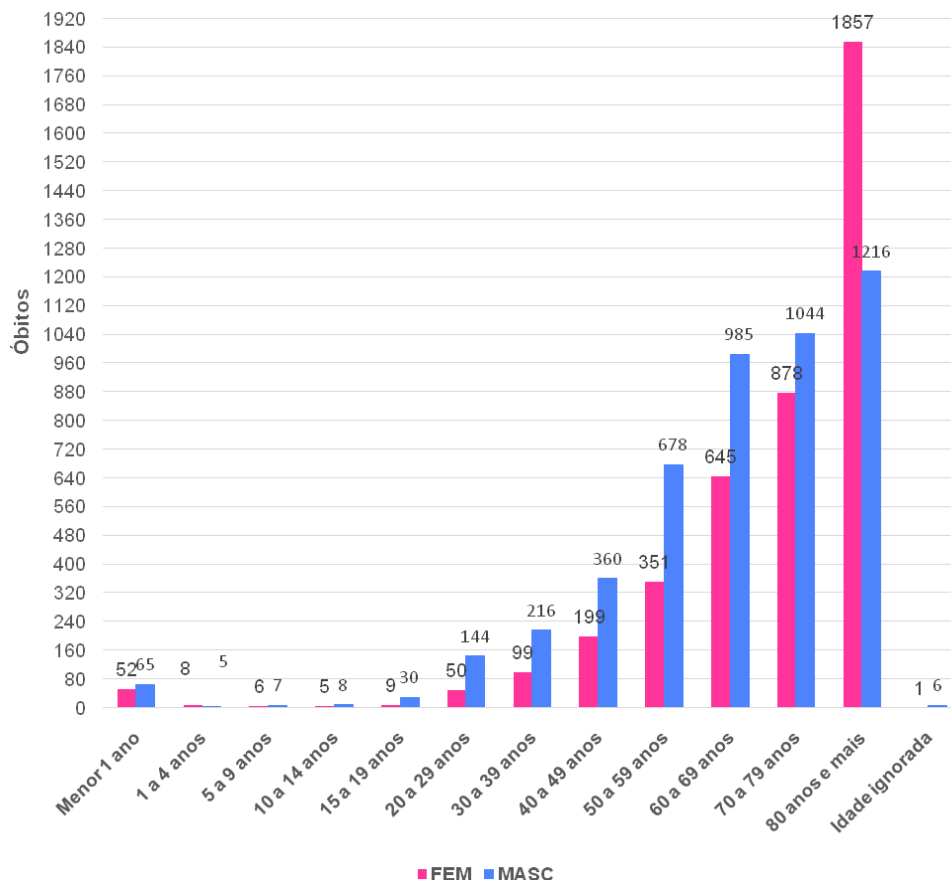
Gráfico 19 – Óbitos de munícipes residentes de Rio Claro por faixa etária, por ano, no período de 2019-2023 em Rio Claro.



FONTE: MS/SVS/CGIAE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

No **Gráfico** a seguir visualizamos a quantidade de óbitos por faixa etária, e por sexo, considerando a quantidade total de óbitos do período de 2019 a 2023 dos residentes de Rio Claro.

Gráfico 20 – Óbitos de munícipes residentes de Rio Claro por faixa etária, por sexo, considerando o total de óbitos no período de 2019-2023 em Rio Claro.



FONTE: MS/SVS/CGIAE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Ao analisarmos as causas de óbito por faixa etária, observamos alguns destaques que merecem ser citados. Na **Tabela** a seguir visualizamos a quantidade de óbitos por faixa etária e por causa de morte (Capítulo da CID 10). Para a análise, foi considerada a quantidade total de óbitos no período de 2019 a 2023 entre os residentes de Rio Claro.

ORDEM: 1ª

ORDEM: 2ª

ORDEM: 3ª

ORDEM: 4ª

ORDEM: 5ª

Tabela 19 – Óbitos de munícipes residentes de Rio Claro por faixa etária, por Capítulo CID 10, considerando o total de óbitos no período de 2019-2023 em Rio Claro.

Capítulo CID-10	FAIXAS ETÁRIAS											
	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3	1	-	1	4	13	46	102	150	196	208	254
II. Neoplasias (tumores)	-	1	3	4	2	12	31	88	229	383	384	285
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	1	-	-	1	3	3	8	-	5	8	16
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1	1	-	-	-	3	3	22	49	113	126	173
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	1	5	5	25	40	35	39	38
VI. Doenças do sistema nervoso	2	1	5	1	2	3	9	8	10	26	71	218
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	1	2	2	3	2	13	35	90	201	401	502	839
X. Doenças do aparelho respiratório	-	2	3	-	1	10	14	31	71	150	238	518

XI. Doenças do aparelho digestivo	1	-	-	-	1	1	11	36	63	89	66	97
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	-	-	-	-	2	2	3	6	4	8
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	-	-	3	4	1	5	3	3	14
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	1	1	2	4	13	26	47	75	147
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	-	-	6	6	-	-	-	-	-
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	18	2	-	-	-	1	1	-	1	1	-	-
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	4	-	-	1	-	17	29	54	92	127	166	434
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3	2	-	2	24	102	112	78	88	48	32	32

FONTE: MS/SVS/CGIAE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM. ELABORAÇÃO PRÓPRIA. CORES UTILIZADAS NA ORDEM DAS CAUSAS DE ÓBITO POR FAIXA ETÁRIA.

Na **Tabela** anterior identificamos aquelas causas de óbito que são importantes para faixas etárias, relacionado ao número absoluto de óbitos ocorridos no período de 2019 a 2023, considerando a quantidade total de óbitos nesse período. Dessa forma identificamos alguns destaques nesse período:

- 1) O impacto da COVID-19 em relação à mortalidade, no período analisado (2019-2023), em especial no período de 2020-2021. Isso resultou em alteração da quantidade de óbitos desse Capítulo CID-10 (Capítulo I.

Algumas doenças infecciosas e parasitárias) para todas as faixas etárias, em especial as faixas etárias superiores a G) 30 a 39 anos;

- 2) Na faixa etária E) 15 a 19 anos, a quantidade de óbitos é maior pelas causas externas de morbidade e mortalidade relacionado ao Capítulo XX (XX. Causas externas de morbidade e mortalidade) é superior ao de outras doenças, além da COVID-19 (Capítulo I), ficando em 3º lugar empatados em quantidade de óbitos as doenças relacionadas ao Capítulo CID 10 (neoplasias (II), sistema nervoso (VI) e aparelho circulatório (IX)) e ficando em 4º lugar empatados em quantidade de óbitos as doenças relacionadas ao Capítulo CID 10 (III, V, X, XI, XIV);
- 3) Na faixa etária de 20 a 29 anos, o maior número de óbitos é causado por causas externas de morbidade e mortalidade (Capítulo XX), superando todas as demais doenças. Em 2º lugar, destacam-se as causas mal definidas (Capítulo XVIII — Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte). Em 3º lugar, aparece a COVID-19 (Capítulo I — Algumas doenças infecciosas e parasitárias), empatada com as doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX). Em seguida, em 4º lugar, estão as neoplasias (Capítulo II), e, por fim, em 5º lugar, as doenças do aparelho respiratório (Capítulo X);
- 4) Na faixa etária de 30 a 39 anos, o maior número de óbitos também é causado por causas externas de morbidade e mortalidade (Capítulo XX), superando todas as demais doenças. Em 2º lugar, aparece a COVID-19 (Capítulo I — Algumas doenças infecciosas e parasitárias). Em 3º lugar, figuram as doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX), seguidas, em 4º lugar, pelas neoplasias (Capítulo II) e, em 5º lugar, pelas causas mal definidas (Capítulo XVIII — Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte);
- 5) Na faixa etária H) 40 a 49 anos, a quantidade de óbitos é maior pela COVID-19 (Capítulo I), revelando que o impacto nessa faixa etária é superior ao de outras doenças, ficando em 2º lugar as doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX) e em 3º lugar as neoplasias (Capítulo II). Em 4º lugar, estão as causas externas de morbidade e mortalidade (Capítulo XX) e, por fim, em 5º lugar, as doenças do aparelho digestivo (Capítulo XI). Essa última causa de óbito, nessa ordem de importância, difere do padrão observado em outras faixas etárias, nas quais não apresenta grande relevância em termos de quantidade absoluta;
- 6) Na faixa etária I) 50 a 59 anos, a quantidade de óbitos é maior pelas neoplasias (Capítulo II) e é superior ao de outras doenças, ficando em 2º

lugar, as doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX), em 3º lugar por causa da COVID-19 (Capítulo I), revelando o impacto nessa faixa etária, em 4º lugar o Capítulo XVIII e por fim em 5º lugar, os óbitos por causas externas de morbidade e mortalidade (Capítulo XX). Nessa faixa etária, as neoplasias tem grande relevância, superando as demais doenças;

- 7) Na faixa etária J) 60 a 69 anos, a quantidade de óbitos pelas doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX) é superior ao de outras doenças, estando em 2º lugar, as neoplasias (Capítulo II), em 3º lugar, COVID-19 (Capítulo I), revelando o impacto nessa faixa etária, em 4º lugar, as doenças do aparelho respiratório (Capítulo X) e, por fim, em 5º lugar, as causas mal definidas relacionadas ao Capítulo XVIII (XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat);
- 8) Na faixa etária K) 70 a 79 anos, a quantidade de óbitos pelas doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX) é superior ao de outras doenças, estando em 2º lugar, as neoplasias (Capítulo II), em 3º lugar, as doenças do aparelho respiratório (Capítulo X), em 4º lugar COVID-19 (Capítulo I), revelando o impacto nessa faixa etária e, por fim, em 5º lugar as causas mal definidas relacionadas ao Capítulo XVIII (XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat); e
- 9) Na faixa etária L) 80 e mais, a quantidade de óbitos é maior pelas doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX), superando outras doenças, ficando em 2º lugar, as doenças do aparelho respiratório (Capítulo X), em 3º lugar as causas mal definidas relacionadas ao Capítulo XVIII (XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat), em 4º lugar, as neoplasias (Capítulo II) e, por fim, em 5º lugar a COVID-19 (Capítulo I), revelando o impacto nessa faixa etária.

Em resumo, observamos que a COVID 19 impactou a ordem das causas de óbito nesse período (2019-2023), impondo a inserção do Capítulo I como causa importante de óbito dos residentes de Rio Claro.

Também, observamos que as causas externas de morbidade e mortalidade (Capítulo XX) são a 1ª causa de óbito para 4 faixas etárias (1 a 4 anos, 15 a 19 anos, 20 a 29 anos e 30 a 39 anos), a 3ª causa de óbito para 1 faixa etária (10 a 14 anos) e a 4ª causa de óbito para 2 faixas etárias (Menor de 1 ano e 40 a 49 anos), revelando a necessidade de um estudo mais aprofundado sobre essa causa de mortalidade.

Já as doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX) constituem a 1ª causa de óbito em quatro faixas etárias: 1 a 4 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais; a 2ª causa de óbito em três faixas etárias: 10 a 14 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos; e a 3ª causa de óbito em outras quatro faixas etárias: 5 a 9 anos, 15 a 19 anos, 20 a 29 anos e 30 a 39 anos.

As neoplasias (Capítulo II) constituem a 1ª causa de óbito em duas faixas etárias: 10 a 14 anos e 50 a 59 anos; a 2ª causa de óbito em outras quatro faixas etárias: 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 60 a 69 anos e 70 a 79 anos; e a 3ª causa de óbito em duas faixas etárias: 15 a 19 anos e 40 a 49 anos.

Na **Tabela 20** apresentam-se as cinco principais causas de mortalidade da população residente por grupo etário e Capítulos da CID-10 no município de Rio Claro, no período compreendido entre 2019-2023 (no computo total de dados). De forma gráfica é mais fácil observar a posição que ocupa a causa básica de mortalidade. Com essa Tabela do escore/ordem permite-se visualizar a ordem crescente/decrecente e a importância do respectivo Capítulo CID-10 no respectivo impacto como causa de óbito da população na respectiva faixa etária.

A seguir a **Tabela 20** do escore dos óbitos segundo causa – Capítulo CID 10 no período de 2019-2023 na respectiva faixa etária, considerando o período de 2019-2023 no município de Rio Claro.

Tabela 20 – Escore dos óbitos segundo causa Capítulo CID 10, por faixa etária e ordem de causa básica. Rio Claro (2019-2023).

Faixa etária	ORDEM				
	1º	2º	3º	4º	5º
Menor de 1 ano	Cap. XVI	Cap. XVII	Cap XVIII	XX	I
1 a 4 anos	Cap. IX, X, XVII, XX	Cap. I, II, III, IV, VI			
5 a 9 anos	Cap. VI	X	II	Cap IX	
10 a 14 anos	Cap II	Cap IX	Cap XX	Cap. I, VI, XIV, XVIII	
15 a 19 anos	Cap XX	Cap I	IX	II	Cap.III, V, X, XI, XIV
20 a 29 anos	Cap XX	Cap XVIII	IX	I	Cap II
30 a 39 anos	Cap XX	Cap I	Cap IX	Cap II	Cap XVIII
40 a 49 anos	Cap I	Cap IX	Cap II	Cap XX	Cap XI
50 a 59 anos	Cap II	Cap IX	Cap I	Cap XVIII	Cap XX
60 a 69 anos	Cap IX	Cap II	Cap I	Cap X	Cap XVIII
70 a 79 anos	Cap IX	Cap II	Cap X	Cap I	Cap XVIII
80 e mais	Cap IX	Cap X	Cap XVII	Cap II	Cap I

FONTE: MS/SVS/CGIAE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM. OS CAPÍTULOS DA CID-10 ESTÃO MENCIONADOS NA TABELA DE FORMA ABREVIADA. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Como se pode observar graficamente na tabela anterior, a 1ª causa de óbito para três faixas etárias (15 a 19 anos, 20 a 29 anos e 30 a 39 anos) são as “causas externas”, o que revela que todo o grupo etário de 15 a 39 anos apresenta essa causa como a mais relevante. Também como 1ª causa de óbito para três faixas etárias (60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais), as doenças do aparelho circulatório evidenciam a importância de ações voltadas a essa área, especialmente para a população idosa com mais de 60 anos. Já as neoplasias, como 2ª causa de óbito para três faixas etárias (5 a 9 anos, 60 a 69 anos e 70 a 79 anos), reforçam a necessidade de atenção a essa causa. Da mesma forma, as doenças do aparelho circulatório, como 2ª causa de óbito em outras três faixas etárias (10 a 14 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos), merecem destaque, sobretudo pelo fato de ocuparem essa posição na faixa de 10 a 14 anos.

O impacto da COVID-19, trazendo o Capítulo I como causa de mortalidade, sendo 1ª causa para a faixa etária de 40 a 49 anos, sendo a 2ª causa de óbito para 2 faixas etárias (15 a 19 anos, 30 a 39 anos) e a 3ª causa para outras 3 faixas etárias (20 a 29 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos), é motivo de atenção que deve ser observado nos próximos anos, principalmente com o avanço da vacinação de COVID-19.

Para podermos detalhar a análise das causas dos óbitos no município de Rio Claro nesse período (2019-2023), fizemos um recorte por sexo e faixas etárias, ou seja, identificando assim, se os homens e as mulheres em faixas etárias têm um comportamento de causas de óbitos diferentes. Dessa forma, podemos direcionar melhor as políticas públicas, pois esse recorte permite entendermos porque os homens e as mulheres em determinada faixa etária estão evoluindo para óbito e quais são as causas. Já observamos anteriormente que os óbitos do sexo masculino são superiores em todas as faixas etárias, com exceção de 2 faixas etárias: B) 1 a 4 anos e L) 80 e mais.

A seguir, a **Tabela 21** com os dados exclusivos relacionados ao sexo feminino.

ORDEM: 1ª	ORDEM: 2ª	ORDEM: 3ª	ORDEM: 4ª	ORDEM: 5ª	ORDEM: 6ª	ORDEM: 7ª	ORDEM: 8ª
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

Tabela 21 – Óbitos de munícipes residentes de Rio Claro por faixa etária exclusivamente do sexo FEMININO, por Capítulo CID 10, considerando o total de óbitos no período de 2019-2023 em Rio Claro.

Capítulo CID-10♀	FAIXAS ETÁRIAS											
	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	1	-	1	3	2	13	35	57	73	94	148
II. Neoplasias (tumores)	-	1	1	1	1	4	24	56	103	161	174	143
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	-	-	-	-	2	1	2	-	1	5	10
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1	-	-	-	-	2	-	12	19	48	57	112
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	1	1	-	7	12	11	12	22
VI. Doenças do sistema nervoso	2	-	2	1	-	1	4	3	6	5	39	145
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	2	2	1	1	3	13	37	69	162	241	514
X. Doenças do aparelho respiratório	-	2	1	-	-	5	4	11	18	73	99	292
XI. Doenças do aparelho digestivo	1	-	-	-	1	-	4	8	18	29	26	64
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	-	-	-	-	-	1	1	4	1	6
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	-	-	2	4	-	1	2	2	6
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	-	-	2	1	7	10	17	34	101
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	-	-	6	6	-	-	-	-	-
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	8	2	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	-	-	-	-	6	5	13	25	50	84	281
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2	-	-	1	2	14	20	6	11	8	10	13

FONTE: MS/SVS/CGIAE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM. ELABORAÇÃO PRÓPRIA. CORES UTILIZADAS NA ORDEM DAS CAUSAS DE ÓBITO POR FAIXA ETÁRIA. SOMENTE DO SEXO FEMININO.

A seguir, a **Tabela 22** com os dados exclusivos relacionados ao sexo masculino.

ORDEM: 1ª	ORDEM: 2ª	ORDEM: 3ª	ORDEM: 4ª	ORDEM: 5ª	ORDEM: 6ª	ORDEM: 7ª	ORDEM: 8ª
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

Tabela 22 – Óbitos de munícipes residentes de Rio Claro por faixa etária exclusivamente do sexo MASCULINO, por Capítulo CID 10, considerando o total de óbitos no período de 2019-2023 em Rio Claro.

Capítulo CID-10♂	FAIXAS ETÁRIAS											
	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	-	-	-	1	11	33	67	93	123	114	106
II. Neoplasias (tumores)	-	-	2	3	1	8	7	32	126	222	210	142
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	1	-	-	1	1	2	6	-	4	3	6
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	1	-	-	-	1	3	10	30	65	69	61
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	-	4	5	18	28	24	27	16
VI. Doenças do sistema nervoso	-	1	3	-	2	2	5	5	4	21	32	73
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	1	-	-	2	1	10	22	53	132	239	261	325
X. Doenças do aparelho respiratório	-	-	2	-	1	5	10	20	53	77	139	226
XI. Doenças do aparelho digestivo	-	-	-	-	-	1	7	28	45	60	40	33
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	-	-	-	-	2	1	2	2	3	2
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	-	-	1	-	1	4	1	1	8
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	1	1	-	3	6	16	30	41	46
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	47	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	10	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	4	-	-	1	-	11	24	41	67	77	82	153
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1	2	-	1	22	88	92	72	77	40	22	19

FONTE: MS/SVS/CGIAE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM. ELABORAÇÃO PRÓPRIA. CORES UTILIZADAS NA ORDEM DAS CAUSAS DE ÓBITO POR FAIXA ETÁRIA. SOMENTE DO SEXO MASCULINO.

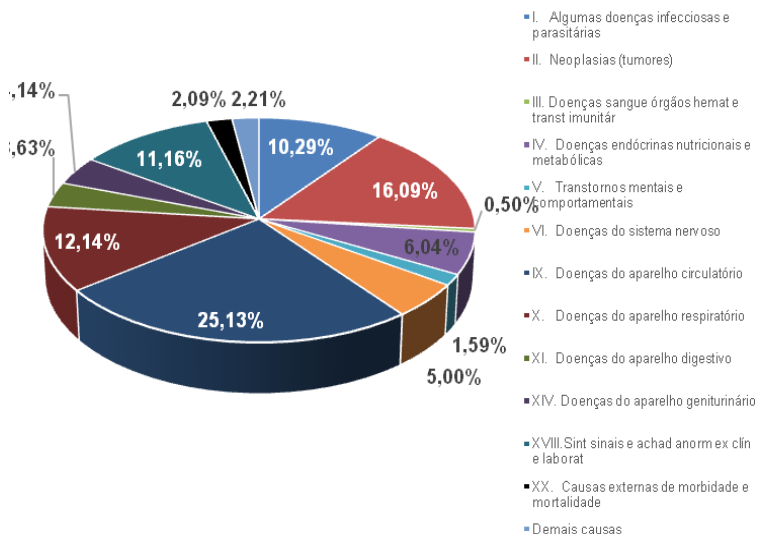
As Tabelas anteriores permitem identificar diferenças entre as causas de óbito mais prevalentes para o sexo feminino e as mais prevalentes para o sexo masculino. Com essas informações, é possível direcionar as políticas para que possamos diminuir ou mitigar os óbitos nas causas principais, sem descuidar das demais.

De forma gráfica, por meio de um gráfico em formato de pizza, é possível observar a participação das causas de óbito, separadas por sexo.

Nos **Gráficos** a seguir, visualizamos a quantidade de óbitos por sexo e por Capítulo de CID 10, identificando a causa da mortalidade e sua participação, considerando o total de óbitos ocorridos de 2019 a 2023, dos residentes de Rio Claro.

Gráfico 21 – Óbitos de munícipes residentes de Rio Claro por sexo e por Capítulo de CID 10, considerando o total de óbitos no período de 2019-2023 em Rio Claro. Exclusivamente do sexo feminino.

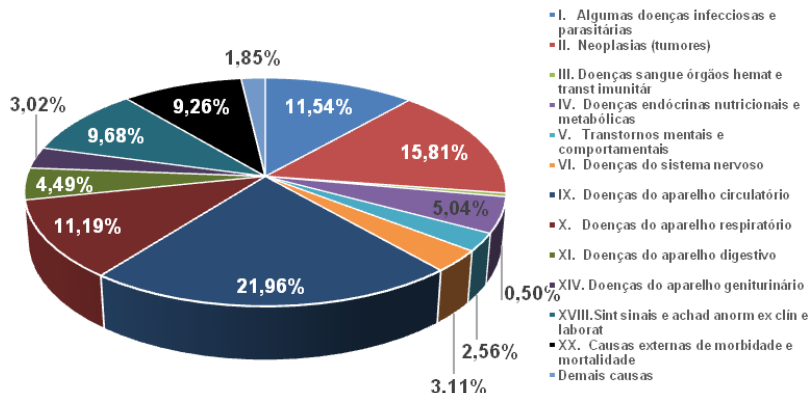
Capítulo I	10,29
Capítulo II	16,09
Capítulo III	0,50
Capítulo IV	6,04
Capítulo V	1,59
Capítulo VI	5,00
Capítulo IX	25,13
Capítulo X	12,14
Capítulo XI	3,63
Capítulo XIV	4,14
Capítulo XVIII	11,16
Capítulo XX	2,09
Demais causas	2,21



FONTE: MS/SVS/CGIAE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM. ELABORAÇÃO PRÓPRIA. SOMENTE DO SEXO FEMININO. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Gráfico 22 – Óbitos de munícipes residentes de Rio Claro por sexo e por Capítulo de CID 10, considerando o total de óbitos no período de 2019-2023 em Rio Claro. Exclusivamente do sexo masculino.

Capítulo I	11,54
Capítulo II	15,81
Capítulo III	0,50
Capítulo IV	5,04
Capítulo V	2,56
Capítulo VI	3,11
Capítulo IX	21,96
Capítulo X	11,19
Capítulo XI	4,49
Capítulo XIV	3,02
Capítulo XVIII	9,68
Capítulo XX	9,26
Demais causas	1,85



FONTE: MS/SVS/CGIAE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM.
ELABORAÇÃO PRÓPRIA. SOMENTE DO SEXO MASCULINO.

Com os dados e os recortes por faixa etária e por sexo, observamos que há um comportamento diferente das causas dos óbitos quanto aos indicadores mencionados (faixa etária e sexo).

Dessa forma, a partir de uma breve análise dos dados anteriormente mencionados, no período de 2019 a 2023, estabelecido como base, é possível obter algumas conclusões iniciais sobre a mortalidade geral por faixa etária e por sexo.

1) Na faixa etária E) 15 a 19 anos:

Para o sexo masculino, as causas externas (Capítulo XX) é a 1ª causa de óbitos (73,3% do total de óbitos da faixa etária), enquanto que para o sexo feminino é a 2ª causa de óbitos (22,2% do total de óbitos da faixa etária). Em termos de números absolutos, isso representa 22 (vinte e dois) óbitos no sexo masculino e apenas 2 (dois) no sexo feminino. O COVID-19 impactou a 2ª causa de óbitos (33,3%) para o sexo feminino nessa faixa etária, já para o sexo masculino as doenças do sistema nervoso (6,66%) ocupam essa posição. Esses dados revelam, nessa faixa etária, uma diferença grande de quantidade de óbitos e de causas diferentes para os sexos.

2) Na faixa etária F) 20 a 29 anos:

Para o sexo masculino, as causas externas (Capítulo XX) mantêm como a 1ª causa de óbitos (61,1% do total de óbitos da faixa etária) e também como 1ª causa de óbitos para o sexo feminino (28% do total de óbitos da faixa etária). Em termos de número de óbitos absolutos, há uma diferença entre o sexo masculino (88 óbitos) e o sexo feminino (14 óbitos). Já a 2ª causa de óbitos as diferenças são evidentes, pois as causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério (Capítulo XV) são exclusivas do sexo feminino e representam a 2ª causa de óbitos (12% do total de óbitos da faixa etária), empatado com as causas mal definidas (Capítulo XVIII) para o sexo feminino nessa faixa etária. Já entre os homens, a 2ª causa de óbitos nessa faixa etária foi a COVID-19 (Capítulo I) (7,64% do total de óbitos da faixa etária), empatada com as causas mal definidas (Capítulo XVIII), mesma situação observada no sexo feminino.

3) Na faixa etária G) 30 a 39 anos:

Para o sexo masculino, as causas externas (Capítulo XX) mantêm-se como a 1ª causa de óbitos (42,6% do total da faixa etária), enquanto para o sexo feminino ocupam a 2ª posição (20,2% do total). Em termos absolutos, observa-se diferença significativa: 92 óbitos entre homens e 20 entre mulheres, ambos números superiores aos registrados na faixa etária anterior. Entre as mulheres, a 1ª causa de óbito são as neoplasias (Capítulo II), responsáveis por 24,24% dos casos. Já entre os homens, a 2ª causa de óbito é a COVID-19 (Capítulo I), com 15,28% do total, seguida pelas causas mal definidas (Capítulo XVIII), que representam 11,11%. Para o sexo feminino, a COVID-19 também teve impacto expressivo nessa faixa etária, figurando como a 3ª causa de óbito (13,13%), empatada com as doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX). No sexo masculino, essas doenças aparecem como a 4ª causa de óbito (10,19% do total).

4) Na faixa etária H) 40 a 49 anos:

Para o sexo masculino, as causas externas (Capítulo XX) mantêm como a 1ª causa de óbito (20% do total de óbitos da faixa etária) e como a 10ª causa de óbitos para o sexo feminino (3,01% do total de óbitos da faixa etária), em termos de número de óbitos absolutos, há uma diferença entre o sexo masculino (72 óbitos) e o sexo feminino (6 óbitos), ambos menores do que na faixa etária anterior. Já a 1ª causa de óbito do sexo feminino, nessa faixa etária, são as neoplasias (Capítulo II) (28,14% do total de óbitos da faixa etária) e a 2ª causa de óbito são as doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX) (18,6% do total de óbitos da faixa etária). Para o sexo masculino, a COVID-19 impactou bastante, sendo a 2ª causa de óbitos nessa faixa etária e as doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX) sendo a 3ª causa de óbitos (14,72% do total de óbitos da faixa etária). Há, portanto, uma diferença de impacto da COVID-19 nessa faixa etária, nesse

período estudado, enquanto para o sexo feminino é a 3ª causa de óbitos (com 35 óbitos, em números absolutos), para o sexo masculino é a 2ª causa de óbitos (com 67 óbitos em números absolutos), quase o dobro do número de óbitos. Detalharemos as neoplasias em subcapítulo específico.

5) Na faixa etária I) 50 a 59 anos:

Para o sexo masculino, as doenças do aparelho circulatório, nesta faixa etária, aparecem como a 1ª causa de óbitos pela primeira vez (19,5% do total da faixa etária). Já para o sexo feminino, mantêm-se, assim como na faixa etária anterior, as neoplasias como a 1ª causa de óbitos (29,34% do total da faixa etária). As doenças do aparelho circulatório aparecem como a 2ª causa de óbitos para o sexo feminino (19,7%), embora, em termos percentuais, seja praticamente igual à participação do sexo masculino (19,5%). Em números absolutos, a diferença é significativa: 132 óbitos no sexo masculino e 69 no sexo feminino, quase a metade. A 3ª causa de óbitos é a mesma para ambos os sexos — COVID-19 (Capítulo I) —, com diferenças em números absolutos: 93 óbitos no sexo masculino e 57 no sexo feminino.

6) Na faixa etária J) 60 a 69 anos:

Para o sexo masculino, as doenças do aparelho circulatório nessa faixa etária mantêm-se como a 1ª causa de óbitos, assim como na faixa etária anterior (24,3% do total de óbitos da faixa etária) e aparece como a 1ª causa de óbitos pela primeira vez (25,1% do total de óbitos da faixa etária) para o sexo feminino. Em termos de números absolutos a diferença é grande entre os sexos, sendo que, para o sexo masculino são 239 óbitos e para o sexo feminino são 162 óbitos. Já em relação à 2ª causa de óbitos, para o sexo feminino e para o sexo masculino, as neoplasias continuam preponderando nesta faixa etária (24,9% do total de óbitos sexo feminino da faixa etária e 22,5% do total de óbitos sexo masculino da faixa etária). Em números absolutos são 222 (duzentos e vinte e dois) óbitos do sexo masculino e são 161 (cento e sessenta e um) óbitos do sexo feminino.

7) Na faixa etária K) 70 a 79 anos:

Tanto para o sexo masculino quanto para o sexo feminino, as doenças do aparelho circulatório, nesta faixa etária, constituem a 1ª causa de óbitos, com percentuais de participação próximos entre os sexos (25% para os homens e 27,4% para as mulheres). A 2ª causa de óbitos também é a mesma para ambos os sexos, com percentuais semelhantes (20,1% para os homens e 19,8% para as mulheres), embora os números absolutos sejam bastante distintos: 210 óbitos no sexo masculino e 174 óbitos no sexo feminino. A 3ª causa de óbitos é igualmente a mesma para ambos os sexos — doenças do aparelho respiratório

(Capítulo X) —, com participação de 13,3% do total de óbitos no sexo masculino (139 óbitos) e 11,3% no sexo feminino (99 óbitos).

8) Na faixa etária L) 80anos e mais:

Tanto para o sexo masculino quanto para o sexo feminino, as doenças do aparelho circulatório, nesta faixa etária, constituem a 1ª causa de óbitos, com percentuais próximos entre os sexos (26,7% para os homens e 27,7% para as mulheres). Pela primeira vez, o número absoluto de óbitos é maior entre as mulheres, com 514 (quinhentos e quatorze) óbitos, enquanto no sexo masculino foram 325 (trezentos e vinte e cinco) óbitos. A 2ª causa de óbitos também é a mesma para ambos os sexos, apontando para as doenças do aparelho respiratório (Capítulo X), com percentuais diferentes: 18,6% para os homens e 15,7% para as mulheres. As causas mal definidas (Capítulo XVIII) aparecem como a 3ª causa de óbitos em ambos os sexos.

1.2.4.1.2. Mortalidade Geral por causa de óbito e cor/raça

Para podermos detalhar ainda mais a análise das causas dos óbitos no município de Rio Claro nesse período (2019-2023), fizemos um recorte por cor e raça e causas de óbitos, identificando assim, se a cor/raça também tem alguma distinção nas causas de óbitos em relação às diferenças apontadas em relação ao recorte por sexo e por idade. Dessa forma, podemos direcionar melhor as políticas públicas, pois esse recorte permite entendermos o comportamento da população em relação às causas de óbitos segmentado por raça/cor e se estão evoluindo para óbito e quais são as causas. A tabela a seguir apresenta os dados de óbitos por raça/cor e causas, classificados por capítulo CID-10, com números absolutos e percentuais. Cores foram utilizadas para facilitar a visualização.

Tabela 23 – Óbitos de munícipes residentes de Rio Claro por Capítulo CID 10 e Cor/Raça, considerando o total de óbitos no período de 2019-2023 em Rio Claro/SP.

	COR/RAÇA									
Capítulo CID-10	Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	Ignorado
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	798	10,841	61	11,44	6	20	111	11,538	-	2
II. Neoplasias (tumores)	1225	16,642	66	12,38	6	20	122	12,682	1	2
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	38	0,5162	4	0,75	-		3	0,3119	-	-
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	398	5,4069	40	7,505	1	3,333	52	5,4054	-	-
V. Transtornos mentais e comportamentais	144	1,9563	14	2,627	1	3,333	27	2,8067	-	2
VI. Doenças do sistema nervoso	324	4,4016	13	2,439	-		19	1,9751	-	-
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2	0,0272	-		-		-		-	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	1726	23,448	137	25,7	10	33,33	208	21,622	4	57,143
X. Doenças do aparelho respiratório	869	11,805	64	12,01	1	3,333	100	10,395	-	4
XI. Doenças do aparelho digestivo	307	4,1706	15	2,814	2	6,667	38	3,9501	-	3
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	21	0,2853	3	0,563	-		1	0,104	-	-
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	29	0,394	2	0,375	-		2	0,2079	-	-
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	265	3,6001	25	4,69	1	3,333	25	2,5988	-	-
XV. Gravidez parto e puerpério	8	0,1087	1	0,188	-		3	0,3119	-	-
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	55	0,7472	7	1,313	-		21	2,183	-	1
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	16	0,2174	3	0,563	-		5	0,5198	-	-
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	779	10,583	49	9,193	1	3,333	88	9,1476	2	9
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	357	4,8499	29	5,441	1	3,333	137	14,241	-	6
TOTAL	7361	100	533	100	30	100	962	100	7	35

FONTE: MS/SVS/CGIAE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM. ELABORAÇÃO PRÓPRIA. UTILIZADOS CORES PARA IDENTIFICAR A ORDEM DE QUANTIDADE DE ÓBITOS POR CAPÍTULO CID 10 E COR/RAÇA.

Com os dados e os recortes por Capítulo CID 10 e por cor/raça observamos o comportamento das causas dos óbitos quanto aos indicadores mencionados (cor/raça).

Dessa forma, uma breve análise dos dados anteriormente mencionados, nesse período (2019-2023) estabelecido como base nesses dados, podemos ter algumas conclusões iniciais sobre a mortalidade geral por cor/raça.

1) 1ª Causa de óbito para todas as raças/cor

Como se pode observar, apesar de percentuais e números absolutos diferentes, a 1ª causa de óbito é idêntico para todas as raças/cor que são as doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX). Não existindo, nessa causa de óbito, grandes diferenças percentuais entre as mais numerosas raças/cor do município.

2) 2ª Causa de óbito

Já em relação à 2ª causa de óbito há diferenças que devem ser observadas entre as raças/cor. Para as raças/cor branca, preta e amarela, as neoplasias é a 2ª causa de óbito (Capítulo II), já para a raça/cor parda, as causas externas (Capítulo XX) aparecem com percentual significativo.

3) 3ª Causa de óbito

Já em relação à 3ª causa de óbito há diferenças que devem ser observadas entre as raças/cor. Para as raças/cor branca e preta, as doenças do aparelho respiratório é a 3ª causa de óbito (Capítulo X), já para a raça/cor parda, as neoplasias (Capítulo II) aparecem com percentual significativo e para a raça/cor amarela as doenças do aparelho digestivo (Capítulo XI) é a 3ª causa de óbito.

4) 4ª Causa de óbito

Já em relação à 4ª causa de óbito há diferenças que devem ser observadas entre as raças/cor. Para as raças/cor branca, preta e parda, a COVID 19 é a 4ª causa de óbito (Capítulo I), já para a raça/cor amarela estão empatadas diversas causas pela quantidade de óbitos não serem significativas dessa raça/cor em termos absolutos (quantidade).

De forma resumida, podemos concluir que existem diferenças entre as raças/cor nas causas de óbitos, destacando-se o percentual relacionado às causas externas (Capítulo XX), que aparecem como a 2ª causa de óbitos para a população parda, diferindo das demais raças/cor. Nesse caso, a participação é significativa, totalizando 137 óbitos em números absolutos na população parda. Além disso, merece destaque a importância e o impacto da COVID-19, que se apresenta como a 4ª causa de óbitos para as raças/cor branca, preta e parda no período considerado (2019-2023).

1.2.4.1.3. Mortalidade por acidentes e violências (Causas Externas)

A Organização Mundial da Saúde - OMS classifica os acidentes e a violência, para fins de comparabilidade estatística entre os países, como “causas externas”. Na Décima

Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), as “causas externas” compõem o Capítulo XX, onde a expressão “causas externas” abrange agravos à saúde que causam morbidade e mortalidade e que incluem causas acidentais, tais como os atropelamentos, quedas, envenenamentos, afogamentos, acidentes de trânsito, de trabalho e outros tipos de acidentes e agressões, e ainda causas intencionais como as agressões, as lesões auto provocadas, homicídios e suicídios (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Com este caráter, a Décima Revisão da CID vem sendo utilizada para morbidade hospitalar no SUS desde 1998 (BRASIL, 1997).

Na Tabela abaixo (**Tabela 24**), no período de 2019 a 2023, podemos verificar a quantidade total de “causas externas” por ano no município de Rio Claro, além dos números detalhados das causas separadamente (agressões, suicídios, acidentes de transporte, Afogamentos, Quedas, Fogo e chamas e demais causas externas) e o impacto de cada tipo por ano.

Tabela 24 – Óbitos por “causas externas” (agressões, suicídios, acidentes de transporte, Afogamentos, Quedas, Fogo e chamas e demais causas externas) e por ano de óbito (números absolutos), no município de Rio Claro (2019-2023).

Número de Óbitos por Causa Ext-Grupo segundo Ano do Óbito
Munic Residência: 354390 Rio Claro
Período: 2019-2023

Ano do Óbito	Demais causas externas	Agressões	Suicídio	Acidentes de Transportes	Afogamento	Queda	Fogo e Chamas	Total
TOTAL	36	159	88	156	9	72	3	523
2019	6	19	15	25	4	16	1	86
2020	8	23	23	29	1	9	0	93
2021	9	44	18	35	1	16	0	123
2022	7	44	13	33	1	15	1	114
2023	6	29	19	34	2	16	1	107

FONTE: SESSP-CCD/FSEADE - BASE UNIFICADA DE ÓBITOS. TABELA EXTRAÍDA DO SISTEMA TABNET.

Os tipos de “causas externa” no período de 2019 a 2023 podem ser observados graficamente no **Gráfico 23** onde observaremos o impacto das agressões, dos suicídios, dos acidentes de transporte, dos afogamentos, das quedas, das causas relacionadas a fogo e chamas e das demais causas externas. A seguir o **Gráfico 23** com o percentual de óbitos por “causas externas”, considerando todo o período analisado (2019-2023) no município de Rio Claro/SP.

Considerando todo o período de 2019 a 2023 a principal “causa externa” são as agressões, seguido pelos acidentes de transporte e em terceiro, os suicídios.

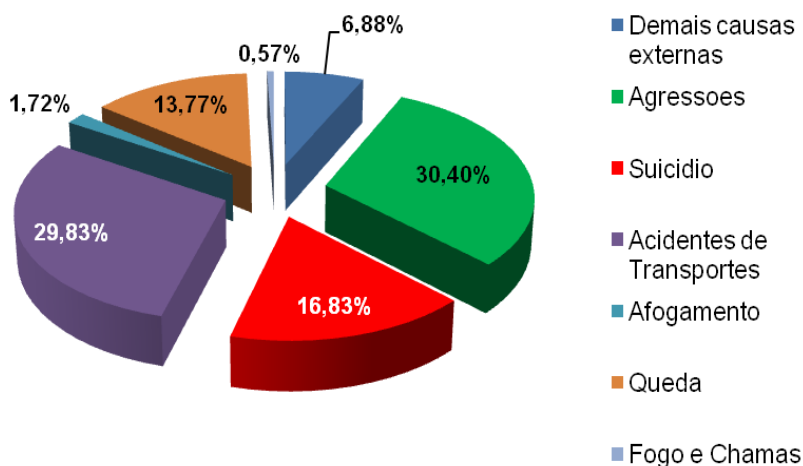
Em 2019 e 2020, os acidentes de transportes ocuparam a principal “causa externa” de óbito no município.

Em relação ao suicídio, considerando o período (2019-2023), o ano de 2020 foi o de maior prevalência com 23 (vinte e três) suicídios.

Os acidentes e violências são agravos à saúde que respondem por elevadas taxas de morbimortalidade como podemos observar nos dados do nosso município. Possuem múltiplos fatores determinantes o que requer, para seu enfrentamento, um esforço integrado de setores da saúde, assistência social, segurança pública, justiça, entre outros, pois apresenta forte relação com aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos.

Os acidentes de transporte, as agressões e os suicídios respondem, em conjunto, por cerca de dois terços dos óbitos por causas externas, assim como na nossa cidade, também no Brasil.

Gráfico 23 – (%) Percentual de Óbitos por “causas externas” (agressões, suicídios, acidentes de Transporte, Afogamentos, Quedas, Fogo e chamas e demais causas externas), no município de Rio Claro (2019-2023).



Fonte: SESSP-CCD/FSEADE - Base Unificada de Óbitos. Elaboração própria.

As taxas são consideravelmente mais altas na população de adultos jovens, principalmente do sexo masculino, como podemos observar nos dados anteriormente expostos.

Para detalharmos essas “causas externas” é possível, através da causa de óbitos, verificarmos o agrupamento e o subagrupamento em que se encontram essas mortalidades e assim identificarmos, dentre essas causas, as mais relevantes e importantes para análise. Para, desta forma, podermos elencar possíveis ações de saúde e/ou intersetoriais necessárias.

A análise detalhada das “causas externas” permite identificar com mais precisão o fator que realmente originou a causa básica do óbito.

Na **Tabela 25** abaixo, no período de 2019 a 2023, podemos verificar a quantidade por subgrupo das causas externas e por ano no município de Rio Claro, além dos números

detalhados das causas separadamente por subgrupo, detalhando dentro do grupo as causas básicas de óbitos relacionados às causas externas. A seguir a **Tabela** com os dados por subgrupo de causas externas e por ano, ordenada para facilitar a visualização da quantidade maior para a menor de óbitos (números absolutos).

Tabela 25 – Óbitos por subgrupos de “causas externas” por ano (números absolutos), no município de Rio Claro (2019-2023).

Causa Ext-SubGrupo	ANO					Total
	2019	2020	2021	2022	2023	
X85-Y09 Agressões	23	28	46	47	36	180
X60-X84 Lesão Autoprovocada Intencionalmente	16	24	21	16	27	104
W00-W19 Quedas	22	12	22	15	16	87
V20-V29 Motocic traum em acid transporte	12	15	20	19	15	81
V80-V89 Demais acid trânsito e trans terrestre	16	13	16	12	9	66
V01-V09 Atropelamento de pedestre	9	5	2	6	8	30
V10-V19 Ciclista traum em acid transporte	5	5	4	4	4	22
Y10-Y34 Eventos de intencao indeterminada	0	5	3	5	3	16
Demais subgrupos	1	3	5	1	2	12
W65-W74 Afogamentos	4	3	1	1	2	11
Y35 Intervenção legal	2	2	0	0	1	5
W75-W84 Outros riscos acidentais a respirac	2	1	0	1	0	4
TOTAL	112	116	140	127	123	618

FONTE: SESSP-CCD/FSEADE - BASE UNIFICADA DE ÓBITOS. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

O subgrupo “Agressões” com os códigos X85-Y09 da CID-10 refere-se a agressões, abrangendo uma variedade de formas de violência e ferimentos causados intencionalmente. Inclui agressões com armas de fogo (X93-X95), armas brancas (X99), espancamento (Y00) e outros meios (Y08-Y09). Na **Tabela** anterior se pode observar a participação importante dessa “causa externa” isoladamente é superior a causa externa “acidentes de transporte”, correspondendo a quase 30% do total de óbitos das “causas externas”. A quantidade de “agressões” de 2019 a 2023 cresceu 13 óbitos, cerca de 56%.

Em relação ao subgrupo “lesões autoprovocadas intencionalmente” com os códigos X60-X84 da CID-10 incluem casos de tentativa de suicídio (que lograram êxito, pois são óbitos registrados) e também autolesões não suicidárias. A classificação abrange uma variedade de meios e métodos utilizados para causar lesões, desde intoxicações por substâncias até lesões por objetos cortantes ou outros meios. Essa “causa externa”

corresponde a quase 17% do total de óbitos de “causas externas”. A quantidade de “lesões autoprovocadas intencionalmente” de 2019 a 2023 cresceu 11 óbitos, quase 70%.

Um destaque positivo nas “causas externas” refere-se ao subgrupo “quedas” com os códigos de W00 a W19 da CID-10 e engloba uma variedade de quedas, incluindo quedas no mesmo nível (como escorregões e tropeços), quedas de escadas e degraus, quedas durante atividades esportivas (como patinação), quedas de alturas e outras quedas não especificadas. O grupo abrange quedas em diferentes contextos, como gelo e neve, patins, escadas, andaimes, edifícios e árvores. Essa “causa externa” corresponde a mais de 14% do total de óbitos de “causas externas”. A quantidade de “quedas” de 2019 a 2023 reduziu 6 óbitos, cerca de 27%.

Os acidentes de transporte terrestre, classificados pela CID10 sob os códigos de V01 a V89, foram analisados em sua totalidade e, posteriormente, subdivididos nas seguintes categorias, de acordo com o meio de transporte da vítima (conforme Capítulo da CID 10): pedestre (V01 a V09), bicicleta (V10 a V19), motocicleta (V20 a V29), triciclo (V30 a V39), automóvel (V40 a V49), caminhonete (V50 a V59), veículo de transporte pesado (VTP) (V60 a V69), ônibus (V70 a V79) e outros (V80 a V89). Nesse tipo de “causa externa” - “acidentes de transporte” houve uma redução geral de apenas 6 óbitos, mas de forma isolada, houveram alguns aumentos de casos de óbitos em algumas dessas causas desse subgrupo de “causa externa”, como se pode verificar na **Tabela** anterior. Destacamos na **Tabela** os seguintes subgrupos: 1) V20-V29 “Motociclista traumatizado em um acidente de transporte”; 2) V80-V89 “Outros acidentes de transporte terrestre”; 3) V01-V09 “Atropelamento de pedestre”; e 4) V10-V19 “Ciclista traumatizado em um acidente de transporte”. Apesar da tendência decrescente da mortalidade por lesões do trânsito/transporte, possivelmente em razão do maior rigor da Lei Seca (2012), em conjunto com outras ações relacionadas à sinalização e radares, chama a atenção a não redução dos óbitos entre motociclistas e a estabilidade do número de óbitos entre ciclistas, o que reforça a necessidade de ações voltadas para identificar os locais onde esses óbitos relacionados ao trânsito e ao transporte ocorrem.

Já em relação ao subgrupo com os códigos de Y10 a Y34 da CID-10 referem-se a eventos cuja intenção é indeterminada. Eles são utilizados para classificar situações onde a informação disponível não é suficiente para determinar se o evento foi um acidente, uma lesão auto infligida ou uma agressão. Este subgrupo contempla eventos ou fatos sobre os quais a informação disponível não é suficiente para permitir que as autoridades médicas ou legais possam fazer a distinção entre tratar-se de um acidente, de uma lesão auto infligida ou de uma agressão.

Estes problemas de saúde exigem ações preventivas, de caráter social e envolvendo outros órgãos públicos e da sociedade em geral, além de medidas de saúde, sem as quais se torna muito difícil reduzir estes eventos de causa de morte. Finalmente há

que se buscar a contínua melhoria da qualidade da informação nas declarações de óbitos, de forma a melhor subsidiar as políticas públicas.

Para se ter uma ideia da importância da redução da mortalidade das causas externas, nesse aspecto, a ONU incluiu uma meta nessa área. O Brasil não conseguiu atingir a meta em 2020 e foi alterado o seu cumprimento para 2030.

A Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS da Organização das Nações Unidas – ONU tem 17 Objetivos e 169 metas a serem atingidas, sendo que o terceiro deles “*Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades*” estabelece como uma das metas: **“3.6 - Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas”** (ONU, 2015).

A referida meta foi alterada para: **“3.6 Até 2030, reduzir pela metade as mortes e lesões por acidentes no trânsito”**, conforme informações no site da Agenda 2030. Nesse sentido, há necessidade que os governos municipais mobilizem esforços para o efetivo cumprimento dessa meta.

As causas externas oneram o sistema de saúde, tanto na urgência como na reabilitação, exigindo tratamentos complexos e custosos da rede de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, sem contar o ônus social agregado. Deve ser ressaltado que esse estudo das “causas externas” é fundamental para a vigilância epidemiológica, a prevenção e o planejamento de ações de saúde pública em conjunto com outras áreas e setores da administração pública.

1.2.4.1.4. Mortalidade - Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

As doenças crônicas não transmissíveis, diferentemente das doenças infecciosas, elas não são causadas por agentes transmissíveis (como vírus e bactérias), mas sim por uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais (BRASIL, 2011).

As principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as doenças cardiovasculares, o câncer, o diabetes e as doenças respiratórias crônicas e são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo, estimando-se 38 milhões de mortes anuais. Desses óbitos, 16 milhões ocorrem prematuramente (menores de 70 anos de idade) e quase 28 milhões, em países de baixa e média renda (BRASIL, 2011).

Evidências indicam aumento das DCNT em função do crescimento dos quatro principais fatores de risco (tabaco, inatividade física, uso prejudicial do álcool e dietas não saudáveis). Assim, a intervenção nos fatores de risco, resultaria em redução do número de mortes em todo o mundo (BRASIL, 2011).

A epidemia de DCNT resulta em consequências devastadoras para os indivíduos, famílias e comunidades, além de sobrecarregar os sistemas de saúde. Estudos apontam que as DCNT afetam mais populações de baixa renda, por estarem mais vulneráveis, mais expostas aos riscos e terem menor acesso aos serviços de saúde e às práticas de promoção à saúde e prevenção das doenças. A Organização Mundial da Saúde (OMS) avalia que as pessoas com DCNT têm sua situação de pobreza agravada, pelos maiores gastos familiares com a doença pela procura de serviços, dentre outros (BRASIL, 2011).

Informações do Banco Mundial revelaram que as doenças crônicas (ou não transmissíveis) registraram recentemente taxas de morte prematura de cinco a nove vezes maiores do que as das doenças infectocontagiosas. Já está bem documentado na literatura o caráter evitável de grande parte das doenças crônicas e da possibilidade de envelhecer com qualidade de vida. Também há evidência acumulada sobre a iniquidade em relação à aplicação efetiva de medidas, incluindo intervenções e tratamento farmacológico, na prevenção e gestão das doenças crônicas (KANSO et al, 2013).

Essa metodologia e o conceito de causa de mortes evitáveis procura mensurar o peso que essas causas têm na estrutura da mortalidade populacional e, assim, identificar as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento precoce e adoção de tecnologias que contribuiriam para a sua redução (KANSO et al, 2013).

Evidentemente que essa informação relacionada às doenças infectocontagiosas não se aplica no período da pandemia de COVID-19 na crise sanitária mundial quando explodiram a quantidade de óbitos por causas infectocontagiosas.

A Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS da Organização das Nações Unidas – ONU dispõe em seu **“Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades”** e estabelece como uma das metas: **“3.4 Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar”** (ONU, 2015).

A importância de realizarmos ações efetivas no âmbito da saúde pública estão expressos na Agenda 2030 dos ODS da ONU ao qual o Brasil é signatário. Esse objetivo, assim como a meta específica mencionada, relacionada às DCNT, deve ser considerado e incorporado nas ações do Plano Municipal de Saúde e nas Programações anuais.

Para ampliar as ações e medidas efetivas voltadas às principais causas de mortalidade relacionadas às DCNT, foi realizada uma análise mais detalhada da mortalidade por neoplasias (Capítulo II), apresentada no subcapítulo a seguir.

1.2.4.1.4.1. Mortalidade – Neoplasias (Tumores)

De forma simplificada, apenas para contextualização, apresentamos o conceito de neoplasias. Segundo o Instituto Nacional de Câncer -INCA "José Alencar Gomes da Silva":

“As neoplasias (câncer in situ e câncer invasivo) correspondem a essa forma não controlada de crescimento celular e, na prática, são denominadas Tumores.

(...) Neoplasias podem ser benignas ou malignas [...].

As neoplasias malignas ou os tumores malignos manifestam um maior grau de autonomia e são capazes de invadir tecidos vizinhos e provocar metástases, podendo ser resistentes ao tratamento e causar a morte do hospedeiro (INCA, 2020, p.15).

O câncer é uma doença que pode acometer diversos órgãos do corpo. O órgão no qual é diagnosticado o tumor é reconhecido como a localização primária da doença. Os cânceres de pulmão, estômago, próstata, cólon e reto e mama aparecem entre as cinco maiores causas de mortalidade por câncer na população brasileira, conforme dados de 2018 do INCA (INCA, 2020).

De acordo com as estimativas divulgadas pelo INCA, são esperados 704 mil casos novos de câncer no Brasil para o triênio 2023-2025. As regiões Sul e Sudeste concentram cerca de 70% da incidência. O tipo mais incidente no Brasil é o de pele não melanoma, com 31,3% do total de casos, seguido pelos de mama feminina com 10,5%; próstata, 10,2%; cólon e reto, 6,5%; pulmão (4,6%); e estômago, com 3,1% dos casos (INCA, 2022). Há diferenças nas diversas regiões do Brasil e também por idade e sexo.

No Brasil, estima-se que os tipos de câncer mais frequentes em homens serão pele não melanoma, com 102 mil (29,9%) casos novos; próstata, com 72 mil (21,0%); cólon e reto, com 22 mil (6,4%); pulmão, com 18 mil (5,3%); estômago, com 13 mil (3,9%); e cavidade oral, com 11 mil (3,2%). Nas mulheres, os cânceres de pele não melanoma, com 118 mil (32,7%); mama, com 74 mil (20,3%); cólon e reto, com 24 mil (6,5%); colo do útero, com 17 mil (4,7%); pulmão, com 15 mil (4,0%); e tireoide, com 14 mil (3,9%) casos novos figurarão entre os principais (INCA, 2022).

É importante destacar que ainda não se sabe, de modo definitivo, como a pandemia de COVID-19 afetará os casos de câncer (INCA, 2022). No Brasil e em nossa cidade, a pandemia impactou significativamente os indicadores de mortalidade, alterando de maneira relevante a posição das neoplasias. A seguir, apresentaremos o cenário local da mortalidade por neoplasias, detalhando os diferentes tipos dessa condição.

Na **Tabela** a seguir apresentaremos a quantidade de casos de óbitos por neoplasias (Capítulo II) de forma detalhada, conforme o CID 10 da respectiva neoplasia e a localização primária, conforme mencionado a seguir.

Tabela 26 – Óbitos por Categoria CID 10 (Neoplasias – Tumores), no período de 2019 a 2023 na cidade de Rio Claro.

Categoria CID-10	2019	2020	2021	2022	2023	Total	%
C34 Neopl maligno dos brônquios e dos pulmões	26	45	53	30	40	194	13,64
C50 Neopl maligno da mama	22	26	23	18	23	112	7,88
C22 Neopl maligno fígado vias biliares intra-hepat	19	24	17	16	15	91	6,40
C25 Neopl maligno do pâncreas	17	9	24	22	16	88	6,19
C18 Neopl maligno do cólon	24	6	16	24	16	86	6,05
C16 Neopl maligno do estômago	18	21	11	14	16	80	5,63
C61 Neopl maligno da próstata	11	12	9	22	19	73	5,13
C71 Neopl maligno do cérebro	6	13	9	6	28	62	4,36
C26 Neopl maligno outro mal def aparelho digestivo	8	6	7	6	14	41	2,88
C67 Neopl maligno da bexiga	6	12	5	8	8	39	2,74
C76 Neopl maligno outro localiz e mal definidas	5	5	5	13	10	38	2,67
C15 Neopl maligno do esôfago	7	7	6	7	10	37	2,60
C56 Neopl maligno do ovário	5	4	4	7	12	32	2,25
C92 Leucemia mieloide	9	2	4	7	10	32	2,25
C32 Neopl maligno da laringe	5	12	3	6	3	29	2,04
C53 Neopl maligno do colo do útero	5	10	6	3	4	28	1,97
C44 Outro neopl maligno da pele	2	2	6	2	10	22	1,55
C19 Neopl maligno da junção retossigmoide	5	-	1	4	11	21	1,48
C20 Neopl maligno do reto	4	5	4	3	3	19	1,34
C55 Neopl maligno do útero porção NE	3	3	5	1	5	17	1,20
C78 Neopl maligno secund org respirat e digestivos	5	5	2	3	2	17	1,20
Demais neoplasias ¹	56	56	56	50	46	264	18,57
TOTAL	268	285	276	272	321	1422	100,00

FONTE: MS/SVS/CGIAE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM; ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

1 (*) Demais neoplasias:

C10; C57; C83; C95; C02; C14; C73; C97; C38; C49; C75; C04; C07; C23; C51; C66; C72; C79; D38; C06; C65; C81; C94; C96; C00; C05; C09; C11; C12; C40; C62; C68; C74; C77; C82; D32; D36; D41; D43; C64; C85; C43; C48; C41; C80; C90; C91; C24; C21; D47; C17; C54; D46

Como se pode observar na **Tabela** anterior, há uma diferença dos tipos de neoplasias que causam óbitos na cidade e no Brasil. A letalidade por câncer de pulmão (C34) em Rio Claro, no período de 2019-2023, representou cerca de 13%, a maior entre os tipos de neoplasias. Em segundo, o câncer de mama (C50) com 7,88%, seguido por fígado (C22) com 6,40%, em quarto lugar, o câncer de pâncreas (C25), com 6,19%, em quinto lugar, o câncer de colón (C18), com 6,05% e em sexto lugar, o câncer de estômago (C16), com 5,63%, essas 6 principais causas de óbitos por neoplasias acumulam cerca de 45% dos óbitos.

Para uma análise mais aprofundada, desconsideramos o período da pandemia, fazendo uma análise da Taxa de Mortalidade (coeficiente de mortalidade) pela neoplasia específica. A taxa ou coeficiente de mortalidade é um indicador que mede a intensidade com que a mortalidade atua sobre uma população em um determinado período e local. Para a construção da Taxa de Mortalidade (coeficiente de mortalidade) foi considerado os dados dos números de óbitos absolutos mencionados na **Tabela 27**.

Tabela 27 - Taxa de Mortalidade (Coeficiente de Mortalidade) por CID 10 (neoplasia) Ano do Óbito: 2022 e 2023, Município de Rio Claro. População considerada: 201.418 habitantes.

	2022	2023	Total	Pop.	Taxa de Mortalidade (coeficiente de mortalidade)
C34 Neopl maligna dos brônquios e dos pulmões	30	40	70	201.418	34,75
C50 Neopl maligna da mama	18	23	41	201.418	20,36
C61 Neopl maligna da próstata	22	19	41	201.418	20,36
C18 Neopl maligna do cólon	24	16	40	201.418	19,86
C25 Neopl maligna do pâncreas	22	16	38	201.418	18,87
C71 Neopl maligna do cérebro	6	28	34	201.418	16,88
C22 Neopl maligna fígado vias biliares intra-hepáticas	16	15	31	201.418	15,39
C16 Neopl maligna do estômago	14	16	30	201.418	14,89
C76 Neopl maligna outras localizações e mal definidas	13	10	23	201.418	11,42
C26 Neopl maligna outros órgãos mal definidos do aparelho digestivo	6	14	20	201.418	9,93
C56 Neopl maligna do ovário	7	12	19	201.418	9,43
C15 Neopl maligna do esôfago	7	10	17	201.418	8,44
C92 Leucemia mielóide	7	10	17	201.418	8,44
C67 Neopl maligna da bexiga	8	8	16	201.418	7,94
C19 Neopl maligna da junção retossigmoide	4	11	15	201.418	7,45
C44 Outros neoplasmas malignos da pele	2	10	12	201.418	5,96
C32 Neopl maligna da laringe	6	3	9	201.418	4,47
C53 Neopl maligna do colo do útero	3	4	7	201.418	3,48
C20 Neopl maligna do reto	3	3	6	201.418	2,98
C55 Neopl maligna do útero exceto NE	1	5	6	201.418	2,98
Demais neoplasias ²	53	48	101		
TOTAL	272	321	593		

FONTE: ÓBITOS: 2000 - 2010 - BASE UNIFICADA DE ÓBITOS - SESSP/FSEADE. NOTAS: 1. TAXA DE MORTALIDADE: N.º DE ÓBITOS (FEMININO/MASCULINO) POR NEOPLASIA MALIGNA, POR 100 MIL HABITANTES. 2. 2022 A 2024 - DADOS PRELIMINARES.3. UTILIZADO O SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE - SIM/CCD/SESSP. DADOS OBTIDOS A PARTIR DA TABELA EXTRAÍDA DO SISTEMA. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

2 (*) Demais neoplasias:
C10; C57; C83; C95; C02; C14; C73; C97; C38; C49; C75; C04; C07; C23; C51; C66; C72; C79; D38; C06; C65; C81; C94; C96; C00; C05; C09; C11; C12; C40; C62; C68; C74; C77; C82; D32; D36; D41; D43; C64; C85; C43; C48; C41; C80; C90; C91; C24; C21; D47; C17; C54; D46

A Taxa de Mortalidade (coeficiente de mortalidade) é o número de óbitos (feminino/masculino) por neoplasia maligna dividido por 100 mil habitantes, no período determinado (2022-2023), considerando que o ano de 2022 houve o encerramento da pandemia de COVID-19. A **Tabela 28** apresenta a Taxa de Mortalidade (coeficiente de mortalidade) por Neoplasias, considerando a população do município de Rio Claro, considerando o período de 2022-2023 e ainda considerando que foi separado as neoplasias com baixas taxas e nesta análise, estamos excetuando a taxa de mortalidade “demais neoplasias”, considerando não ter clareza do órgão acometido e da localização primária.

Para possibilitar uma comparação com a nossa região, os dados foram segmentados pelo mesmo período, considerando a população da DRS-X. A partir da quantidade de óbitos por neoplasias, foi construída a Tabela 28, que compara a taxa de mortalidade (coeficiente de mortalidade) da DRS-X com a do município de Rio Claro no período de 2022 a 2023. A tabela apresenta a taxa de mortalidade por neoplasias na DRS-X, ordenada de forma decrescente segundo o coeficiente de mortalidade.

Tabela 28 - Taxa de Mortalidade (Coeficiente de Mortalidade) por CID 10 (neoplasia) Ano do Óbito: 2022 e 2023, do Município de Rio Claro e da DRS X. Compara as Taxas de mortalidades, de forma positiva ou negativa. Positiva se a Taxa de mortalidade de Rio Claro é menor, e negativa, se a taxa de mortalidade é maior.

	DRS-X	RIO CLARO	COMPARAÇÃO
TX_MORT_CA_DE_MAMA	22,96	20,36	POSITIVO
TX_MORT_CA_DE_PRÓSTATA	18,11	20,36	NEGATIVO
TX_MORT_CA_TRAQ/BRONQ/PULMÕES	17,07	34,75	NEGATIVO
TX_MORT_CA_CÓLON/RETO/ÂNUS	15,62	19,86	NEGATIVO
TX_MORT_CA_DO_PÂNCREAS	9,63	18,87	NEGATIVO
TX_MORT_CA_DO_ESTÔMAGO	7,25	14,89	NEGATIVO
TX_MOR_CA_FÍG/VIAS_BIL_INTRAHEP	7	15,39	NEGATIVO
TX_MORT_CA_MENIG/ENCÉF/SNC	5,99	16,88	NEGATIVO
TX_MORT_CA_DO_OVÁRIO	5,72	9,43	NEGATIVO
TX_MOR_CA_LABIO/CV_ORAL/FARINGE	5,05	1,99	POSITIVO
TX_MORT_CA_DO_ESÔFAGO	4,14	8,44	NEGATIVO
TX_MORT_CA_DE_COLO_ÚTERO	4	3,48	POSITIVO
TX_MORT_CA_DA_BEXIGA	3,8	7,94	NEGATIVO
TX_MORT_LEUCEMIA	3,76	0,99	POSITIVO
TX_MORT_CA_DA_LARINGE	3,23	4,47	NEGATIVO

FONTE: ÓBITOS: 2000 - 2010 - BASE UNIFICADA DE ÓBITOS - SESSP/FSEADE. NOTAS: 1. TAXA DE MORTALIDADE: N.º DE ÓBITOS (FEMININO/MASculINO) POR NEOPLASIA MALIGNA, POR 100 MIL HABITANTES. 2. 2022 A 2024 - DADOS PRELIMINARES.3. UTILIZADO O SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE - SIM/CCD/SESSP. DADOS OBTIDOS A PARTIR DA TABELA EXTRAÍDA DO SISTEMA. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

A Taxa de mortalidade (coeficiente de mortalidade) estima o risco de morte por neoplasias malignas e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.

A análise da taxa permite retratar a incidência dessas doenças na população, associada ao envelhecimento e a fatores de risco específicos, de natureza dietética, comportamental, ambiental e genética. A verificação da taxa no ano ou no caso nos anos de 2022-2023 permite apresentar a concentração de tipos mais graves de neoplasias e assim, verificar quais ações podem ser realizadas especificamente para essas doenças e o público-alvo definido.

E, por outro lado, expressa, também, as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada. Pois, observamos que ainda persistem uma quantidade de indefinições em relação ao tipo de neoplasia que ocasionou o óbito, com a quantidade expressiva de óbitos assinalados com a classificação C76 (Neopl malig outr localiz e mal definidas). Na CID-10, C76 refere-se a neoplasias malignas de localizações mal definidas e não especificadas, abrangendo tumores malignos onde a origem exata é difícil de identificar ou em locais não especificados, com 23 (vinte e três) óbitos (somando-se 2022-2023).

O total de óbitos com neoplasias, no período de 2019 a 2023 é de 1.422, sendo 753 óbitos do sexo masculino ♂ (53%) e 669 óbitos do sexo feminino ♀ (47%). A seguir a **Tabela 29** com a quantidade de óbitos por neoplasias separados por sexo e por ano. A quantidade de óbitos por neoplasias do sexo masculino é superior em todos os anos, com exceção de 2021, que a quantidade é idêntica entre ambos os sexos. A diferença entre os sexos é pequena no decorrer dos anos, com exceção do último ano (2023) que a diferença aumentou para cerca de 27 óbitos (números absolutos).

Tabela 29 – Quantidade de Óbitos (números absolutos) por (Neoplasias – Tumores), no período de 2019 a 2023, separado por sexo e por ano, na cidade de Rio Claro.

SEXO/ANO	2019	2020	2021	2022	2023	Total
sexo FEMININO ♀	123	135	138	126	147	669
sexo MASCULINO ♂	145	150	138	146	174	753
TOTAL						1.422

FONTE: MS/SVS/CGIAE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM; ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

A seguir a **Tabela 30** com as 6 principais neoplasias e a respectiva localização primária relacionada, a categoria CID-10 correspondente, a quantidade de óbitos (números absolutos) e o percentual relacionado ao número total de óbitos, separados por sexo. As 6 principais neoplasias relacionadas representam 51,87% do total de óbitos para o sexo feminino ♀ e 51,39% do total de óbitos para o sexo masculino ♂.

Tabela 30 – Óbitos por Categoria CID 10 (Neoplasias – Tumores), 6 (seis) principais por números absolutos de óbitos, em ordem decrescente, no período de 2019 a 2023, separado por sexo, na cidade de Rio Claro.

Mulheres ♀				Homens ♂			
Ordem	Categoria CID-10	Óbitos	%	Ordem	Categoria CID-10	Óbitos	%
1	C50 Neopl maligna da mama	110	16,44	1	C34 Neopl maligna dos brônquios e dos pulmões	108	14,34
2	C34 Neopl maligna dos brônquios e dos pulmões	86	12,86	2	C61 Neopl maligna da próstata	73	9,69
3	C18 Neopl maligna do cólon	43	6,43	3	C22 Neopl maligna fígado vias biliares intra-hepat	62	8,23
4	C25 Neopl maligna do pâncreas	43	6,43	4	C16 Neopl maligna do estômago	56	7,44
5	C71 Neopl maligna do cérebro	33	4,93	5	C25 Neopl maligna do pâncreas	45	5,98
6	C56 Neopl maligna do ovário	32	4,78	6	C18 Neopl maligna do cólon	43	5,71

FONTE: MS/SVS/CGIAE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM; ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Certas neoplasias ocorrem em apenas um sexo em razão de diferenças anatômicas, como próstata e colo do útero; enquanto outros ocorrem em ambos os sexos, mas com taxas marcadamente diferentes entre um sexo e outro, como o câncer da bexiga (muito mais frequente no homem que na mulher) e o da mama (muito mais frequente na mulher que no homem).

A seguir, a **Tabela 31** apresenta as 10 principais neoplasias e a respectiva localização primária relacionada, a categoria CID-10 correspondente, a quantidade de óbitos (números absolutos) e o percentual relacionado ao número total de óbitos, separados por cor/raça. As 10 principais neoplasias, relacionadas na **Tabela 31**, representam 60,90% do total de óbitos por neoplasias.

Tabela 31 – Óbitos por Categoria CID 10 (Neoplasias – Tumores) com a respectiva localização, 10 (dez) principais por números absolutos de óbitos, em ordem decrescente, no período de 2019 a 2023, separado por raça/cor, na cidade de Rio Claro.

Categoria CID-10	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorado	Total	%
C34 Neopl maligna dos brônquios e dos pulmões	164	12	2	16	-	-	194	13,64
C50 Neopl maligna da mama	102	7	-	3	-	-	112	7,88
C22 Neopl maligna fígado vias biliares intra-hepáticas	81	2	1	7	-	-	91	6,40
C25 Neopl maligna do pâncreas	75	4	-	9	-	-	88	6,19
C18 Neopl maligna do cólon	77	1	-	7	-	1	86	6,05
C16 Neopl maligna do estômago	68	5	-	7	-	-	80	5,63
C61 Neopl maligna da próstata	64	1	-	8	-	-	73	5,13
C71 Neopl maligna do cérebro	53	3	1	5	-	-	62	4,36
C26 Neopl maligna outro mal def aparelho digestivo	37	2	-	2	-	-	41	2,88
C67 Neopl maligna da bexiga	35	2	-	1	1	-	39	2,74

FONTE: MS/SVS/CGIAE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE - SIM. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

O total de óbitos com neoplasias, no período de 2019 a 2023 é de 1.422, sendo 1.225 óbitos da cor/raça branca, 66 óbitos da cor/raça preta, 122 óbitos da cor/raça parda, 6 óbitos da cor/raça amarela e 1 da cor/raça indígena. Desse total, 2 (dois) registros não tem identificação da cor/raça, sendo incluídos como “ignorado”.

Os riscos de câncer variam entre grupos humanos de diferentes raças ou etnias. Algumas dessas diferenças podem refletir características genéticas específicas, enquanto outras podem estar relacionadas a estilos de vida e exposições ambientais (INCA, 2022).

Além disso, há aspectos relacionados à hereditariedade, pois, os genes de cânceres hereditários respondem por 4% de todos os cânceres, segundo o INCA. Alguns genes afetam a susceptibilidade aos fatores de risco para o câncer (INCA, 2022).

A fim de subsidiar essa análise, aponta-se a necessidade de estudos que busquem investigar e aprofundar a relação entre raça/cor e câncer, nos seus diferentes aspectos como a sobrevivência e a mortalidade no nosso município.

Especificamente em relação aos tipos de neoplasias, bem como a respectiva localização primária relacionada e a categoria CID-10 correspondente à **neoplasia C14** (C14 - Neoplasia maligna de outro local da cavidade bucal), apesar de não ter uma quantidade significativa, em termos absolutos, é o único tipo de neoplasia que tem uma quantidade igual de pessoas da raça/cor negra e pessoas da cor/raça branca (2 óbitos cada),

somando-se as quantidades de pessoas de raça/cor negra e parda (3 óbitos), superam a quantidade de pessoas da cor/raça branca (2 óbitos). Segundo os dados de 2019 a 2023, se trata da única neoplasia que supera/igualar quantidade de óbitos relacionada à neoplasia específica em relação ao critério raça/cor, apesar da quantidade de óbitos dessa neoplasia específica (C 14) em relação ao total, esses óbitos por essa neoplasia representam cerca de 0,35% do total de óbitos de neoplasias no município de Rio Claro, no período de 2019 a 2023.

Os fatores de risco de câncer podem ser encontrados no ambiente físico, ser herdados, ou representar comportamentos ou costumes próprios de um determinado ambiente social e cultural (INCA, 2022). Segundo o Ministério da Saúde:

“Além dos fatores de risco, um aspecto muito importante é a situação socioeconômica. Sua associação com vários tipos de cânceres refere-se ao seu papel como marcador do modo de vida e de exposição das pessoas a outros fatores de risco do câncer. Assim, o nível socioeconômico pode ser considerado um determinante social do câncer, assim como de outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Como determinantes sociais das DCNT, são apontadas as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação.

Sendo possível fazer conexão com os fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada, torna-se possível sua prevenção” (BRASIL, 2011, p.08).

No nosso município observa-se uma prevalência de casos de câncer, incluindo novos e já existentes, significativamente alta. Estabelecer estratégias de cuidado, prevenção, com os casos já em tratamento, pensar em novos acompanhamentos para os “reinternadores” e analisar as causas singulares destes indivíduos é de suma importância, pois as neoplasias representam uma quantidade significativa de óbitos e não pode ser relegado a sua atenção por toda a rede de saúde. A análise detalhada dos dados apresentados, e uma análise da situação atual e de forma “**real time**” é de fundamental importância para modificar a realidade em relação aos acompanhamentos destes indivíduos e da descoberta de novos casos de forma precoce.

Não há como deixar de considerar as neoplasias como um problema de saúde pública complexo e multifatorial, ele demanda ações intersetoriais e cuidados individuais e coletivos. Tais ações precisam abarcar prevenção, detecção precoce, tratamento,

reabilitação e cuidados paliativos e devem fazer parte de ações no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde.

1.2.4.2. Mortalidade – acidentes de trabalho fatais

Ao analisar as causas externas, destacamos o número de acidentes fatais no trabalho e assim é possível quantificar e construir alguns indicadores, elaborando uma fonte fidedigna para estimar o potencial de gravidade desse evento que acomete os trabalhadores.

Os acidentes e as violências são agravos que interferem de forma expressiva na morbimortalidade da população, revelando um problema de saúde pública e fazendo com que o Sistema Único de Saúde (SUS), em conjunto com outros segmentos dos serviços públicos e da sociedade civil, busque formas efetivas para o seu enfrentamento (BRASIL, 2006).

Apesar dos acidentes de trabalho fatais serem indicadores de gravidade de eventos heterogêneos e ocorridos em diferentes momentos do processo de trabalho, eles permitem levantar hipóteses causais de associação com as condições de risco existentes e a sua ocorrência serve para avaliar as medidas adotadas (CORREA; ASSUNCAO, 2003).

Atualmente é difícil estimar a magnitude dos acidentes fatais ocorridos em situação de trabalho, visto que algumas fontes de informações limitam seus dados a populações circunscritas de trabalhadores. Além disso, nos ambientes de trabalho, a comunicação do acidente sofre as restrições dos contratos de trabalho fragilizados, nos casos da mão-de-obra terceirizada e outros (CORREA; ASSUNCAO, 2003).

Os números absolutos podem até ser baixos, mas os acidentes fatais causam impacto relevante na vida produtiva, familiar e social dos trabalhadores, comprometendo o bem-estar daqueles que estão ligados ao trabalhador, seja pelo vínculo familiar ou social. É inegável o impacto sobre o ambiente de trabalho quando ocorre um acidente fatal naquele local de trabalho. A ocorrência de acidentes de trabalho fatais e suas consequências sociais são evitáveis e passíveis de prevenção; portanto, informações relacionadas a este agravo apontam para a necessidade de intervenção efetiva do campo da Saúde. Investigar a ocorrência dos acidentes representa importante estratégia para a discussão de ações de prevenção e proteção social dos trabalhadores.

Os dados do nosso município podem ser verificados na **Tabela** a seguir (**Tabela 32**) que inclui os acidentes de trabalho fatais com o número absoluto de óbitos para o período considerado (2017-2024).

A distribuição dos óbitos por acidente de trabalho por sexo evidencia o predomínio do sexo masculino sobre o feminino no período analisado: cerca de 86% dos óbitos

ocorreram entre homens, contra aproximadamente 13% entre mulheres, evidenciando a preponderância do sexo masculino nos casos de óbitos por acidente de trabalho.

Em relação a faixa etária preponderante dos casos de óbito por acidente de trabalho, a faixa etária com a maior quantidade (em números absolutos) é de 50 a 59 anos.

Tabela 32 – Óbitos por causas externas e Acidente de Trabalho (AT) no município de Rio Claro no período de 2017 a 2024, totalizado por quadriênio.

Ano	Óbito por AT		Ano	Óbito por AT
2017	2		2021	2
2018	5		2022	3
2019	2		2023	5
2020	5		2024	5
Total período	14		Total período	15

FONTE: SESSP-CCD/FSEADE - BASE UNIFICADA DE ÓBITOS. DADOS DE 2020 A 2022 ATUALIZADOS EM 09/2024. DADOS DE 2023 E 2025 ATUALIZADOS EM 04/2025. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Há uma pequena diferença da quantidade de óbitos registradas no SINAN Net (13 óbitos) e os dados que constam na Base Unificada de óbitos da SESSP-CCD/FSEADE (15 óbitos) por acidente de trabalho.

Já em relação aos indicadores e comparações em relação ao Estado de São Paulo, utilizou-se das informações do SINAN Net e do Informe Semanal n. 8 – Vigilância dos Acidentes de Trabalho – DVST / CEREST Estadual. E a base de cálculo utilizada foi o número de óbitos relacionados ao trabalho / (dividido) pelo número total de acidentes de trabalho e multiplicado por 1 mil (1.000) (forma de cálculo: nº de óbitos relacionados ao trabalho/nº total de acidentes de trabalho) x1.000). Com base nesses parâmetros mencionados, Rio Claro mantém um índice de 1,15 óbitos a cada 1.000 trabalhadores, abaixo do índice do índice do Estado de São Paulo, que computa 3,01 óbitos / 1.000 trabalhadores, com predomínio de pessoas do sexo masculino (84%), faixa etária entre de 50 a 59 anos, utilizando-se os dados do SINAN Net, registrou-se no período de 2021 a 2024, 13 (treze) óbitos relacionados ao trabalho (dados do SINAN Net).

As três maiores causas dos óbitos são motociclista traumatizado, contato com objetos contundentes e queda de ou para fora de edifícios. As ocupações que mais ocorreram óbitos foram motoristas de veículos de cargas em geral, motoristas de veículos pequenos e operadores de equipamentos de movimentação de cargas. E as informações são relacionadas aos óbitos relacionados ao trabalho, considerando acidentes típicos e de trajeto.

Com base nos casos de óbitos por acidente de trabalho podem ser verificadas as ocupações que ocorreram o impacto do acidente de trabalho fatal. Na **Tabela** a seguir (**Tabela 33**) poderemos verificar as ocupações que tiveram acidentes de trabalho fatais com desfecho de óbito do trabalhador/a.

Tabela 33 – Óbitos por causas externas e Acidente de Trabalho (AT) no município de Rio Claro por ocupação/grupo e ano do óbito ocorrido, no período de 2017 a 2024.

Ocupação/ Grupo	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
<i>Trab. da produção de bens e serv. industriais</i>	0	4	1	2	1	0	4	3	15
<i>Trab. serv., Vendedores comércio e lojas</i>	0	0	0	2	1	2	0	1	6
<i>Membros Superiores do Poder Publico</i>	0	0	1	0	0	0	0	0	1
<i>Profissionais das ciências e artes</i>	0	0	0	0	0	1	0	0	1
<i>Técnicos de nível médio</i>	0	0	0	0	0	0	0	1	1
<i>Trab. Agropec., florestais e pesca</i>	0	0	0	1	0	0	0	0	1
<i>Trab. em serviços de reparação e manutenção</i>	0	1	0	0	0	0	0	0	1
<i>Códigos de exclusão</i>	2	0	0	0	0	0	0	0	2
<i>Não Informada</i>	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Total	2	5	2	5	2	3	5	5	29

FONTE: SESSP-CCD/FSEADE - BASE UNIFICADA DE ÓBITOS. DADOS DE 2020 A 2022 ATUALIZADOS EM 09/2024. DADOS DE 2023 E 2025 ATUALIZADOS EM 04/2025. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Com base nos casos de óbitos por acidente de trabalho podem ser verificadas as ocupações que ocorreram o impacto do acidente de trabalho fatal. Na **Tabela** anterior (**Tabela 33**) poderemos verificar as ocupações que tiveram acidentes de trabalho fatais com desfecho de óbito do trabalhador/a.

Dentre os óbitos por acidente de trabalho, as causas básicas de grupos identificadas pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) podem ser observadas na **Tabela** a seguir (**Tabela 34**). Com essa **tabela (Tabela 34)** é possível observar como ocorreu o respectivo óbito do acidente de trabalho e em que circunstância.

Tabela 34 – Óbitos por causas externas e Acidente de Trabalho (AT) no município de Rio Claro por causa básica/grupo da CID-10 e ano do óbito ocorrido, no período de 2017 a 2024.

CAUSA EXT-SUBGRUPO	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
V01-V09 ATROPELAMENTO DE PEDESTRE	1	0	0	0	0	0	1	0	2
V20-V29 MOTOCIC TRAUM EM ACID TRANSPORTE	0	2	0	0	0	2	1	1	6
V30-V89 DEMAIS ACID TRÂNSITO E TRANS TERRESTRE	0	1	1	3	0	0	2	3	10
W00-W19 QUEDAS	1	0	1	2	0	0	1	0	5
W20-W49 EXPOSICAO A FORCAS MECANICAS INANIMAD	0	1	0	0	0	0	0	0	1
W65-W74 AFOGAMENTOS	0	1	0	0	0	0	0	0	1
W85-W99 EXPOSIÇÃO A CORRENTE ELETRICA, RAD, TEMP	0	0	0	0	1	0	0	0	1
X59 EXPOSICAO A FATORES N ESPECIFICADOS	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Y10-Y34 EVENTOS DE INTENCAO INDETERMINADA	0	0	0	0	0	1	0	1	2
TOTAL	2	5	2	5	2	3	5	5	29

FONTE: SESSP-CCD/FSEADE - BASE UNIFICADA DE ÓBITOS. DADOS DE 2020 A 2022 ATUALIZADOS EM 09/2024. DADOS DE 2023 E 2025 ATUALIZADOS EM 04/2025. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Segundo os dados apresentados na **Tabela 34**, observa-se que o grupo mais prevalente corresponde aos acidentes de trânsito e transporte, relacionados aos códigos V30–V89, V20–V29 e V01–V09, conforme detalhado e esclarecido a seguir.

O grupo V30-V89 da CID-10 refere-se a acidentes de transporte, especificamente acidentes envolvendo ocupantes de triciclos motorizados (V30-V39) e outros acidentes de

transporte terrestre (V80-V89). O código V89 abrange acidentes com veículos motorizados ou não motorizados, sem especificar o tipo de veículo (OMS, 2003).

O grupo V20-V29 da CID-10 refere-se a motociclistas traumatizados em acidentes de transporte. Este grupo engloba acidentes que envolvem motociclistas, como colisões com pedestres ou animais (V20), em outros acidentes de transporte ou em acidentes não especificados (V29) (OMS, 2003).

O grupo V01-V09 do CID-10 refere-se a pedestres traumatizados em acidentes de transporte. Este grupo inclui acidentes envolvendo diferentes tipos de veículos, tanto a motor como não a motor, e pode ser classificado por tipo de acidente (de trânsito ou não de trânsito) e pelo tipo de veículo envolvido (OMS, 2003).

Esses grupos relacionados com as questões de trânsito e transporte (causas externas) e relacionados com os óbitos de acidente de trabalho perfazem mais da metade de todos os casos de óbitos de acidentes de trabalho. Esses dados são relevantes e dão a dimensão da importância de sabermos identificar os principais problemas e causas básicas dos óbitos dos acidentes de trabalho.

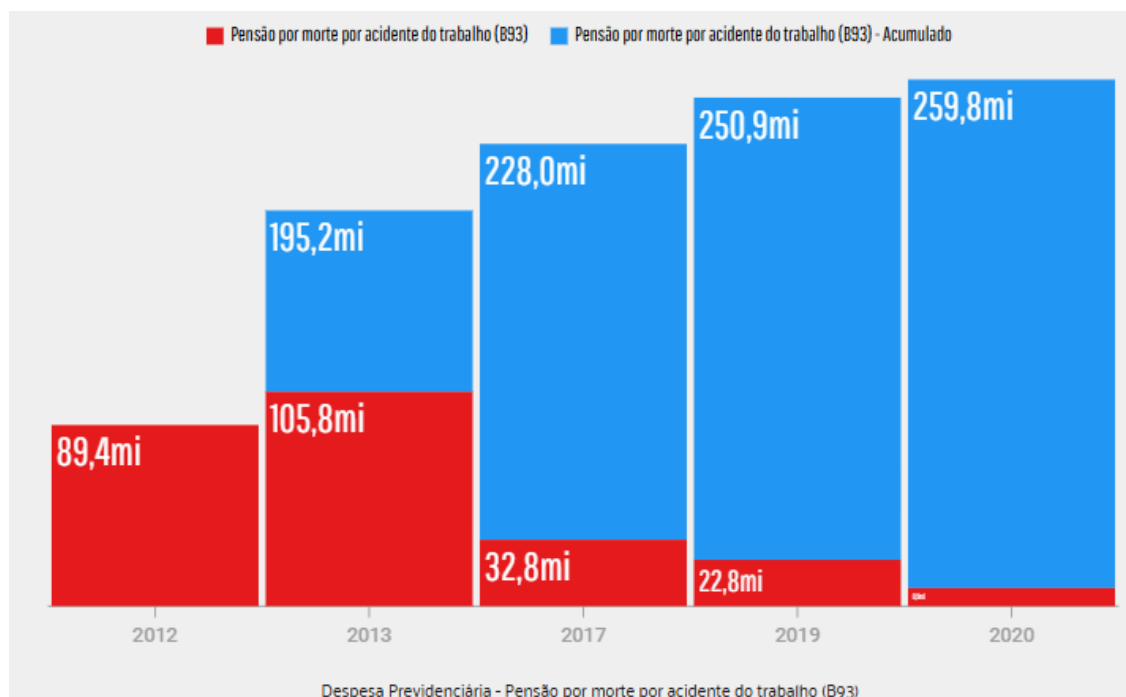
Os óbitos por acidentes de trabalho no período verificado (2017-2024) de um modo geral mantiveram-se constante, mesmo no período da COVID-19, como se pode observar, com uma ligeira redução nesse período.

Essas informações através dos dados disponíveis não estão claras. Mas, revelam alguns aspectos importantes que exigem aprofundamento nos estudos das causas dos óbitos, sendo necessários maiores detalhes para compreender as múltiplas determinações que operam e acabam produzindo os acidentes de trabalho com evolução à óbito. Acrescenta-se a esse quadro a existência de possível sub-registro e subnotificação das mortes por acidente de trabalho.

Nesse sentido, indica-se a necessidade de uma reavaliação das estratégias para a prevenção das mortes por acidente de trabalho, assim como a realização de estudos que contribuam para entender os processos geradores dos acidentes de trabalho fatais e em quais circunstâncias e, ainda, onde ocorreram. Para isso, é fundamental a participação dos trabalhadores e suas entidades representativas na discussão do problema e planejamento de ações de prevenção e promoção da saúde, especialmente através do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Rio Claro.

Para se ter uma ideia do impacto social e financeiro dos óbitos por acidente de trabalho, no **Gráfico** a seguir (**Gráfico 24**) apresentamos o impacto econômico sobre a previdência para o pagamento da pensão por morte **somente no município de Rio Claro**. É possível ver o valor pago a cada ano, bem como o acumulado no período concedido.

Gráfico 24 – Despesa Previdenciária - Pensão por morte por acidente do trabalho (B93)** (2012-2024).



FONTE: INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL (INSS). RETIRADO DE SMARTLAB. DADOS DISPONÍVEIS ATÉ 2020. **
CÓDIGO B93 DO INSS É A PENSÃO POR MORTE POR ACIDENTE DE TRABALHO. É O BENEFÍCIO CONCEDIDO AOS
DEPENDENTES DO SEGURADO QUE FALECE EM CONSEQUÊNCIA DE ACIDENTE DO TRABALHO.

No **Gráfico anterior (Gráfico 24)** em destaque, estão as informações sobre a despesa previdenciária para custeio do benefício - Pensão por morte por acidente do trabalho (B93). É possível ver o valor pago para benefícios iniciados em cada ano de referência, bem como o acumulado no período considerado, dados disponíveis até 2020.

1.2.4.3. Mortalidade Infantil

Um dos mais sensíveis indicadores de saúde e das condições socioeconômicas da população, a Taxa de Mortalidade Infantil - TMI (óbitos de menores de 1 ano por 1000 nascidos vivos) mede o risco que tem um nascido vivo de morrer antes de completar um ano de vida, fato que está ligado às condições de habitação, saneamento, nutrição, educação e também de assistência à saúde, principalmente ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Como já mencionado acima, a Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS da Organização das Nações Unidas – ONU tem 17 Objetivos e 169 metas a serem atingidas, sendo que o terceiro deles “**Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades**” estabelece como uma das metas: “**3.2 Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos**” (ONU, 2015).

Para fazermos uma análise detalhada desse indicador e dos números relacionados que geraram as Taxas de Mortalidade (óbitos e nascidos vivos) preparamos a **Tabela 35** que possibilita integrar os dados.

Tabela 35 - Óbitos de menores de um ano e Taxa de Mortalidade Infantil de Rio Claro/SP de 2020 a 2024*.

Indicador/ANO	2020	2021	2022	2023	2024*
Taxa de Mortalidade Infantil	11,16	10,54	11,20	9,53	9,09
Número de óbitos (absolutos) de < 27 dias de nasc. (neonatal)	15	17	17	15	13
Número de óbitos (absolutos) de > 27 dias de nasc. até 11 meses (pós-neonatal)	10	7	8	5	2
Número de óbitos (absolutos) de < 1 ano (TOTAL)	25	24	25	20	15

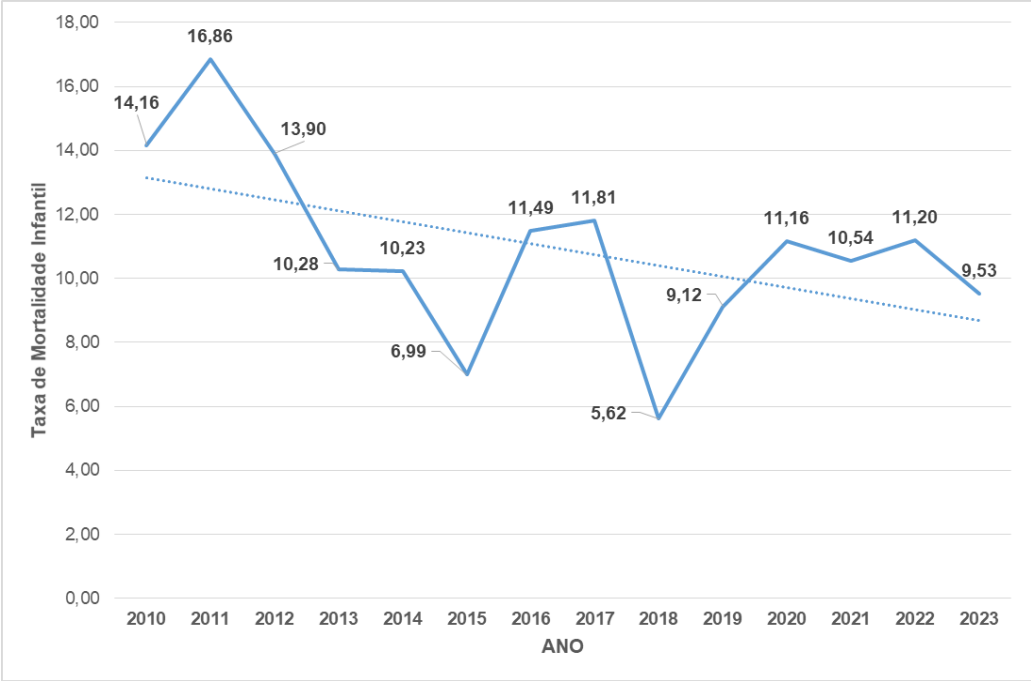
FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)/SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SVS)/COORDENAÇÃO-GERAL DE INFORMAÇÕES E ANÁLISES EPIDEMIOLÓGICAS (CGIAE)/SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE (SIM) E SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC). ELABORAÇÃO PRÓPRIA. (*) 2024 – DADOS PRELIMINARES AINDA EM ATUALIZAÇÃO.

A mortalidade por faixa etária nesse período verificado revela que a preponderância dos óbitos é das crianças de 0 (zero) até 27 (vinte e sete) dias, preponderando-se os óbitos com crianças menores de 7 (sete) dias. A mortalidade neonatal

precoce refere-se aos óbitos de bebês entre o nascimento e os 6 dias de vida (menos de 7 dias). A mortalidade neonatal tardia ocorre entre os 7 e 27 dias de vida. Já a mortalidade pós-neonatal abrange os óbitos entre os 28 e 364 dias de vida.

Para avaliarmos a série histórica de evolução da taxa de mortalidade infantil produzimos o Gráfico a seguir (**Gráfico 25**) do município de Rio Claro no período de 2010 a 2023.

Gráfico 25 - Taxa de Mortalidade Infantil de Rio Claro/SP de 2010 a 2023.



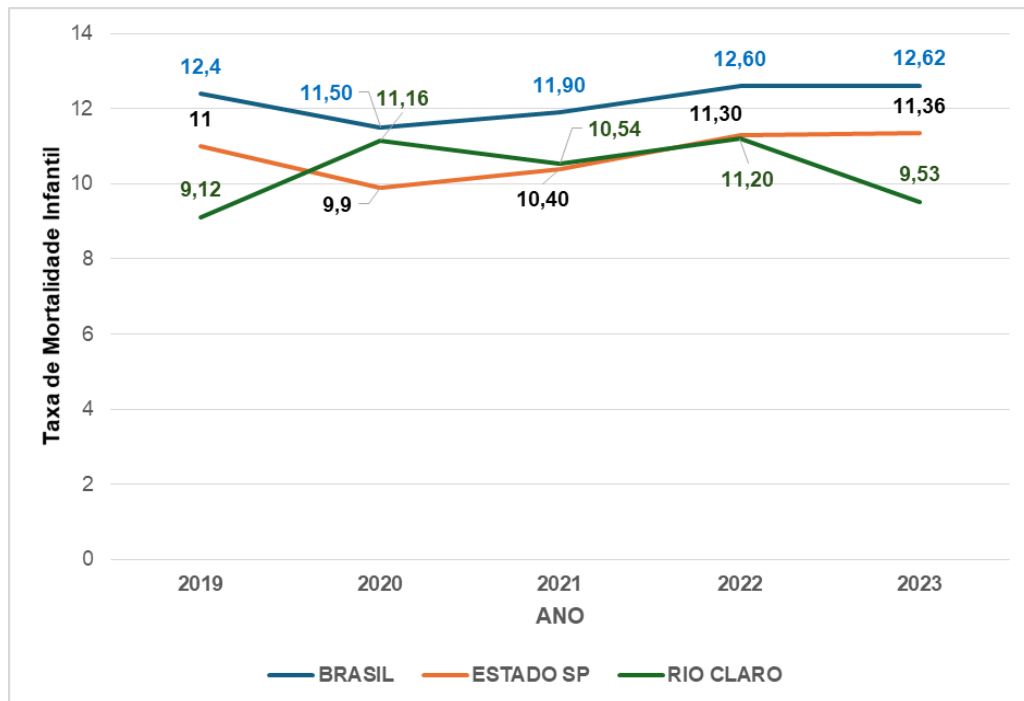
FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)/SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SVS)/COORDENAÇÃO-GERAL DE INFORMAÇÕES E ANÁLISES EPIDEMIOLÓGICAS (CGIAE)/SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE (SIM) E SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC). ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Ainda, para melhor entendermos outros fatores que geraram impacto nos indicadores, em especial a mortalidade infantil, fizemos uma breve comparação com os indicadores do Brasil e do Estado de São Paulo. Dessa forma, podemos comparar a tendência no país, no Estado e a tendência observada no município no período destacado (2019-2023). Para avaliarmos e compararmos produzimos o **Gráfico** a seguir (**Gráfico 26**) em comparação das taxas do município de Rio Claro, do Estado de São Paulo e do Brasil no período de 2019 a 2023.

Os óbitos infantis no município de Rio Claro têm como as principais causas, no período de 2019 a 2023, de acordo com o CID-10, na sua maioria, o **Capítulo XVI**

(Algumas afecções originadas no período perinatal), seguida das causas pelo **Capítulo XVII** (Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas).

Gráfico 26 - Taxa de Mortalidade Infantil, no Brasil, no Estado de São Paulo e no município de Rio Claro/SP no período de 2019 a 2023.



FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)/SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SVS)/COORDENAÇÃO-GERAL DE INFORMAÇÕES E ANÁLISES EPIDEMIOLÓGICAS (CGIAE)/SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE (SIM) E SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC). ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

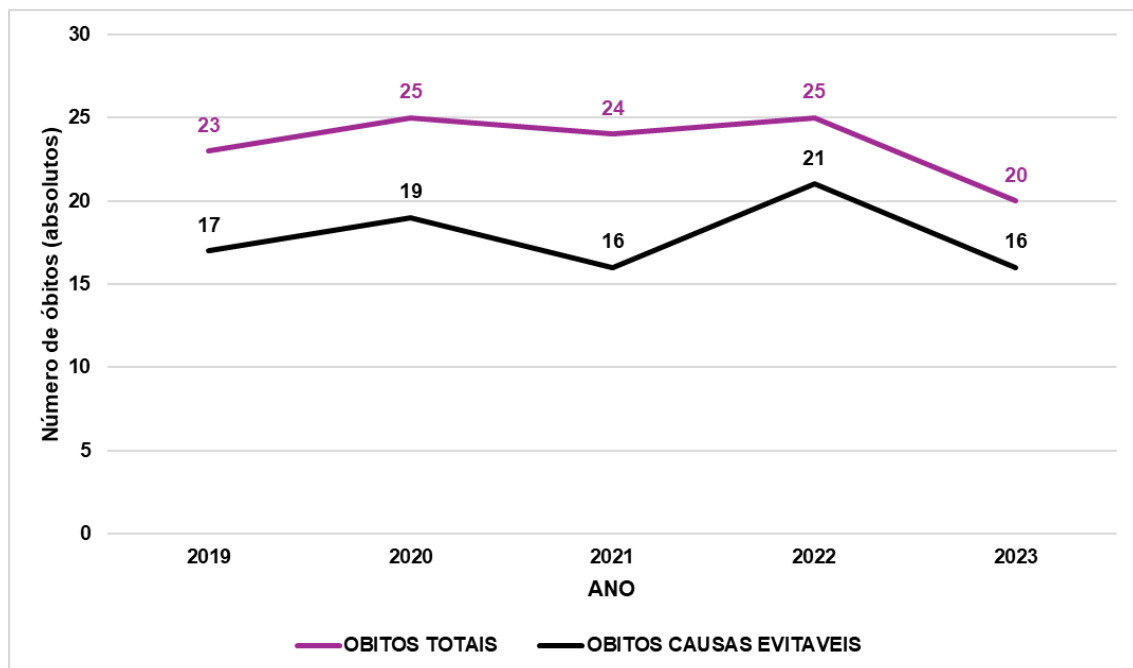
No **Gráfico** a seguir (**Gráfico 27**) é observado a queda em números absolutos, da mortalidade infantil total e nela ainda incluiu os casos com **causas evitáveis**, que poderiam ser prevenidas com ações diversas de saúde pública. A Mortalidade Infantil Total refere-se ao número de óbitos de crianças menores de um ano de idade por todas as causas, em relação ao número de nascidos vivos. Já a **Mortalidade Infantil por Causas Evitáveis** refere-se ao número de óbitos de crianças menores de um ano por causas que poderiam ser prevenidas ou tratadas com intervenções de saúde adequadas, como imunização, acompanhamento pré-natal e assistência ao parto.

O conceito de evitabilidade ou mortes evitáveis é o seguinte: trata-se de um agravo ou situação, prevenível pela atuação dos serviços de saúde que incidem, provavelmente, quando o sistema de saúde não consegue atender as necessidades de saúde e seus fatores determinantes são frágeis a identificação e a intervenção acertada, conforme Nota técnica do Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde elaborou uma Lista Brasileira de

Mortes Evitáveis a partir de uma revisão da literatura referente à base conceitual e empírica das listas de causas de morte evitáveis, e por um grupo de trabalho composto por especialistas de diversas áreas e coordenado pelo Ministério da Saúde.

No **Gráfico** a seguir (**Gráfico 27**) são identificados a quantidade de óbitos totais e de óbitos evitáveis no período de 2019 a 2023. Normalmente, quanto mais perto as duas curvas estão, menor o nível de desenvolvimento da região.

Gráfico 27 - Óbitos infantis totais e óbitos infantis evitáveis no município de Rio Claro/SP no período de 2019 a 2023.



FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)/SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SVS)/COORDENAÇÃO-GERAL DE INFORMAÇÕES E ANÁLISES EPIDEMIOLÓGICAS (CGIAE)/SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE (SIM) E SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC). ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Do total de óbitos infantis no município de Rio Claro, uma parte deles poderia ser evitável, segundo os parâmetros médicos e epidemiológicos. Dessa forma, também podemos identificar a quantidade de óbitos evitáveis no período de 2019 a 2023. O **Gráfico** (**Gráfico 27**) representa a quantidade de óbitos totais e a quantidade de óbitos evitáveis.

Conforme Boletim Informativo da Secretaria de Estado da Saúde, o SUS/SP deve realizar ações que envolvam o aperfeiçoamento da atenção básica em saúde, o estabelecimento de condutas técnicas adequadas e estruturadas nas unidades básicas de saúde e em suas referências (linha de cuidado, avaliação de risco das mães e dos recém-nascidos) para minimizar as taxas de mortalidade infantil (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SP), 2019).

Também no mesmo Boletim, é orientado a realização de outras ações de aperfeiçoamento da assistência ao parto, a identificação de riscos, encaminhamento regulado para unidades de referência no caso de gravidez de alto risco com a consequente melhoria da atenção ao parto de risco e do atendimento das malformações congênitas (em especial do coração), que poderiam reduzir grandemente o número de óbitos (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SP), 2019). E no mesmo Boletim é **reforçada a importância da investigação de óbitos pelos Comitês de Vigilância a Morte Materna e Infantil**, ainda mais quando a redução de eventos permite atuação bem mais precisa dos técnicos na identificação de riscos e modificação de condutas, reorganização do sistema e intervenções pontuais.

1.2.4.4. Mortalidade Feminina

O perfil da mortalidade feminina, em especial a Mortalidade Materna (MM) e de Mulher em Idade Fértil (MIF), contribui de forma significativa para compreensão das condições de vida da população como um todo e, em particular, para melhorar a qualidade de vida das mulheres especialmente no ciclo gravídico puerperal.

O conhecimento de quantas morrem, as principais causas de óbito e como essas se distribuem entre os diferentes grupos de mulheres por faixa etária é fundamental para o planejamento e intervenções de atenção à saúde voltadas para esta fração considerável da população (ALBUQUERQUE et al., 1998).

A Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS da ONU também tem uma meta específica em relação à redução da mortalidade materna. No Objetivo 3 estabelece como uma das metas: ***“3.1 - Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos”*** (ONU, 2015).

Para podermos apresentar os dados relacionados à mortalidade feminina é importante termos conhecimento de alguns conceitos básicos e que estão estabelecidos em Notas Técnicas do Ministério da Saúde e no Boletim do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde (GAIS) da Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS) da Secretaria de Estado da Saúde (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SP), 2017; BRASIL, 2009m):

- 1) Morte materna é definida (segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID – 10) como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não

devida a causas acidentais ou incidentais. As mortes maternas são classificadas como afecções do capítulo XV da CID-10 – Gravidez, parto e puerpério (com exceção das mortes fora do período do puerpério de 42 dias – códigos O96 e O97) e por algumas afecções classificadas em outros capítulos da CID, conforme definições de publicação OPAS/RIPSA;

- 2) Óbito de mulher em idade fértil é aquele óbito ocorrido em mulheres que tenham a faixa etária de 10 a 49 anos de idade;
- 3) A morte materna tardia é definida (segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID – 10) como o óbito de uma mulher devido a causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de um ano após o término da gravidez.

Para fazermos uma análise detalhada do perfil da mortalidade feminina, tanto da mortalidade materna, quando da mortalidade de mulher em idade fértil, elaboramos a **Tabela** a seguir (**Tabela 36**) com os óbitos de mulheres em idade fértil, óbitos maternos por ano do óbito no período de 2019 a 2023.

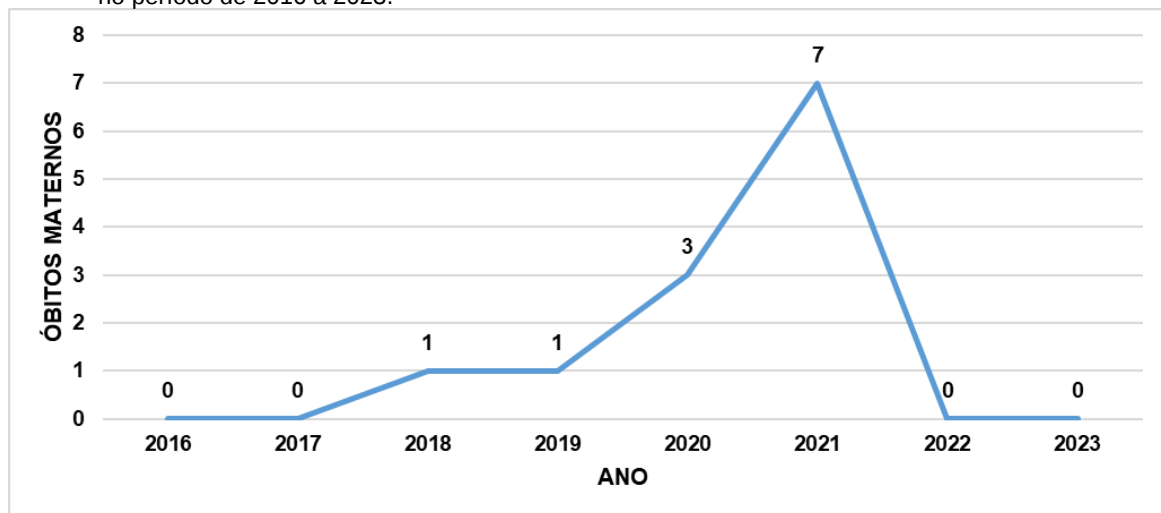
Tabela 36 - Óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) e óbitos maternos (MM) por ano do óbito de Rio Claro/SP (2019-2023).

ANO	ÓBITOS MIF	ÓBITOS MM
2019	61	1
2020	74	3
2021	88	7
2022	65	0
2023	74	0
TOTAL	362	11

FONTE: MS/SVS/CGIAE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Para representarmos de forma gráfica a mortalidade materna elaboramos o Gráfico a seguir (**Gráfico 28**) com os óbitos maternos por ano do óbito na série histórica de 2016 a 2023, para podermos verificar a evolução desse importante indicador.

Gráfico 28 - Série histórica da mortalidade materna no município de Rio Claro/SP no período de 2016 a 2023.



FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)/SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SVS)/COORDENAÇÃO-GERAL DE INFORMAÇÕES E ANÁLISES EPIDEMIOLÓGICAS (CGIAE)/SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE (SIM) E SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC). ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Nos anos de 2016 e 2017 não tivemos nenhuma morte materna. Mas, tanto em 2018, quanto em 2019 voltamos a registrar 1 (uma) morte materna. Já nos anos de 2020 e 2021 tivemos uma quantidade expressiva de mortalidade materna, com influência direta da pandemia da COVID-19. Voltamos em 2022 e 2023 a não registrar nenhuma morte materna. Nos anos de 2018 e 2019 não houve nenhuma epidemia registrada no período.

Em Rio Claro, nesse período de 2019-2023, as principais causas de óbito em mulheres em idade fértil são as neoplasias (23%), doenças do aparelho circulatório (14,71%), algumas doenças infecciosas e parasitárias (14,44%), nesse caso impactado pela COVID-19, seguida das causas externas de morbidade e mortalidade (11,5%), depois as causas relacionadas a gravidez, parto e puerpério (6,42%). Essas causas somadas perfazem praticamente 70% das causas de mortes, considerando os óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) e óbitos maternos (MM), conforme dados do MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

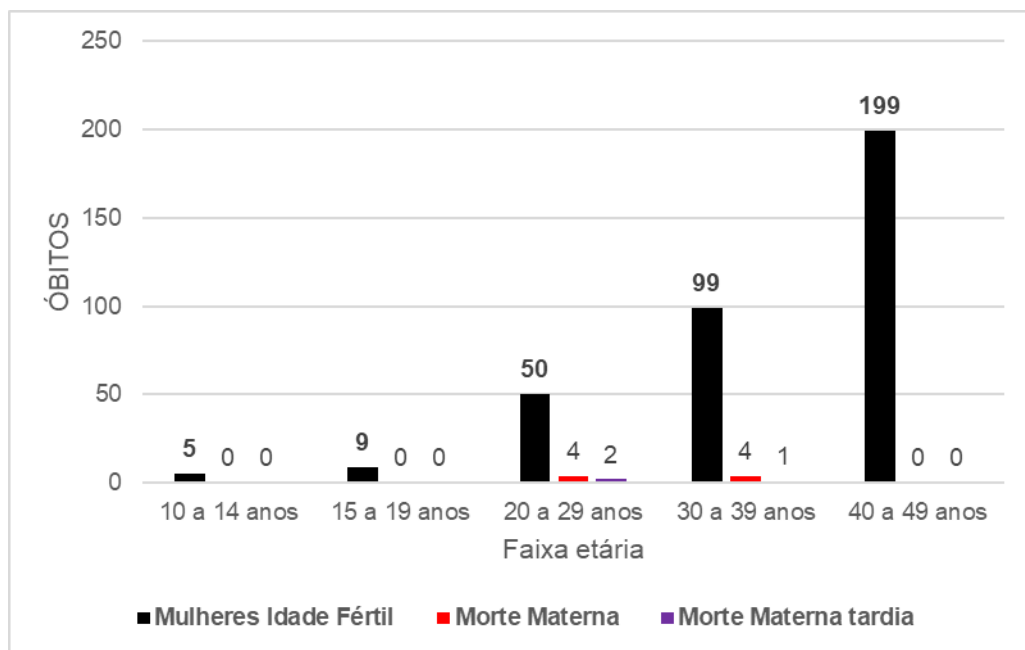
No caso dos óbitos de mulheres em idade fértil podemos verificar a faixa etária dos óbitos das mulheres em idade fértil, dos óbitos maternos e óbitos maternos tardios, para observarmos elaboramos a **Tabela** a seguir (**Tabela 37**) e a forma gráfica através do **Gráfico** a seguir (**Gráfico 29**), no período de 2019 a 2023 do município de Rio Claro.

Tabela 37- Óbitos de mulheres em idade fértil (MIF), óbitos maternos (MM) e óbitos maternos tardios, por faixa etária da mulher da cidade de Rio Claro/SP (2019-2023).

Faixa Etária	Óbitos de mulheres em idade fértil	Óbitos maternos	Óbitos maternos tardio
10 a 14 anos	5		
15 a 19 anos	9		
20 a 29 anos	50	4	2
30 a 39 anos	99	4	1
40 a 49 anos	199		
TOTAL	362	8	3

FONTE: MS/SVS/CGIAE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE - SIM. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Gráfico 29 - Óbitos de mulheres em idade fértil (MIF), óbitos maternos (MM) e óbitos maternos tardios, por faixa etária da mulher da cidade de Rio Claro/SP (2019-2023).



FONTE: MS/SVS/CGIAE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE - SIM. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Nosso município tem um indicador de 0 (zero) óbito de mortalidade materna nos últimos 2 (dois) anos, mas isso não é motivo para deixarmos de considerar esse importante desafio para a manutenção desse indicador, pois ainda é um desafio a **manutenção da mortalidade materna zero**. A maioria das mortes maternas são em grande maioria

evitáveis, sendo as soluções de saúde para prevenir ou tratar as complicações bem conhecidas.

É evidente que a saúde materna e do recém-nascido estão intimamente relacionadas. É particularmente importante a análise dos casos pelo Comitê de Mortalidade local e a utilização desses dados para que não ocorram outros casos. Também, para evitar a morte materna, é essencial evitar gestações indesejadas ou gestações precoces. Todas as mulheres, particularmente as adolescentes, devem ter acesso à contracepção, serviços de aborto seguro, na medida do permitido pela lei, e cuidados pós-aborto de qualidade.

1.2.5. Morbidade

Os dados da morbidade permitem a detecção imediata ou precoce de problemas sanitários; permitem estabelecer uma taxa de morbidade que é a medida de frequência de doença em uma população. Existem 2 (dois) grupos importantes de taxa de morbidade: os de incidência e os de prevalência (BRASIL, 2009).

A obtenção dos dados da morbidade é através das notificações de casos e surtos, da produção dos serviços ambulatoriais e hospitalares, investigações epidemiológicas, busca ativa, estudos amostrais e de inquéritos, entre outras fontes (BRASIL, 2009).

1.2.5.1. Morbidade Hospitalar

A partir do formulário de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), o SIH/SUS disponibiliza dados demográficos e clínicos capazes de descrever a morbidade hospitalar no âmbito dos serviços próprios e conveniados ao SUS.

É fundamental avaliar os dados das internações hospitalares com o motivo das internações hospitalares pelo capítulo da CID-10 no decorrer dos anos, permitindo dessa forma analisar uma situação existente e podendo prever ações para diminuir as internações e possibilitando identificar os problemas de saúde da população nas faixas etárias e pelo sexo, além de prever tendências futuras.

Na **Tabela 38** apresentamos um retrato da Morbidade Hospitalar do SUS por local de residência e as internações por Capítulo CID-10 e ano de processamento.

Cabe um destaque nessas análises a seguir relacionado às doenças infecciosas e parasitárias que tiveram um aumento expressivo em 2020 e 2021, pois neste Capítulo do CID-10 está contemplado o diagnóstico por COVID-19, com um decréscimo em 2022, mas se mantendo superior aos anos antes da pandemia.

Tabela 38 - Internações residentes em Rio Claro por Capítulo CID 10 e ano de Internação– 2020 a 2024.

Diagnóstico CID10	2020	2021	2022	2023	2024	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	793	2005	712	566	651	4727
II. Neoplasias (tumores)	643	667	746	895	882	3833
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	45	30	30	66	61	232
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	76	82	163	206	148	675
V. Transtornos mentais e comportamentais	194	198	193	184	176	945
VI. Doenças do sistema nervoso	83	86	126	115	131	541
VII. Doenças do olho e anexos	115	51	268	174	822	1430
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2	4	18	15	12	51
IX. Doenças do aparelho circulatório	692	506	770	918	1038	3924
X. Doenças do aparelho respiratório	404	340	732	699	705	2880
XI. Doenças do aparelho digestivo	516	419	976	1001	1012	3924
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	75	135	138	244	153	745
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	107	75	176	170	190	718
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	341	328	530	697	845	2741
XV. Gravidez parto e puerpério	1511	1507	1444	1412	1235	7109
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	141	179	163	179	192	854
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	37	35	52	48	55	227
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	39	30	50	71	99	289
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	754	747	871	1051	1123	4546
XXI. Contatos com serviços de saúde	178	165	182	307	349	1181
Total	6746	7589	8340	9018	9879	41572

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS (SIH/SUS). ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Os anos de 2020 e 2021 foram bastante atípicos com a emergência de saúde pública da COVID-19 e isso causou a influência direta em relação às internações hospitalares relacionadas com o **Capítulo I – Algumas doenças infecciosas e**

parasitárias da CID 10. O ano de 2021 foi o maior pico de internações relacionadas à COVID-19, como pode ser observada na **Tabela** anterior (**Tabela 38**).

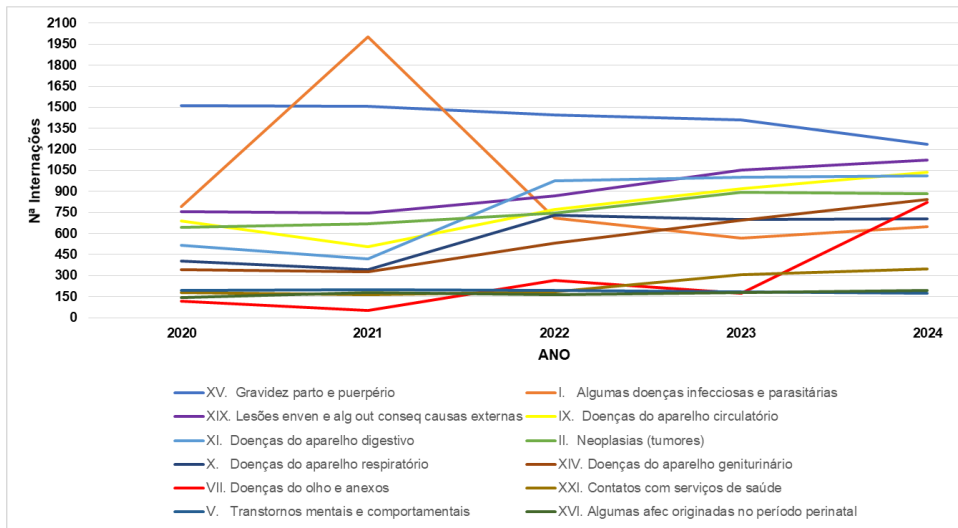
A pandemia de COVID-19 no início de 2020 perdurou por 2021 de forma intensa, como se pode verificar e foi responsável por sobrecarga significativa nos serviços de saúde, atingindo uma quantidade significativa de internações em 2020 e em 2021.

Na **Tabela** a seguir (**Tabela 39**) apresentaremos as causas de internações por ordem de quantidade de internações hospitalares, somando-se todo o período de 2020 a 2024, evidentemente como mencionado o Capítulo I, destacando-se a COVID 19, como já mencionado. E também excluiremos, num segundo momento, as internações do Capítulo XV - Gravidez parto e puerpério da CID 10 para podermos evidenciar as causas de doenças relacionadas às internações hospitalares.

No **Gráfico** a seguir (**Gráfico 30**) apresentaremos a evolução das causas de internações desde 2020 até final de 2024, com cada capítulo da CID-10 representado por uma cor. No **Gráfico 30** é apresentado a série histórica das causas de internações no período de 2020 a 2024.

As internações decorrentes da gravidez, parto e puerpério (Cap. XV) se mantém como as mais frequentes em todo o período. O grupo de doenças do aparelho circulatório (Cap. IX), em 2020, ocupava a 4ª posição, passa a oscilar nos anos seguintes, em parte devido ao impacto da pandemia (COVID-19), voltando a ocupar a 3ª posição em 2024. Ainda na pandemia se observa o aumento das causas relacionadas às causas externas (Cap. XIX), ocupava a 3ª posição em 2020 para a 2ª posição em 2024, somente atrás das relacionadas à gravidez, parto e puerpério (Cap. XV). Outras causas de internações relacionadas às neoplasias (Cap. II) se mantiveram na 5ª posição desde 2020 até 2024, com pequenas oscilações. Outro destaque se refere às internações por causa relacionadas ao aparelho digestivo (Cap. XI), ocupava a 6ª posição em 2020 e saltou para a 4ª posição em 2024. Já as causas de internações ocasionadas por causas infecciosas e parasitárias (Cap. I), diretamente impulsionadas pela COVID-19, ocupava a 2ª posição em 2020 e ficou na 9ª posição em 2024, após as ações de vacinação e de efetivo termino da pandemia de COVID-19.

Gráfico 30 - Internações residentes em Rio Claro por Capítulo CID 10 (série histórica de Internações – 2020 a 2024).



FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS (SIH/SUS). ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Tabela 39 - Internações residentes em Rio Claro por Capítulo CID 10 por ordem de classificação (quantidade de internações) – período de 2020 a 2024 (somada a quantidade total de internações).

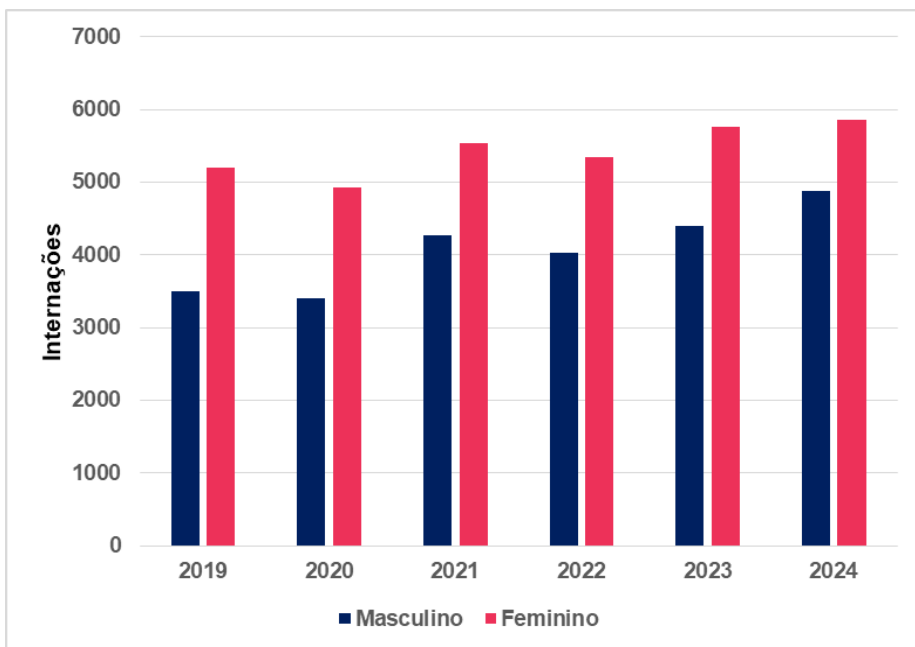
Ordem	Diagnóstico CID10	Total
1	XV. Gravidez parto e puerpério	7109
2	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4727
3	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	4546
4	IX. Doenças do aparelho circulatório	3924
5	XI. Doenças do aparelho digestivo	3924
6	II. Neoplasias (tumores)	3833
7	X. Doenças do aparelho respiratório	2880
8	XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2741
9	VII. Doenças do olho e anexos	1430
10	XXI. Contatos com serviços de saúde	1181
11	V. Transtornos mentais e comportamentais	945
12	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	854
13	XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	745
14	XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	718
15	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	675
16	VI. Doenças do sistema nervoso	541
17	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	289
18	III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	232
19	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	227
20	VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	51
TOTAL		41572

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS (SIH/SUS). ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

1.2.5.2. Morbidade Hospitalar por Sexo e Faixa Etária

No **Gráfico** a seguir (**Gráfico 31**) apresentaremos a quantidade de internações hospitalares e separados por sexo, relevando a prevalência das internações do sexo feminino, como decorrência direta das internações do grupo de gravidez, parto e puerpério (Cap. XV).

Gráfico 31 - Internações residentes em Rio Claro por sexo e por ano de internações no período de 2020 a 2024.



FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS (SIH/SUS). ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Na **Tabela** a seguir (**Tabela 40**) apresentaremos a quantidade de internações hospitalares separados por sexo e as causas mais relevantes de internações, relevando a diferença entre as causas de internações do sexo masculino e do sexo feminino, e, como foi mencionado, a prevalência das internações do sexo feminino, como decorrência direta das internações do grupo de gravidez, parto e puerpério (Cap. XV) (6 principais causas de internações hospitalares - morbidade hospitalar). Para o sexo masculino ♂ as 6 principais causas de internações representam cerca de 72% das internações, já para sexo feminino ♀ as 6 principais causas de internações representam cerca de 70% das internações, ou seja, bastante relevante essas principais causas.

No caso das internações hospitalares, a diferença da morbidade hospitalar por sexo fica bem evidenciada, considerando todo o período de 2019 a 2024, com pequenas variações das causas nos anos, conforme observado anteriormente e o impacto da

pandemia de COVID-19 com aumento da causa de internações pelo Cap. I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias para ambos os sexos.

Tabela 40 – Internações por Categoria CID 10, 6 (seis) principais por números absolutos de internações, em ordem decrescente, no período de 2020 a 2024, separado por sexo, na cidade de Rio Claro.

Mulheres♀				Homens♂			
Ordem	Categoria CID-10	Nº	%	Ordem	Categoria CID-10	Nº	%
1	XV. Gravidez parto e puerpério	7109	29,7	1	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	2747	15,6
2	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2138	8,9	2	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2589	14,7
3	II. Neoplasias (tumores)	2070	8,7	3	IX. Doenças do aparelho circulatório	2156	12,2
4	XI. Doenças do aparelho digestivo	2005	8,4	4	XI. Doenças do aparelho digestivo	1919	10,9
5	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1799	7,5	5	II. Neoplasias (tumores)	1763	10,0
6	IX. Doenças do aparelho circulatório	1768	7,4	6	X. Doenças do aparelho respiratório	1539	8,7

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS (SIH/SUS). ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Enquanto para o sexo masculino ♂ as principais causas de internações são (por ordem de quantidade de internações): 1. Cap. XIX - Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas; 2. Cap. I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias; 3. Cap. IX - Doenças do aparelho circulatório; 4. Cap. XI. Doenças do aparelho digestivo; 5. Cap. Neoplasmas [tumores]; 6. Cap. X - Doenças do aparelho respiratório; 7. Cap. XIV. Doenças do aparelho geniturinário; 8. Cap. VII. Doenças do olho e anexos; 9. Cap. V. Transtornos mentais e comportamentais; 10. Cap. XVI. Algumas afec originadas no período perinatal; 11. Cap. XXI. Contatos com serviços de saúde; 12. Cap. XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo; 13. Cap. IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; 14. Cap. XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo; e 15. Cap. VI. Doenças do sistema nervoso. Somadas essas causas de internações representam, no período de 2020 a 2024, cerca de 97% das causas de internações.

Para o sexo feminino ♀ as principais causas de internações são (por ordem de quantidade de internações): 1. Cap. XV. Gravidez parto e puerpério; 2. Cap. I. Algumas

doenças infecciosas e parasitárias; 3. Cap. II. Neoplasias (tumores); 4. Cap. XI. Doenças do aparelho digestivo; 5. Cap. XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas; 6. Cap. IX. Doenças do aparelho circulatório; 7. Cap. XIV. Doenças do aparelho geniturinário; 8. Cap. X. Doenças do aparelho respiratório; 9. Cap. VII. Doenças do olho e anexos; 10. Cap. XXI. Contatos com serviços de saúde; 11. Cap. XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo; 12. Cap. XVI. Algumas afec originadas no período perinatal; 13. Cap. XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo; 14. Cap. V. Transtornos mentais e comportamentais; e 15. Cap. IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas. Somadas essas causas de internações representam, no período de 2020 a 2024, cerca de 97% das causas de internações.

Na **Tabela** a seguir (**Tabela 41**) podemos verificar a quantidade de internações hospitalares por faixa etária no município de Rio Claro, em números absolutos e considerando a quantidade por ano e por faixa etária.

Essa **Tabela** (**Tabela 41**) possibilita verificarmos as variações relacionadas a faixa etária e a série histórica relacionada e essa é uma forma de identificar se houve alguma alteração significativa ao longo dos anos.

Tabela 41 – Internações hospitalares por faixa etária no município de Rio Claro– números absolutos de internações (2019 a 2024).

Faixa etária (18)	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
<1a	531	424	444	482	533	572	2986
1-4a	214	113	162	274	268	301	1332
5-9a	152	124	98	206	255	273	1108
10-14a	130	136	118	142	147	180	853
15-19a	565	504	530	437	378	473	2887
20-24a	1104	964	1041	1028	1010	931	6078
25-29a	898	880	998	939	1124	980	5819
30-34a	749	784	872	712	792	825	4734
35-39a	727	686	773	670	738	797	4391
40-44a	627	526	655	636	773	713	3930
45-49a	445	375	570	521	540	584	3035
50-54a	467	465	577	472	499	587	3067
55-59a	470	539	667	534	619	652	3481
60-64a	470	412	566	506	637	663	3254
65-69a	405	427	511	508	591	627	3069
70-74a	322	344	392	407	438	587	2490
75-79a	177	232	374	348	391	407	1929
80e+a	242	402	453	539	424	586	2646

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS (SIH/SUS). ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Na referida **Tabela (Tabela 41)** identificamos a faixa etária com a maior quantidade de internações hospitalares no respectivo ano (destaque na cor **vermelha**) e a segunda maior quantidade de internações hospitalares no respectivo ano (destaque na cor **laranja**).

Dessa forma, identificamos que ao longo dessa série histórica, a faixa etária com a maior quantidade de internações é a faixa etária de 20 a 24 anos (2019, 2020, 2021 e 2022). Já nos anos de 2023 e 2024, a maior quantidade de internações é a faixa etária de 25 a 29 anos. A segunda faixa etária com a quantidade maior de internações é a faixa etária de 25 a 29 anos nos anos de 2019 a 2022. É possível identificar que não houve grandes variações da faixa etária de internações hospitalares, conforme verificado na referida **Tabela**.

Em relação às causas de internações e relacionadas com as faixas etárias apresentaremos a **Tabela** a seguir (**Tabela 42**) com os Capítulos da CID-10, identificando à respectiva morbidade hospitalar e a faixa etária correspondente, relacionado ao período selecionado (2020-2024) no município de Rio Claro.

Capítulo CID10	< 1 ano	1-4 anos	5-14 anos	15-24 anos	25-34 anos	35-44 anos	45-54 anos	55-64 anos	65 e+ anos	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	69	16	40	34	61	56	47	113	215	651
II. Neoplasias (tumores)	0	1	10	19	33	59	127	205	428	882
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	5	8	7	8	13	0	2	4	14	61
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4	0	9	6	11	13	22	32	51	148
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	36	37	44	28	29	2	176
VI. Doenças do sistema nervoso	11	4	7	7	16	20	11	25	30	131
VII. Doenças do olho e anexos	1	0	2	0	5	7	27	179	601	822
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	5	0	1	4	1	0	1	0	12
IX. Doenças do aparelho circulatório	1	1	7	15	29	64	151	263	507	1038
X. Doenças do aparelho respiratório	113	131	105	25	30	44	40	58	159	705
XI. Doenças do aparelho digestivo	19	16	47	44	94	130	169	213	280	1012
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	6	11	11	7	9	15	24	24	46	153
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	1	9	14	16	22	37	42	49	190
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	14	12	27	80	92	103	152	188	177	845
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0	4	546	525	156	4	0	0	1235
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	184	0	0	2	4	2	0	0	0	192
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	11	10	20	5	0	2	2	2	3	55
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2	3	7	7	7	9	12	21	31	99
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	10	26	53	155	169	183	144	128	255	1123
XXI. Contatos com serviços de saúde	0	3	15	29	143	100	26	18	15	349

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS (SIH/SUS). ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Na **Tabela** anterior (**Tabela 42**) poderemos verificar a quantidade de internações hospitalares por capítulo CID-10 e por faixa etária. E ao invés de selecionarmos um período, selecionamos o ano de 2024 com as informações consolidadas que dispomos. Assim, poderemos observar, por faixa etária, as causas de internações relacionadas com o Capítulo correspondente da CID-10. Trata-se de um retrato mais fidedigno da morbidade hospitalar no município de Rio Claro. E, como verificamos na **Tabela** anterior, não houve, ao longo da série histórica, alterações significativas relacionadas às faixas etárias, a não ser algumas variações pontuais e casuais.

Na **Tabela** anterior (**Tabela 42**), para melhor visualização das principais causas de internações hospitalares por capítulo CID-10 e por faixa etária, utilizamos as cores conforme ordem a seguir mencionada. As cores utilizadas foram as seguintes:

- 1) Principal causa de internação da faixa etária → 
- 2) Segunda Principal causa de internação da faixa etária → 
- 3) Terceira Principal causa de internação da faixa etária → 
- 4) Quarta Principal causa de internação da faixa etária → 
- 5) Quinta Principal causa de internação da faixa etária → 

ORDEM: 1ª	ORDEM: 2ª	ORDEM: 3ª	ORDEM: 4ª	ORDEM: 5ª
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

A seguir faremos uma breve análise em relação ao evidenciado na **Tabela** anterior (**Tabela 42**) para que possamos melhor analisar as causas de internações hospitalares por capítulo CID-10 e por faixa etária no ano de 2024 especificamente.

A principal causa de internação geral no município foi o Capítulo XV – Gravidez, parto e puerpério, concentradas nas faixas de 15 a 34 anos. Seguem-se em magnitude as doenças do aparelho circulatório, lesões e envenenamentos, digestivas, geniturinárias e respiratórias, como se pode observar nos **Gráficos** e nas **Tabelas** anteriores.

De forma resumida e simplificada, podemos concluir que o perfil epidemiológico do município mantém coerência com o padrão nacional de transição epidemiológica, com carga significativa de doenças infecciosas em faixas infantis, causas externas em jovens e DCNT nas faixas adultas e idosas.

As ações e os serviços da FMSRC devem observar a necessidade de fortalecimento da atenção primária na prevenção das DCNT, saúde da mulher e saúde mental de adolescentes e jovens, com alguns focos que devem ser observados:

- Reforçar programas de vigilância de violências e acidentes, em parceria com outras Secretarias e órgãos da Prefeitura Municipal e sociedade civil;
- Implementar ações de rastreamento e controle de neoplasias e doenças circulatórias, ampliando a cobertura de atenção primária e o acesso à atenção primária.
- Avaliar possíveis gargalos no cuidado pré-natal e obstétrico diante do alto número de internações por causas obstétricas, identificado nas internações hospitalares no período estudado.

1.2.5.3. Morbidade Hospitalar por Cor/Raça

Para podermos detalhar ainda mais a análise das causas das internações hospitalares no município de Rio Claro, fizemos um recorte por cor e raça dessas causas com o motivo relacionado com o Capítulo da CID-10, identificando assim, se a cor/raça também tem alguma distinção nas causas das internações hospitalares em relação às diferenças apontadas no recorte por sexo e por idade. Dessa forma, podemos direcionar melhor as políticas públicas, pois esse recorte permite entendermos o comportamento da população em relação às causas de internações hospitalares pelo capítulo da CID-10 segmentado por raça/cor e de forma a complementar a outra análise realizada em relação aos óbitos. Ou seja, a análise da morbididade hospitalar permite complementar a análise da mortalidade no município de Rio Claro.

Para podermos analisar os dados sem a interferência nos dados da pandemia de COVID-19, optamos por selecionar o ano de 2023, pois em relação à faixa etária selecionamos o ano de 2024 e há, nesse ano (2024), uma distorção relacionada ao mutirão de cirurgias eletivas relacionadas à oftalmologia, fato que gerou uma quantidade de internações hospitalares relacionadas ao Capítulo CID-10 (Cap. VII - Doenças do olho e anexos), como se pode observar na **Tabela** anterior. Para não gerar essa distorção optamos por utilizar, nesse recorte de análise de cor/raça o ano de 2023.

Apresentamos a **Tabela** com os dados relacionados à raça/cor e causas de internações hospitalares separados por capítulo CID-10. A seguir a **Tabela 43** com os dados por Capítulo CID-10 e Cor/Raça, com o número absoluto daquela causa de internação hospitalar. São utilizadas cores para facilitar a visualização na **Tabela**.

Na **Tabela (Tabela 43)** para melhor visualização das principais causas de internações hospitalares por capítulo CID-10 e por Raça/Cor utilizamos as mesmas cores utilizadas anteriormente para identificar as cinco principais causas de internações hospitalares, conforme ordem a seguir mencionada. As cores utilizadas foram as seguintes:

- 1) Principal causa de internação da Raça/Cor →
- 2) Segunda Principal causa de internação da Raça/Cor →
- 3) Terceira Principal causa de internação da Raça/Cor →
- 4) Quarta Principal causa de internação da Raça/Cor →
- 5) Quinta Principal causa de internação da Raça/Cor →



ORDEM: 1ª	ORDEM: 2ª	ORDEM: 3ª	ORDEM: 4ª	ORDEM: 5ª
------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

Tabela 43 – Internações hospitalares por Raça/Cor no município de Rio Claro – números absolutos de internações (2023).

Capítulo CID10	Branca	Preta	Parda	Amarela	Sem informação	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	518	23	106	5	1	653
II. Neoplasias (tumores)	589	72	173	6	1	841
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	35	3	19	0	1	58
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	120	8	39	1	1	169
V. Transtornos mentais e comportamentais	1415	150	197	3	0	1765
VI. Doenças do sistema nervoso	58	3	23	2	0	86
VII. Doenças do olho e anexos	11	1	0	0	0	12
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	1	1	0	0	3
IX. Doenças do aparelho circulatório	566	35	183	3	2	789
X. Doenças do aparelho respiratório	495	21	107	3	0	626
XI. Doenças do aparelho digestivo	405	26	157	3	9	600
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	53	1	16	0	0	70
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	56	6	60	6	0	128
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	354	17	221	6	19	617
XV. Gravidez parto e puerpério	1202	88	591	2	0	1883
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	236	4	9	0	0	249
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	26	0	8	1	0	35
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	43	5	25	1	0	74
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	869	69	305	9	0	1252
XXI. Contatos com serviços de saúde	145	12	108	2	0	267
Total	7197	545	2348	53	34	10177

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS (SIH/SUS). ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Antes de realizarmos uma análise, selecionamos as 08 (oito) principais causas de internações hospitalares por Raça/Cor e o percentual relacionado com à respectiva causa. Dessa forma é possível visualizar e identificar, por ordem crescente, das maiores para as menores quantidades (em números absolutos), as internações hospitalares. Na análise das principais causas de internações descartamos a raça/cor amarelo (para fins de análise mais detalhada das demais raça/cor) e por estar identificada na **Tabela** anterior e a quantidade é cerca de 50 internações no ano todo de 2023.

Tabela 44 – Causas de Internações de residentes em Rio Claro por Capítulo CID 10 e Raça/Cor – números absolutos de internações (2023) – 8 (oito) principais causas de internações e percentual do total de internações.

Capítulo CID10	Cor/Raça Branca Internações	%
V. Transtornos mentais e comportamentais	1415	19,66
XV. Gravidez parto e puerpério	1202	16,70
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	869	12,07
II. Neoplasias (tumores)	589	8,18
IX. Doenças do aparelho circulatório	566	7,86
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	518	7,20
X. Doenças do aparelho respiratório	495	6,88
XI. Doenças do aparelho digestivo	405	5,63

Capítulo CID10	Cor/Raça Preta Internações	%
V. Transtornos mentais e comportamentais	150	27,52
XV. Gravidez parto e puerpério	88	16,15
II. Neoplasias (tumores)	72	13,21
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	69	12,66
IX. Doenças do aparelho circulatório	35	6,42
XI. Doenças do aparelho digestivo	26	4,77
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	23	4,22
X. Doenças do aparelho respiratório	21	3,85

Capítulo CID10	Cor/Raça Parda Internações	%
XV. Gravidez parto e puerpério	591	25,17
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	305	12,99
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	221	9,41
V. Transtornos mentais e comportamentais	197	8,39
IX. Doenças do aparelho circulatório	183	7,79
II. Neoplasias (tumores)	173	7,37
XI. Doenças do aparelho digestivo	157	6,69
XXI. Contatos com serviços de saúde	108	4,60

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS (SIH/SUS). ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

A seguir faremos uma breve análise em relação ao evidenciado na **Tabela** anterior (**Tabela 44**) para que possamos compreender melhor as causas de internações hospitalares por capítulo CID-10 e por Raça/Cor no ano de 2023 especificamente.

As diferenças nas proporções relativas as causas de internação por raça/cor evidenciam desigualdades na distribuição do risco de adoecimento, fortemente influenciadas por determinantes sociais da saúde, como habitação, escolaridade, ocupação, acesso aos serviços e racismo estrutural.

Nos **Gráficos e Tabelas** anteriores fica evidenciado uma sobrecarga da saúde mental entre a população preta e branca, reforçando a urgência da expansão dos atendimentos de saúde mental nos serviços existentes e a execução de ações intersetoriais voltadas à prevenção do sofrimento psíquico, inclusive considerando os impactos da ocorrência de racismo institucional.

Também, fica evidenciada a alta frequência de internações obstétricas entre mulheres pardas, exigindo uma possível necessidade de análise mais aprofundada sobre o acesso e qualidade da atenção pré-natal, bem como o fortalecimento da rede de atenção à saúde da mulher, com foco na equidade racial.

Outro aspecto que chama a atenção é o padrão elevado de internações por causas externas, como violências e acidentes, nas populações parda e branca, apontando para a necessidade de políticas públicas de prevenção de violências, especialmente no território, com o entrelaçamento de outras secretárias e serviços da Prefeitura, especialmente a Guarda Municipal e a Polícia Militar.

A Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro deu um passo importante no fortalecimento da **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNISPN)** com a implantação recente do **Comitê Técnico de Saúde da População Negra**. A criação deste comitê representa um avanço concreto na consolidação de uma política de saúde pública mais equitativa, inclusiva e sensível às especificidades étnico-raciais da população.

A atuação do comitê tem como principal objetivo **fortalecer a equidade em saúde**, contribuindo para a redução das iniquidades historicamente vivenciadas pela população negra no acesso, na qualidade e nos desfechos dos serviços de saúde. A iniciativa visa, ainda, fomentar o enfrentamento ao racismo institucional no SUS, promover a formação e sensibilização dos profissionais de saúde, além de ampliar a escuta qualificada e a participação social dos usuários negros nos processos de planejamento e gestão das ações em saúde.

Com base nas diretrizes da Política Nacional, o comitê irá subsidiar a construção de estratégias locais que contemplem a **atenção integral à saúde da população negra**, respeitando sua diversidade cultural, seus saberes e suas especificidades epidemiológicas, atentando para a maior prevalência de doenças como hipertensão arterial, diabetes e doença falciforme, além das violências e barreiras sociais que impactam diretamente a saúde dessa população.

A implantação do Comitê Técnico da População Negra reafirma o compromisso da Fundação Municipal de Saúde com o **enfrentamento das desigualdades raciais** e com a promoção de um sistema de saúde mais justo, democrático e alinhado aos princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade.

1.2.5.4. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no SUS

Dentro da morbidade hospitalar, o Ministério da Saúde, em 2008, lançou a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária através da Portaria SAS n. 221, de 17 de abril de 2008, utilizando-se como referência a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10). A referida Portaria SAS n. 221/2008 foi consolidada na Portaria de Consolidação n. 1, de 2 de junho de 2021 e em seu conteúdo, de forma resumida, estabelece que a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária pode ser utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e também da utilização da atenção hospitalar.

E, ainda, segundo a Portaria SAS n. 221/2008, considera as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) como doenças que poderiam ser prevenidas ou tratadas na atenção primária. Pois, segundo a Portaria, compõe-se de 74 diagnósticos classificações na CID-10 e que são divididos em diversos grupos de doenças.

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) referem-se a condições de saúde para as quais o manejo, o tratamento e as intervenções adequadas realizadas no nível da atenção primária poderiam potencialmente prevenir a internação hospitalar. Para tanto, essas condições devem ser definidas levando em conta o perfil de

complexidade dos serviços de saúde e o contexto em que o indicador pode ser útil (SARMENTO et al., 2020). O percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária entre o total de internações vem sendo utilizado no monitoramento do desempenho do sistema e serviços de saúde por muitos países e organizações internacionais, dentre as quais a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), conforme estudos do Projeto para Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde da FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ, 2022a).

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) refletem, em parte, a efetividade da Atenção Primária à Saúde (APS) em prevenir agravos e evitar descompensações clínicas. Reduções nesse indicador estão diretamente associadas ao fortalecimento da rede básica, à ampliação do acesso, à continuidade do cuidado e à qualificação das equipes de saúde da família. Assim, o monitoramento das ICSAP é estratégico para orientar investimentos na APS, promover o cuidado resolutivo e reduzir custos hospitalares.

Sendo assim, as hospitalizações tornam-se um indicador da qualidade da assistência prestada pela Atenção Primária em Saúde (APS), que, quando feita corretamente, leva à redução das internações por condições sensíveis (hospitalizações potencialmente evitáveis) a essa assistência (GERHARDT et al., 2016). E, nesse contexto, altas taxas de ICSAP estão associadas à deficiência de cobertura dos serviços e/ou baixa resolubilidade da atenção primária para determinados problemas de saúde, conforme os estudos citados.

As ICSAB também podem revelar a qualidade e a adequação da integração entre a APS e a atenção hospitalar.

Na **Tabela** a seguir (**Tabela 45**) apresentamos as internações por causas sensíveis à Atenção Básica/Primária de 2019 a 2024.

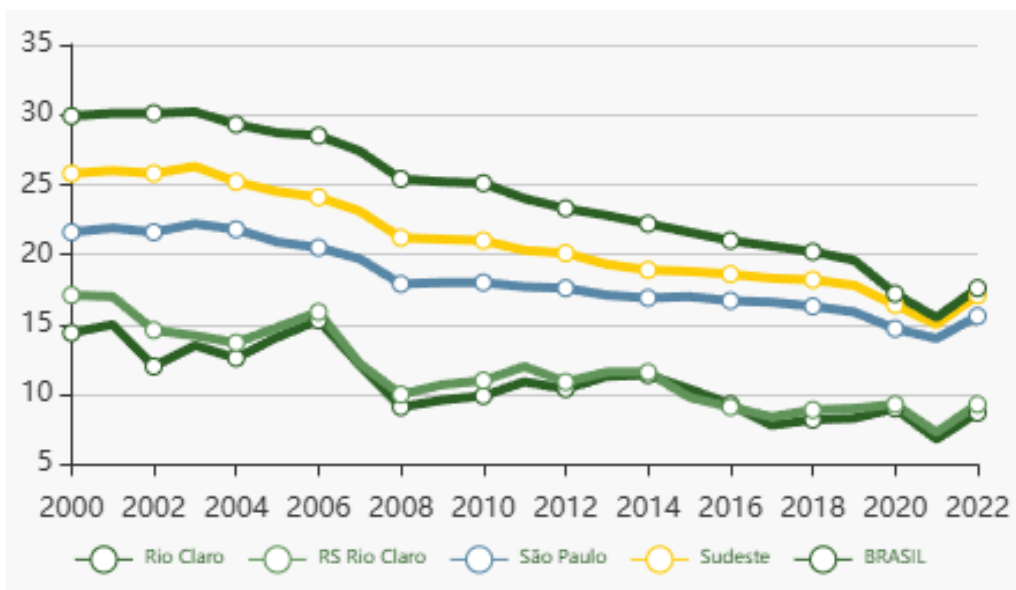
Tabela 45 – Internações de Causas Sensíveis à Atenção Básica de residentes em Rio Claro – Quantidade total de Internações por CSAB em relação ao total de internações e o percentual por ano por CSAB (2019 a 2024).

Ano	Internações por CSAB	Total de internações	% internações por CSAB
2019	573	7169	7,99
2020	574	6591	8,71
2021	475	7452	6,37
2022	682	8214	8,3
2023	875	8902	9,83
2024	986	9778	10,08

FONTE: SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS - SIH-SUS/DATASUS/MS. NOTAS: 1. % INTERNAÇÕES POR CSAB: % DE INTERNAÇÕES POR CAUSAS SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA NO TOTAL DE INTERNAÇÕES - PORTARIA 221, 17/04/2008/MS/SAS. 2. NÃO CONSIDERADO AS AIHS DE LONGA PERMANÊNCIA. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

No **Gráfico** a seguir (**Gráfico 32**) extraído de um estudo do PROADESS (Projeto para Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde) (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ,2022a), pode ser comparado o nosso município com a Região de Saúde de Rio Claro, o Estado, a região Sudeste e o Brasil, e, assim podemos verificar onde nos localizamos no contexto desse indicador das ICSAP.

Gráfico 32 - Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (série histórica de 2000 a 2022).



FONTE: SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS - SIH-SUS/DATASUS/MS. EXTRAÍDO DE PROADESS (PROJETO PARA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE) FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ,2022A).

Existe a necessidade de cautela na interpretação destes resultados, principalmente quanto à realização de inferências associando a redução de ICSAP à eficácia da APS local. Os achados apenas complementam e contribuem com parte do diagnóstico da situação do serviço de saúde.

Pois, como podemos observar, no **Gráfico** anterior (**Gráfico 32**), na série histórica selecionada, no período da pandemia da COVID-19, houve uma redução das ICSAP no Brasil como um todo, o que não foi reflexo de melhoria no sistema de saúde. Ao contrário, houve um verdadeiro estrangulamento da assistência hospitalar e ainda, com consequências drásticas para o acesso aos serviços de saúde, como podemos verificar em vários estudos (FIOCRUZ, 2022a). E, por esse motivo é necessário aprofundar os estudos quanto ao processo de trabalho das equipes de saúde e os determinantes sociais que são fundamentais, para não responsabilizar apenas a APS pela ocorrência destas internações hospitalares relacionadas.

Os resultados relacionados aos indicadores de ICSAP não devem ser atribuídos apenas a um nível do cuidado em saúde (APS), mas também relacionados à ampla gama dos determinantes sociais do processo saúde-doença, pois o acesso universal estabelecido pelo SUS não garante que o acesso seja efetivo, como observamos no período da pandemia de COVID-19. O acesso aos sistemas de saúde deve ser facilitado em locais com níveis de atenção primária bem estabelecidos e uma rede de atenção à saúde efetivamente organizada. A análise das condições de atendimento na atenção primária é condição essencial para que os gestores possam realizar medidas adequadas de saúde e tomar decisões corretas.

Nesse aspecto, as internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ou primária) (ICSAB ou ICSAP) revelam o impacto das ações de atenção básica nas morbidades e internações no SUS. Esse indicador permite, de certa forma, avaliar a qualidade e a resolutividade da Atenção Primária à Saúde no município. Embora as internações representem apenas uma pequena parcela dos eventos e procedimentos em saúde, elas envolvem custos elevados e geralmente estão associadas a casos de maior gravidade. Justifica-se, portanto, o acompanhamento dos perfis de morbidade das internações do SUS, uma vez que tal prática pode auxiliar gestores e trabalhadores da saúde no adequado planejamento de toda a rede municipal de saúde.

1.2.6. Doenças Endêmicas e Epidêmicas e Outros Fatores de Risco para a Saúde, com exceção da COVID-19

Os dados coletados a partir das doenças de notificação compulsória (DNC) são a base para que possamos estabelecer quais são as doenças relevantes no município de Rio Claro e de preocupação sanitária.

Como o ano de 2020 foi bastante atípico devido à emergência de saúde pública causada pela COVID-19, optamos por excluir essa condição do contexto e do capítulo correspondente, a fim de analisar de forma mais precisa as demais doenças endêmicas, epidêmicas e de relevância para a saúde pública.

A listagem das doenças de notificação nacional é estabelecida pelo Ministério da Saúde entre as consideradas de maior relevância sanitária para o país. A atual portaria nomeia as doenças de notificação obrigatória (suspeita ou confirmada), além das doenças ou eventos de “notificação imediata” (informação rápida – ou seja, deve ser comunicada por e-mail, telefone, fax ou Web). A escolha dessas doenças obedece a alguns critérios, razão pela qual essa lista é periodicamente revisada, tanto em função da situação epidemiológica da doença, como pela emergência de novos agentes, por alterações no Regulamento Sanitário Internacional, e devido a acordos multilaterais entre países (BRASIL, 2009).

A Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS da Organização das Nações Unidas – ONU no “Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades” estabelece como uma das metas: **“3.3 Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis”** (ONU, 2015).

1.2.6.1. Doenças associadas a vetores, artrópodes e roedores sinantrópicos de importância para a saúde pública

A disseminação de doenças infecciosas humanas transmitidas por vetores vem sendo facilitada pelo crescimento urbano desordenado, o acúmulo de lixo na área urbana, o processo de globalização e as mudanças climáticas.

A) Dengue, Febre Chikungunya, Zika Vírus e Febre Amarela

Os Arbovírus são vírus transmitidos por artrópodes e entre eles, destacam-se os mosquitos, como os do gênero *Aedes*, principalmente o *Aedes Aegypti*, que estão amplamente distribuídos no território nacional, como importantes vetores de transmissão da Febre Amarela urbana, a Dengue, a Chikungunya e a Zika. O mosquito *Aedes albopictus* também já se mostrou capaz de transmitir a dengue no Brasil (FIOCRUZ, 2021d).

Diversos fatores contribuem para a rápida expansão do mosquito *Aedes aegypti* no município de Rio Claro, destacando-se o acelerado processo de urbanização, o descarte inadequado de lixo em locais não regulamentados (como ecopontos irregulares), a produção e o acúmulo excessivo de materiais não biodegradáveis — como plásticos descartáveis e vidro —, além da existência de reservatórios de água não ligados à rede pública e mal vedados, que favorecem a proliferação do vetor. Associam-se a esse processo as mudanças climáticas, que têm alterado significativamente o regime de chuvas, a temperatura e as condições ambientais, favorecendo a disponibilidade de criadouros para o vetor.

1. Dengue

A Dengue apresenta ciclos endêmicos e epidêmicos, com epidemias explosivas ocorrendo a cada 4 ou 5 anos. Desde a introdução do vírus da Dengue no país (1981) mais de sete milhões de casos já foram notificados. Nos últimos dez anos, têm-se observado,

além do elevado número de casos, o aumento da gravidade da doença e, consequentemente, de hospitalizações (FIOCRUZ, 2021d).

No caso da febre amarela foram registrados no Estado de São Paulo três surtos de febre amarela para casos com indivíduos não vacinados no período de 2000 a 2010. Ainda não há registro de circulação da Febre amarela na cidade, apesar da circulação do vírus no Estado de São Paulo e termos uma das vacinas mais eficazes (SAAD; BARATA, 2016).

Assim como em todo o Brasil, a população rio-clarense encontra-se suscetível a infecção por estas três arboviroses importantes. Segundo informações colhidas através de exames de sorotipo da Dengue, houve a identificação no nosso município dos sorotipos DENV 1, DENV 2 e DENV 4, ainda não houve confirmação do sorotipo DENV 3, conforme se pode verificar na **Tabela 47** a seguir.

Na **Tabela 46**, a seguir, poderemos verificar a identificação do sorotipo de Dengue nos anos mencionados. Na **Figura 03**, poderemos ver a situação do Estado de São Paulo em relação aos sorotipos de Dengue e a disseminação dessa arboviroses e a reintrodução do sorotipo DEN 3 no Estado.

Também, na **Tabela 46**, é possível verificar a quantidade de notificações de casos de Dengue por ano, sem especificação do sorotipo e com a respectiva evolução. Nesse caso, fizemos uma **Tabela** com dados de um período maior, para destacar a importância dessa arbovirose no contexto de saúde pública e dos danos que ela já causou no município de Rio Claro. A seguir **Tabela 46** com o número de casos de Dengue (+) e taxa de incidência relacionado com a população calculada.

Tabela 46 – Notificações de Dengue registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Casos Prováveis por ano de notificação e evolução no município de Rio Claro (2015-2024) (incluindo registros notificados), com população utilizada e a taxa de incidência da Dengue.

ANO DA INCIDÊNCIA	Nº DE CASOS DE DENGUE	POPULAÇÃO ESTIMADA IBGE	INCIDÊNCIA POR 100.000 Habitantes
2015	21.767	199.961	10.885,62
2016	98	201.473	48,64
2017	13	202.952	6,41
2018	26	204.797	12,69
2019	1.184	206.424	573,58
2020	1.178	208.008	566,32
2021	194	209.548	92,58
2022	365	201.418	181,22
2023	700	201.418	347,54
2024	11.559	201.418	5738,81

FONTE: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA FMSRC E IBGE (ESTIMATIVAS POPULACIONAIS). ELABORAÇÃO PRÓPRIA. TABELA CONSTA NO PLANO MUNICIPAL DE CONTINGÊNCIA DE DENGUE.

Na **Tabela 46** anterior podemos verificar a quantidade de notificações de casos de Dengue por ano no município e, no contexto de saúde pública, os danos que ela tem causado para os munícipes, além, evidentemente, ainda veremos adiante, nos dados disponibilizados, os óbitos que a arboviroses causou.

No ano de 2015, o município de Rio Claro passou por um grave surto, o maior que se tem registrado. Após o surto, a circulação do vírus da Dengue continuou sem a interrupção, como pode ser observado na **Tabela 46**. Destaca-se que a taxa de letalidade em 2019 e 2020 foi alta, pois mesmo com menos de 2.000 casos, ocorreram óbitos.

O município de Rio Claro decretou emergência em saúde pública, em virtude da alta quantidade de casos confirmados de Dengue nos anos de 2015 e 2024. E, mais recentemente, agora em 2025, relevando a importância e a necessidade de ações de combate ao vetor da Dengue ininterruptas.

A dengue é causada por um único vírus (DENV). No entanto, o vírus da dengue apresenta algumas variações na sua estrutura, o que faz com que ele tenha diferentes sorotipos e linhagens virais. Os sorotipos são variações do vírus que, embora pertençam à mesma espécie, possuem diferenças em sua composição antigênica. No caso da dengue, os quatro sorotipos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4) são suficientemente distintos para que uma infecção por um deles não ofereça imunidade contra os outros (BRASIL, 2025d).

Os sorotipos da Dengue que estão circulando no município e no Estado de São Paulo podem ser observados na **Tabela 47** a seguir e, também, na **Figura 03** do Estado de São Paulo fornecido pela GVE XX (Piracicaba). No Estado de São Paulo, circulam os sorotipos de dengue 1, 2, 3 e 4, em geral, denominados DENV1, DENV2, DENV3 e DENV4.

Tabela 47 - Sorotipos da Dengue identificados e mapeados no município de Rio Claro no respectivo ano.

Ano	DENV1	DENV2	DENV3	DENV4
2015	9	0	0	2
2016	0	0	0	0
2017	0	0	0	0
2018	0	0	0	0
2019	1	8	0	0
2020	0	46	0	0
2021	0	4	0	0
2022	6	0	0	0
2023	9	0	0	0
2024	1	6	0	0
TOTAL	26	64	0	2

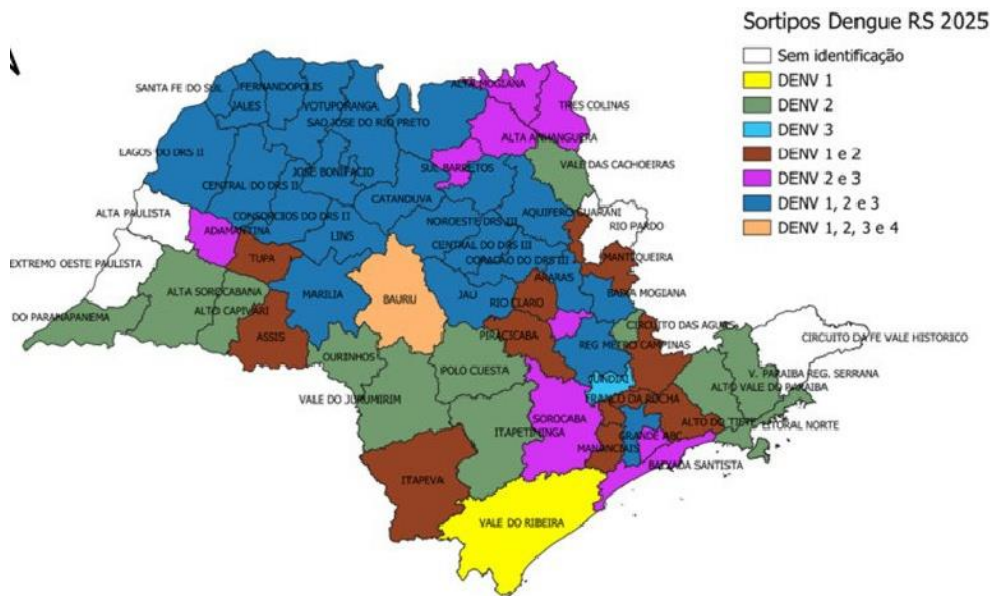
FONTE: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA FMSRC ELABORAÇÃO PRÓPRIA. **TABELA** CONSTA NO PLANO MUNICIPAL DE CONTINGÊNCIA DE DENGUE.

Como se pode verificar na **Tabela** anterior, ainda não tivemos a confirmação da circulação do sorotipo DENV3 no município de Rio Claro.

Segundo informações do Ministério da Saúde, o DENV-3 é considerado um dos sorotipos mais virulentos do vírus da dengue, ou seja, tem maior potencial de causar formas graves da doença. Estudos indicam que, após a segunda infecção por qualquer sorotipo, há uma predisposição para quadros mais graves, independentemente da sequência dos sorotipos envolvidos. No entanto, os sorotipos 2 e 3 são frequentemente associados a manifestações mais severas (BRASIL, 2025d).

Na **Figura 03** a seguir, observa-se o mapa do Estado de São Paulo com os sorotipos de DENGUE que circulam pelo Estado e, assim, é possível verificar que estamos praticamente “cercados” por todos os sorotipos, colocando o nosso município em uma situação de total alerta para possíveis quadros de epidemia, com grave consequência para a população.

Figura 03 - Sorotipos da Dengue identificados e mapeados no Estado de São Paulo em 2025.



FONTE: DADOS INFORMADOS PELAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO - SINAN, 15.05.2025. DADOS DISPONIBILIZADOS PELA CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA "ALEXANDRE VRANJAC" (CVE) - GVE XX – PIRACICABA.

Na **Figura 03** consta o município de Rio Claro indicado no Estado de São Paulo na cor **marrom** com indicação de circulação dos sorotipos da Dengue DENV1 e DENV2. Vários municípios limítrofes têm circulação dos sorotipos da Dengue DENV1, DENV2 e DENV3. Como mencionado na **Tabela** anterior, já houve a circulação dos sorotipos da Dengue DENV1, DENV2 e DENV4, sendo predominantes os sorotipos da Dengue DENV1 e DENV2.

Na **Tabela 48** a seguir poderemos verificar a quantidade de notificações de casos de Dengue por ano, os casos de Dengue com sinais de alarme, os casos de Dengue Grave, os óbitos, a letalidade e a quantidade de óbitos no Brasil. Nela poderemos verificar a situação da Dengue em cada ano, bem como o impacto em relação à quantidade de óbitos e a respectiva letalidade, onde é calculado o número de óbitos dividido pelo número de casos, resultando no índice de letalidade.

Tabela 48 - Número de casos notificados de Dengue, número de casos de Dengue com sinais de alarme, Dengue Grave, Óbitos no município de Rio Claro/SP, a taxa de letalidade respectiva e a quantidade de óbitos no Brasil no respectivo ano.

Ano	Dengue RC	Dengue com Sinais de Alarme	Dengue Grave	Óbitos RC	Letalidade	Óbitos no Brasil
2015	21.767	51	12	7	0,032	863
2016	98	0	0	0	0,000	642
2017	13	0	0	0	0,000	141
2018	26	0	0	0	0,000	155
2019	1.184	10	1	1	0,084	782
2020	1.178	11	12	1	0,085	456
2021	194	0	0	0	0,000	240
2022	365	1	0	0	0,000	994
2023	700	1	1	1	0,143	1022
2024	11.559	226	26	25	0,216	6.041

FONTE: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA FMSRC ELABORAÇÃO PRÓPRIA. TABELA CONSTA NO PLANO MUNICIPAL DE CONTINGÊNCIA DE DENGUE.

Como pode ser observado na **Tabela 48**, o município convive de forma contínua com os vetores da dengue, evidenciando a ineficácia de medidas permanentes e consistentes para reduzir a contaminação da população pelos diferentes sorotipos do vírus. Embora, até o momento, não haja confirmação da circulação de todos os sorotipos no município, a situação exige atenção constante.

O próprio Ministério da Saúde reconhece que os mosquitos da espécie *Aedes aegypti* e as arboviroses estão presentes no Brasil de forma ininterrupta há mais de quatro décadas. Vale destacar que esse vetor não transmite apenas a dengue, mas também outras arboviroses de importância em saúde pública, como Zika e Chikungunya. Portanto, o *Aedes sp.* deve ser tratado como um inimigo a ser combatido diariamente, por meio de ações contínuas e eficazes, sem permitir qualquer condição favorável à sua proliferação.

Segundo o Ministério da Saúde:

“As epidemias de arboviroses estão associadas a uma forte carga de sofrimento humano, e incluem medo, sensação de risco, e, por vezes, luto. Neste contexto, é importante que a comunicação tenha cautela, para não sobrevalorizar estratégias sem respaldo em recomendações técnicas. Respostas a boatos constituem uma ação necessária na comunicação referente às arboviroses, assim como ocorreu nos últimos anos em diversas temáticas em saúde” (BRASIL, 2025a, p.48).

Mas, uma nova etapa se inicia, exclusivamente em relação à Dengue, com a introdução de forma inédita da vacina contra a Dengue de todos os sorotipos, pelo Ministério da Saúde a partir de dezembro de 2023, após rigorosos estudos clínicos que demonstraram segurança e eficácia.

Um aspecto, que deve ser observado e ressaltado, é que a introdução da vacina se constitui numa medida de proteção que não faz parte do conjunto de estratégias necessárias de controle vetorial que devem permanecer efetivas, considerando que o vetor continua transmitindo as demais doenças, excluindo evidentemente a Dengue por causa da proteção oferecida pela imunização da população.

2. Zika Vírus

A infecção pelo vírus Zika afeta todos os grupos etários e ambos os sexos e, à luz do conhecimento atual, é uma doença febril aguda, autolimitada na maioria dos casos, que leva a uma baixa necessidade de hospitalização e que, geralmente, não vinha sendo associada a complicações. Quando sintomática, a infecção pelo vírus Zika pode cursar com febre baixa (ou, eventualmente, sem febre), exantema máculo-papular, artralgia, mialgia, cefaleia, hiperemia conjuntival e, menos frequentemente, edema, odinofagia, tosse seca e alterações gastrointestinais, principalmente vômitos. Formas graves e atípicas são raras, mas, quando ocorrem, podem excepcionalmente evoluir para óbito (BRASIL, 2016).

A febre do Zika é um agravo que foi detectado em nossa cidade em 2016. A quantidade de notificações é baixa e a confirmação menor ainda. De acordo com a Vigilância Epidemiológica Municipal temos apenas 1 (um) único caso confirmado no período de 2015 a 2020 da Febre Zika Vírus. De acordo com a Vigilância Epidemiológica Municipal não temos nenhum caso confirmado no período de 2020 a 2024 da Febre do Zika.

Na **Tabela 49** podemos verificar a quantidade de notificações de casos de Zika Vírus por ano.

Tabela 49 – Notificações de Zika Vírus registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Casos Prováveis por ano de notificação e evolução no município de Rio Claro (2019-2024) (incluindo registros notificados).

Ano	Número de Notificações	Número de casos positivos	Óbito
2020	105	-	-
2021	78	-	-
2022	110	-	-
2023	58	-	-
2024	36	-	-
Total	450	-	-

FONTE: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO - SINAN ONLINE. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

3. Febre Chikungunya

Apesar da Febre Chikungunya ser considerada mais branda do que a Dengue e ter casos de mortes como eventos raros, óbitos podem ocorrer por complicações em pacientes com doenças preexistentes. Há também, manifestações atípicas graves que podem ocorrer. Além disto, o quadro clínico arrastado (meses e até anos) e marcado por fortes dores e inchaço nas articulações pode levar a diferentes graus de incapacitação (FIOCRUZ, 2021d).

Na **Tabela 50** podemos verificar a quantidade de notificações de casos de Febre Chikungunya por ano e nenhum óbito registrado pela doença, conforme dados do SINAN ONLINE e da Vigilância Epidemiológica Municipal.

Tabela 50 – Notificações de Febre Chikungunya registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Casos Prováveis por ano de notificação e número de casos positivos no município de Rio Claro (2020-2024) (incluindo registros notificados).

Ano	Número de Notificações	Número de Casos Positivos	Óbito pelo agravo
2020	124	0	-
2021	96	5	-
2022	116	0	-
2023	70	0	-
2024	46	1	-
Total	452	6	-

FONTE: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO - SINAN ONLINE. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

4. Febre Amarela

A febre amarela apresenta dois ciclos de transmissão distintos. No **ciclo silvestre**, o vírus é mantido na natureza por mosquitos dos gêneros *Haemagogus* e *Sabethes*, que infectam primatas não humanos (PNH), principais hospedeiros amplificadores. O ser humano pode ser infectado acidentalmente ao adentrar áreas de mata. Já no **ciclo urbano**, a transmissão ocorre entre pessoas, tendo o *Aedes aegypti* como vetor e o ser humano como principal hospedeiro e fonte de infecção. A prevenção, especialmente por meio da vacinação, é fundamental para o controle da doença. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2025).

Com a expansão da doença, a vigilância de epizootias de PNH, cujos primatas são considerados como sentinela para Febre Amarela (FA), possibilitou a construção dos “corredores ecológicos”, uma vez que a morte de PNH por Febre Amarela Silvestre (FAS) desencadeava a investigação do evento com a determinação das coordenadas geográficas. Essa informação, agregada a dados ambientais e climáticos, permitiu estabelecer possíveis caminhos de expansão do vírus amarelo e, com isso, antecipar medidas de prevenção e controle, como a intensificação de vacinação em áreas previamente com recomendação ou mesmo implementar essa atividade em áreas sem recomendação, evitando assim a ocorrência de casos humanos (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2025).

Segundo o *Boletim Epidemiológico de Febre Amarela - 01/2025* do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” – CCD/SES-SP (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2025), foi identificada circulação viral em 2022, quando foi diagnosticado um caso humano de febre amarela silvestre no município de Vargem Grande Paulista (GVE São João da Boa Vista). Esse caso marcou a reemergência da circulação do vírus entre humanos e primatas não humanos (PNH). Em 2024, novos casos voltaram a ocorrer nas regiões dos GVEs Campinas e Ribeirão Preto. Por fim, em 2025, foi confirmado um caso no município de Brotas, pertencente ao GVE XVII – Bauru, com evolução para óbito, ocorrido na cidade próxima de Rio Claro.

Importante destacar que no nosso município **não há qualquer registro de caso de FA**. Mas, recentemente, tivemos a ocorrência do caso de FA em Brotas, como mencionado, cidade vizinha de Rio Claro (distante cerca de 76 Km e a 1h de distância) e que a cidade é conhecida por grande quantidade de circulação de turistas.

Como a febre amarela possui vacina eficaz e sua imunização é recomendada conforme o esquema vacinal vigente no Estado de São Paulo, é fundamental reforçar e intensificar as orientações relacionadas à vacinação, conforme o quadro apresentado a seguir. Nas áreas em que não há circulação do vírus amarelo (no caso do nosso

município), é recomendada a vacinação da população conforme preconizado no calendário vacinal, especificado no Quadro a seguir (**Quadro 01**).

Quadro 01 - Esquema vacinal contra febre amarela recomendado no estado de São Paulo na rotina.

População alvo	Indicação
Crianças com 9 (nove) meses de vida	Primeira dose
Crianças com 4 (quatro) anos de vida	Dose de reforço
Pessoas a partir de 5 (cinco), não vacinado ou sem comprovante de vacinação	Dose única*

Fonte: Norma Técnica do Programa de Imunização. ESP

*Caso a pessoa tenha recebido apenas uma dose da vacina antes de completar 5 anos de idade, deverá receber uma dose adicional, independentemente da idade em que o indivíduo procure o serviço de vacinação, respeitando o intervalo mínimo de 4 semanas entre as doses.

FONTE: BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE FEBRE AMARELA - 01/2025 DO CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA "PROF. ALEXANDRE VRANJAC"- CCD/SES-SP. QUADRO EXTRAÍDO DO BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2025)

Ainda, nas recomendações do Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" – CCD/SES-SP, no referido Boletim Epidemiológico (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2025), são reforçadas as ações de priorização da vacinação, especialmente para populações mais expostas às áreas de risco, como: residentes e trabalhadores rurais, agropecuários, extrativistas, do meio ambiente, entre outros; populações ribeirinhas e aquelas que vivem no entorno de parques e unidades de conservação (como, por exemplo, a nossa Floresta Estadual – Horto Florestal); viajantes e praticantes de ecoturismo (com destaque para a cidade de Brotas). O boletim também reforça a importância da proteção dessas pessoas frente ao risco de exposição ao vírus da febre amarela. Além da vacinação, é essencial adotar medidas de proteção individual, como: uso de calças e camisas de manga longa; sapatos fechados; aplicação de repelente nas áreas expostas do corpo; e uso de mosquiteiros em berços e carrinhos de crianças menores de 6 meses, que ainda não podem ser vacinadas.

B) Roedores - Leptospirose

Os ratos e os camundongos, pertencentes à subordem *Sciurognathi*, família *Muridae*, subfamília *Murinae*, são considerados sinantrópicos por associarem-se ao homem em virtude de terem seus ambientes prejudicados pela ação do próprio homem (FUNASA,2002).

Durante as enchentes, a urina dos ratos, presente nos esgotos e bueiros, mistura-se à enxurrada e à lama. Qualquer pessoa que tiver contato prolongado com a água ou a

lama pode infectar-se. As leptospirosas penetram no corpo pela pele, principalmente por meio de arranhões ou ferimentos, ou ainda pela pele íntegra, quando imersa por longos períodos em água ou lama contaminada. O contato com esgotos, lagoas, rios e terrenos baldios também podem propiciar a infecção (FUNASA,2002).

Outras modalidades de transmissão possíveis, embora menos frequentes, incluem o contato com sangue, tecidos e órgãos de animais infectados, a transmissão acidental em laboratórios e a ingestão de água ou alimentos contaminados (FUNASA, 2002).

No Brasil, a leptospirose é uma doença endêmica, tornando-se epidêmica em períodos chuvosos, principalmente nas capitais e áreas metropolitanas, devido às enchentes associadas à aglomeração populacional de baixa renda, às condições inadequadas de saneamento e à alta infestação de roedores infectados. Algumas profissões facilitam o contato com as leptospirosas, como trabalhadores de limpeza e desentupimento de esgotos, garis, catadores de lixo, agricultores, veterinários, tratadores de animais, pescadores, militares e bombeiros, entre outros. Contudo, a maior parte dos casos ainda ocorre entre pessoas que habitam ou trabalham em locais com infraestrutura sanitária inadequada e que estão expostas à urina de roedores. Existem registros de leptospirose em todas as unidades da federação, com maior número de casos nas regiões Sul e Sudeste (FUNASA,2002).

Em relação à Leptospirose, conforme informações da Vigilância Epidemiológica Municipal, temos 07 (sete) casos confirmados no período de 2020 a 2024 da leptospirose, com 1 óbito em 2023 e 1 óbito em 2024.

Na **Tabela** a seguir (**Tabela 51**) podemos verificar a quantidade de notificações de casos de Leptospirose por ano; os casos agravados e sua evolução.

Tabela 51 – Notificações de Leptospirose registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Casos confirmados por ano de notificação e evolução no município de Rio Claro (2020-2024) (incluindo registros notificados).

Ano Notificação	Número de notificações	Número de Casos Positivos	Óbitos pelo Agravado
2020	12	2	-
2021	3	1	-
2022	5	1	-
2023	21	1	1
2024	18	2	1
Total	59	7	2

FONTE: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO - SINAN NET. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Na **Tabela** anterior observamos que a letalidade é alta, pois com apenas 7 (sete) casos confirmados tivemos a ocorrência de 02 (dois) óbitos no período de 2020-2024.

Com a ocorrência de desastres climáticos, como as inundações que atingiram alguns bairros de nossa cidade, a disseminação e a persistência da bactéria no ambiente podem ser facilitadas, aumentando o risco de surtos de leptospirose. Diante desse cenário, especialmente em situações emergenciais como essa, é fundamental fortalecer as ações de vigilância, com foco na suspeita precoce e no tratamento oportuno dos casos da doença.

É necessário, portanto, que sejam incluídas, no Plano Municipal de Saúde, medidas que possam minimizar os riscos de transmissão da leptospirose em situações de desastres climáticos e eventuais inundações, nas quais o CCZ segue os protocolos recomendados pelo Ministério da Saúde para controle de prevenção dessa zoonose.

C) Leishmaniose Visceral e Leishmaniose Tegumentar Americana

As leishmanioses são consideradas primariamente como uma zoonose podendo acometer o homem, quando este entra em contato com o ciclo de transmissão do parasito, transformando-se em uma antroponose. Atualmente, encontra-se entre as seis endemias consideradas prioritárias no mundo (BRASIL, 2006).

A Leishmaniose Visceral (LV) é uma infecção zoonótica que afeta animais e seres humanos, causada por protozoários do gênero *Leishmania sp.* Ross, 1903, e transmitida por várias espécies de insetos vetores conhecidos como *flebotomíneos*. É considerada uma das seis doenças endêmicas mais importantes do mundo, devido a sua alta incidência, elevada mortalidade em indivíduos não tratados e em crianças desnutridas, sendo doença emergente em indivíduos portadores da infecção por HIV (SÃO PAULO (ESTADO), 2006).

A espécie de vetor envolvida com a transmissão da Leishmaniose Visceral (LV) é o *flebotomíneo* *Lutzomyia longipalpis*, tendo sido confirmada pela primeira vez em área urbana na cidade de Araçatuba em 1997. Desde então, verifica-se a expansão da doença e adaptação do vetor no meio urbano, ocorrendo de região a região em direção ao centro do Estado (SÃO PAULO (ESTADO), 2006).

A presença do vetor *Lutzomyia longipalpis* (*Lu. longipalpis*), principal transmissor de Leishmaniose visceral, foi encontrada em 201 municípios paulistas (31,1%) em 2018, através do levantamento entomológico (SÃO PAULO (ESTADO), 2020).

No Brasil, a Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma das afecções dermatológicas que merece mais atenção, devido à sua magnitude, assim como pelo risco de ocorrência de deformidades que pode produzir no ser humano, e pelo envolvimento psicológico, com reflexos no campo social e econômico, uma vez que, na maioria dos

casos, pode ser considerada uma doença ocupacional. Apresenta ampla distribuição com registro de casos em todas as regiões brasileira (BRASIL, 2010).

A Leishmaniose Tegumentar Americana é uma doença infecciosa, não contagiosa, causada por diferentes espécies de protozoários do gênero *Leishmania*, que acomete pele e mucosas. Primariamente, é uma infecção zoonótica, afetando outros animais que não o ser humano, o qual pode ser envolvido secundariamente (BRASIL, 2010).

Os vetores da Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) são insetos denominados *flebotomíneos*, pertencentes à Ordem Díptera, Família *Psychodidae*, Subfamília *Phlebotominae*, Gênero *Lutzomyia*, conhecidos popularmente, dependendo da localização geográfica, como mosquito palha, tatuquira, birigui, entre outros (BRASIL, 2010).

De acordo com a Vigilância Epidemiológica Municipal temos casos confirmados no período de 2020 a 2024 da Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA). Não tivemos casos de Leishmaniose Visceral de 2020 a 2024. Na **Tabela 52** podemos verificar a quantidade de notificações de casos de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) por ano no período de 2020 a 2024.

Tabela 52 – Notificações de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Casos confirmados por ano de notificação no município de Rio Claro (2020-2024) (incluindo registros notificados).

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA			
Ano Notificação	Número de Notificações	Número de casos Positivos	Óbito pelo Agravado
2020	5	5	-
2021	3	3	-
2022	-	-	-
2023	-	-	-
2024	1	1	-
TOTAL	9	9	-

FONTE: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO - SINAN NET. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Conforme dados da Secretaria Estadual de Saúde, através do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”- CCD/SES-SP, o município de Rio Claro é classificado como ***silencioso não receptivo vulnerável***, ou seja, não há transmissão humana e canina. Porém, em pesquisa de campo recente realizada no último caso de Leishmaniose canina notificada no CCZ, foi encontrado **um exemplar do vetor *Lutzomyia longipalpis***, conhecido como *mosquito palha*.

Essa situação, notificada e encontrada no CCZ, demonstra uma mudança no cenário epidemiológico e futura alteração na classificação do município junto ao CCD/SES-SP, sinalizando para a adoção de medidas preventivas imediatas por parte das instâncias de saúde e outros setores do município.

Com essa classificação do CCD/SES-SP, concluímos que nosso município, nesse momento, **possui condições propícias para a transmissão e multiplicação do vetor.** Portanto, é necessário que sejam incluídas no Plano Municipal de Saúde, medidas preventivas e educativas, inicialmente, para evitar a proliferação do vetor e disseminação da doença e, em uma eventual mudança na classificação do município, a adoção de outras medidas mais robustas para controle dessa importante zoonose e, necessitaria da ampliação da estrutura existente do CCZ, com aporte adicional de recursos humanos e materiais para dar conta de medidas efetivas de controle e bloqueio.

1.2.6.2. Doenças Transmissíveis

A) Tuberculose

A Tuberculose (TB) é uma doença infecto contagiosa, de transmissão aérea de pessoa para pessoa, que apesar de tratamento eficaz e prevenção mediante vacinação de BCG, ainda é um sério problema de saúde pública. Embora acometa toda a população, destacam-se alguns grupos mais vulneráveis, que são as pessoas vivendo com HIV/AIDS (coinfecção), pessoas em situação de rua, profissionais de saúde, pessoas privadas de liberdade e indígenas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil está entre os 30 países prioritários para o controle da Tuberculose para os anos de 2016 a 2020 e está classificado nos grupos com maior carga de Tuberculose (20ª posição) e de coinfecção Tuberculose/HIV (19ª posição) (BRASIL, 2019).

A Tuberculose é uma doença que pode ser prevenida e curada, mas ainda prevalece em condições de pobreza e contribui para perpetuação da desigualdade social (BRASIL, 2019).

A Tuberculose pode ser causada por qualquer uma das sete espécies que integram o complexo *Mycobacterium tuberculosis*: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. canetti*, *M. microti*, *M. pinnipedi* e *M. caprae*. Em saúde pública, a espécie mais importante é a ***M. tuberculosis***, conhecida também como bacilo de Koch (BK). O *M. tuberculosis* é fino, ligeiramente curvo e mede de 0,5 a 3 µm. É um bacilo álcool-ácido resistente (BAAR), aeróbio, com parede celular rica em lipídios (ácidos micólicos e

arabinogalactano), o que lhe confere baixa permeabilidade, reduz a efetividade da maioria dos antibióticos e facilita sua sobrevivência nos macrófagos (BRASIL, 2019).

O *M. tuberculosis* é transmitido por via aérea, de uma pessoa com TB pulmonar ou laríngea, que elimina bacilos no ambiente (caso fonte) a outra pessoa, por exalação de aerossóis oriundos da tosse, fala ou espirro. O termo “bacilífero” refere-se a pessoas com TB pulmonar ou laríngea que tem baciloscopia positiva no escarro. Esses casos têm maior capacidade de transmissão, entretanto pessoas com outros exames bacteriológicos como cultura e/ou Teste Rápido Molecular da Tuberculose (TRM-TB) positivos também podem transmitir. A TB acomete, prioritariamente, o pulmão que também é a porta de entrada da maioria dos casos (BRASIL, 2019).

Na **Tabela 53** podemos verificar a quantidade de casos confirmados no SINAN de Tuberculose com a quantidade de cura, abandono, óbitos pelo agravo, Transferência, TB-DR e Mudança no Esquema, no município de Rio Claro, no período de 2019 a 2023.

Tabela 53 - Dados de Tuberculose: quantidade de cura, abandono, óbitos pelo agravo, Transferência, TB-DR e Mudança no Esquema, no município de Rio Claro, no período de 2019 a 2023.

Tipo de Encerramento do caso	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
Abandono	2	5	7	10	9	33
Abandono Primário*	0	0	0	0	1	1
Cura	25	23	36	32	25	141
Mud.esquema Intoler./Toxicidade	0	0	1	1	0	2
Trans.Outro Estado/País	0	0	1	0	1	2
Óbito não TB	2	1	3	6	2	14
Óbito TB	1	4	6	4	5	20
Em branco	0	0	0	0	1	1
TOTAL	30	33	54	53	44	214

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE/SVS - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO – TBWEB, ELABORAÇÃO PRÓPRIA. (*) ABANDONO PRIMÁRIO NA TUBERCULOSE É A INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO ANTES DE 30 DIAS DE USO, SEJA POR NUNCA TER INICIADO OU POR TER PARADO ANTES DO PRAZO, SENDO CONSIDERADO UM EVENTO ISOLADO.

A cura dos casos de TB é um dos principais indicadores de controle da doença, sendo que se espera curar pelo menos 85% dos casos novos, com menos de 5% de abandono de tratamento. Essa meta não foi atingida no período observado (2019 a 2024).

A **Tabela** anterior mostra a necessidade de ampliar as estratégias para evitar os casos de abandono e reduzir os casos de óbitos por TB.

B) HIV/Aids

É importante distinguir dois conceitos diferentes: o do HIV e o da AIDS. O vírus (seja o HIV-1 ou HIV-2) refere-se aos agentes etiológicos da imunodeficiência humana, enquanto o termo AIDS trata-se da manifestação clínica avançada da doença causada pelo HIV, e corresponde à sigla na língua inglesa adotada no Brasil para a Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (BRASIL, 2017b).

A infecção pelo HIV e a AIDS fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, sendo que a AIDS é de notificação compulsória desde 1986; a infecção pelo HIV em gestantes, desde 2000; e a infecção pelo HIV, desde 2014 (BRASIL, 2017a).

Até meados dos anos de 1980, a AIDS era descrita como condição aguda, pois os sintomas manifestavam-se rapidamente, não havia tratamentos disponíveis e seu desfecho era rápido, com altas taxas de mortalidade. Os avanços no conhecimento da história natural do HIV, a possibilidade de monitorar a progressão da doença com CD4 e carga viral e o surgimento e melhorias do tratamento antirretroviral, a AIDS passa a ser uma doença tratável e clinicamente manejável. A AIDS deixou de ser uma doença aguda e a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a incluir a AIDS na categoria das doenças crônicas transmissíveis. Neste novo cenário ocorre uma diminuição da morbimortalidade pela AIDS, melhora da saúde, da qualidade de vida, da expectativa de vida, PVHA (Pessoas Vivendo com HIV/AIDS) tratados de forma otimizada tem a mesma expectativa de vida de pessoas HIV negativas e reduz substancialmente o risco da transmissão do HIV. Porém, novas questões emergiram como os efeitos colaterais do uso prolongado dos antirretrovirais como a síndrome lipodistrófica, as comorbidades, as coinfeções e o envelhecimento das PVHIV (Pessoas Vivendo com o HIV), necessitando de um cuidado integral com acompanhamento longitudinal (BRASIL, 2024).

Do ponto de vista de sua distribuição espacial, a evolução da epidemia de HIV/AIDS transitou, no Brasil, de um agravo concentrado em alguns centros urbanos a uma infecção presente em praticamente todo o território nacional. Essa mudança no perfil territorial da epidemia de HIV/AIDS ocorreu de forma concomitante à intensificação dos casos em alguns segmentos populacionais específicos, o que define a epidemia no país como sendo de caráter concentrado, com uma taxa de detecção do vírus na população geral de cerca de 0,4% (BRASIL, 2017b).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), considera-se que uma epidemia tem caráter concentrado quando os casos de infecção de um determinado agravo contabilizam menos de 1% na população de modo geral, ao passo que atingem ao menos 5% em grupos populacionais específicos. Ainda de acordo com a OMS, quando os casos

ultrapassam a marca de 1% na sociedade como um todo, a epidemia passa a ser considerada generalizada (BRASIL, 2017b).

Na **Tabela 54** verificamos a quantidade de pessoas vivendo com o HIV (PVHIV) e pessoas vivendo com AIDS e HIV (PVAH) vinculadas (pelo menos uma dispensa, CD4 ou carga viral), por ano e sexo, no município de Rio Claro, no período de 2015 a 2024.

Tabela 54 – Número de Pessoas vivendo com o HIV (PVHIV) e número de Pessoas vivendo com AIDS/HIV (PVAH) vinculadas (pelo menos uma dispensa, CD4 ou carga viral), por ano e sexo, no município de Rio Claro (2015-2024).

Ano Notificação	Homens PVHIV	Mulheres PVHIV	Homens PVAH	Mulheres PVAH	Total PVHIV	Total PVAH
2015	354	213	34	27	567	61
2016	377	203	28	21	580	49
2017	377	203	21	17	580	38
2018	398	210	24	17	608	41
2019	408	219	16	13	627	29
2020	458	239	28	7	697	35
2021	482	244	28	5	726	33
2022	491	255	9	10	746	19
2023	505	251	23	6	756	29
2024	557	258	15	2	830	17

FONTE: MS/SVS/DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.
ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Em relação ao período de 2019 a 2024 Verificamos ainda a quantidade de óbitos por causa básica de AIDS e o coeficiente de mortalidade bruto por AIDS (por 100.000 hab.), por ano do óbito, no período de 2019 a 2024 no município de Rio Claro na **Tabela a seguir (Tabela 55)**.

Tabela 55 – Quantidade de óbitos por causa básica de AIDS e o coeficiente de mortalidade bruto por AIDS (por 100.000 hab.), por ano do óbito, no município de Rio Claro (2019-2024).

Ano de notificação	Óbito pelo agravo notificado	Taxa Bruta de Óbito
2019	7	3,4
2020	13	5,1
2021	9	3,5
2022	13	5,1
2023	6	2,3
2024	9	3,5
Total	57	3,82

FONTE: MS/SVS/DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.
ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

i. Eliminação da Transmissão Vertical

O Brasil é signatário junto à OPAS/OMS para a eliminação da transmissão vertical do HIV e da Sífilis nas Américas. Uma das iniciativas brasileiras para alcançar essa meta foi a criação da Rede Cegonha (2011). Entre as ações previstas no âmbito do componente pré-natal, encontram-se a prevenção e o tratamento das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, com disponibilização de testes rápidos de HIV e Sífilis para todas as gestantes (BRASIL, 2017b).

Os indicadores essenciais para esse monitoramento são os seguintes: a) Taxa de detecção de AIDS em menores de 5 (cinco) anos e b) HIV em gestantes.

Segundo dados da Vigilância Epidemiológica de Rio Claro, desde 2007 não há registro de AIDS em menores de 5 anos. Ou seja, não ocorreu transmissão vertical da mãe portadora do HIV para o filho. Isto posto, destacamos que o município recebeu o prêmio “Luiza Matida” nos anos de 2023 e 2024 pelo Programa Estadual DST/AIDS-SP; e a **Certificação pelo Ministério da Saúde em decorrência da eliminação da transmissão vertical do HIV.**

Mesmo com registro de HIV em gestantes não ocorreu a transmissão vertical. Na **Tabela a seguir (Tabela 56)** pode ser verificado a quantidade de gestantes infectadas pelo HIV (casos e taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos) por ano do parto, no período de 2019 a 2024 no município de Rio Claro.

Tabela 56 – Quantidade de gestantes infectadas pelo HIV (casos e taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos) por ano do parto, no município de Rio Claro (2019-2024).

Ano do parto	HIV em gestantes	Taxa de detecção em gestantes
2019	7	2,8
2020	8	3,6
2021	5	2,2
2022	6	2,7
2023	4	1,9
2024	5	2,2
Total	35	

FONTE: MS/SVS/DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.
ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

O município de Rio Claro tem demonstrado compromisso contínuo com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde no que diz respeito à prevenção da transmissão vertical do HIV.

A gestão municipal adota integralmente os protocolos clínicos e operacionais recomendados para o manejo da infecção pelo HIV em gestantes, parturientes e recém-nascidos.

As ações de prevenção incluem a testagem rápida e oportuna durante o pré-natal (conforme protocolo), acompanhamento sistemático das gestantes vivendo com HIV no serviço especializado, administração adequada de antirretrovirais (ARVs), realização do parto em condições ideais de controle da infecção e a orientação quanto à não indicação de amamentação e ao uso de fórmula infantil. Além disso, o município mantém equipe capacitada e vigilância ativa dos casos, assegurando o monitoramento e a notificação conforme os parâmetros nacionais.

Como resultado dessas práticas efetivas de prevenção e cuidado, Rio Claro não registra nenhum caso de transmissão vertical do HIV nos últimos **dezenove anos**, o que evidencia a eficácia das estratégias implementadas e o compromisso do município com a eliminação da transmissão vertical do HIV como problema de saúde pública.

ii. HIV: Estratégias de vinculação e manutenção

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) estabelece as metas denominadas “95-95-95” como diretriz internacional para a eliminação da AIDS como problema de saúde pública até o ano de 2030. Tais metas consistem em garantir que: 95% das pessoas vivendo com HIV (PVHIV) estejam diagnosticadas; 95% das pessoas

diagnosticadas estejam em tratamento com terapia antirretroviral (TARV); e 95% das pessoas em tratamento apresentem carga viral indetectável (BRASIL,2024).

Em consonância com esses objetivos, o Ministério da Saúde alterou, em 2013, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o manejo da infecção por HIV em adultos. A principal modificação consistiu na recomendação do início imediato da TARV para todas as PVHIV, independentemente do estágio clínico ou imunológico, como estratégia de prevenção da transmissão e de promoção da qualidade de vida (BRASIL,2024). Tal recomendação foi posteriormente incorporada como política nacional vigente (BRASIL,2019).

O objetivo central da TARV é reduzir a morbidade e mortalidade associadas à infecção pelo HIV, ampliando a expectativa e a qualidade de vida das pessoas afetadas. Para as gestantes vivendo com HIV, a TARV é indicada independentemente da contagem de linfócitos T CD4+ ou de quaisquer critérios clínicos. Além disso, a terapia não deve ser suspensão após o parto (BRASIL,2019).

No município de Rio Claro, os dados de adesão ao tratamento com TARV, entre os anos de 2019 e 2024, refletem a consolidação de estratégias eficazes de vinculação e acompanhamento. As informações estão organizadas nas **Tabelas** a seguir (**Tabela 57 e Tabela 58**).

Também são apresentados os Gráficos relacionado à evolução a adesão por ano no município de Rio Claro e a comparação de mortalidade e adesão à TARV nos **Gráficos** a seguir (**Gráfico 33 e Gráfico 34**).

Tabela 57 – Situação (Status) da Terapia Antirretroviral de PVHIV com o número de pessoas por status e a quantidade ao final de cada ano, inclui a Adesão e a Perda de Seguimento de TARV por ano e quantidade de pessoas, no município de Rio Claro (2019-2024).

Status da Adesão TARV/ANO	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Adesão Suficiente	509	508	577	613	660	739
Adesão Insuficiente	81	102	86	78	69	49
Perda de Seguimento	24	29	32	36	38	42
Denominador: Total de indivíduos com pelo menos uma dispensa ao ano	614	639	695	727	767	830

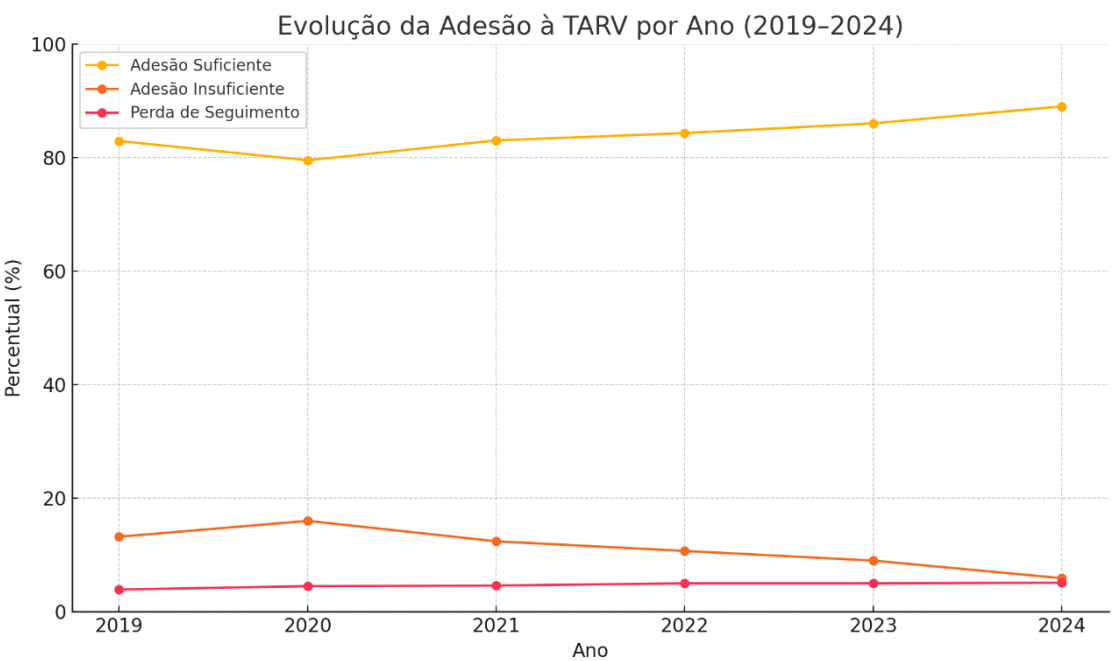
FONTE: MS/SVS/DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.
ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Tabela 58 – Situação (Status) da Terapia Antirretroviral de PVHIV com o percentual de pessoas por status e a quantidade ao final de cada ano, inclui a Adesão e a Perda de Seguimento de TARV por ano e quantidade de pessoas, no município de Rio Claro (2019-2024).

Ano	Adesão Suficiente (%)	Adesão Insuficiente (%)	Perda de Seguimento (%)	Total de Pacientes
2019	82.9%	13.2%	3.9%	614
2020	79.5%	16.0%	4.5%	639
2021	83.0%	12.4%	4.6%	695
2022	84.3%	10.7%	5.0%	727
2023	86.0%	9.0%	5.0%	767
2024	89.0%	5.9%	5.1%	830

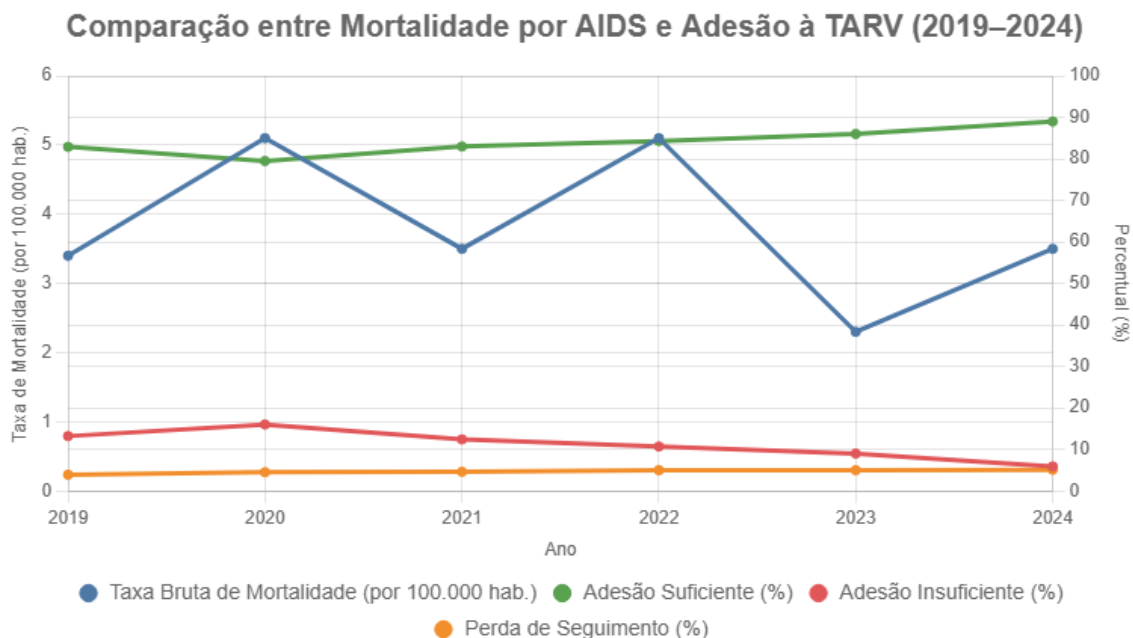
FONTE: MS/SVS/DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.
ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Gráfico 33 - Evolução da adesão à TARV por ano (2019-2024) no município de Rio Claro.



FONTE: MS/SVS/DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.
ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Gráfico 34 - Comparação entre mortalidade por AIDS e adesão à TARV (2019-2024).



FONTE: MS/SVS/DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.
ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Conforme nota-se no Gráfico anterior (**Gráfico 34**) e **Tabela** anterior (**Tabela 58**), as principais tendências demonstradas são o aumento da Adesão Suficiente, que foi de 82,9% para 89%, demonstrando evolução consistente nos cuidados e engajamento. Ainda, e eficácia do serviço, bem como as ações educativas e de monitoramento, demonstram-se na queda significativa da Adesão Insuficiente, que foi de 13,2% para 5,9%. Nota-se, no entanto um pequeno aumento absoluto na Perda de Segmento, que, embora estável proporcionalmente, representa um desafio contínuo para a unidade especializada do município - SEPA (Serviço Especializado em Prevenção e Assistência para DST/AIDS/Hepatites Virais).

Nesse mesmo passo, a avaliação dos indicadores demonstra uma ampliação expressiva na cobertura do serviço, evidenciada pelo aumento do número de indivíduos acompanhados, que passou de 614 em 2019 para 830 em 2024. Esse crescimento apresentou um desafio para a capacidade operacional da unidade, mas também expressou a eficácia das estratégias de vinculação e manutenção no cuidado. Concomitantemente, observa-se uma evolução positiva na adesão ao tratamento, o que indica maior efetividade

das ações institucionais voltadas à permanência dos usuários. Ainda assim, destaca-se a necessidade de atenção contínua aos casos com risco de não adesão, uma vez que a perda de seguimento, embora estável, representa um ponto crítico na consolidação dos resultados.

A taxa bruta de mortalidade por AIDS apresentou picos em 2020 e 2022 (5,1 por 100.000 hab.), porém, nota-se incidência de fatores externos (COVID 19) e uma redução significativa em 2023 (2,3) e um valor de 3,5 em 2024. O número de óbitos seguiu a mesma tendência, com 13 óbitos em 2020 e 2022, 6 em 2023 e 9 em 2024.

Nesse contexto, a continuidade e o aprimoramento das estratégias que favoreçam a adesão terapêutica, com ênfase no acompanhamento individualizado, na busca ativa e na promoção de espaços coletivos de apoio aos usuários, é uma responsabilidade da unidade especializada do município - SEPA (Serviço Especializado em Prevenção e Assistência para DST/AIDS/Hepatites Virais).

iii. Estratégias de prevenção

As estratégias de prevenção incluem realização de testes rápidos por demanda espontânea, a distribuição de autotestes, a capacitação das Unidades de Atenção Básica, mapeamento de pessoas vulneráveis e o estabelecimento de um plano de intervenção, aconselhamento e acolhimento.

Soma-se a isso a distribuição de insumos de prevenção, como preservativos masculinos e femininos e gel lubrificante. A realização de campanhas em escolas, na indústria e no comércio e de testagem extensa em campanhas como o “Dezembro Vermelho”, ou visando datas comemorativas, como o carnaval, com apoio das Unidades Básicas de Saúde. E a manutenção do “GAP de tratamento” (pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) que ainda não iniciaram o tratamento antirretroviral), que atualmente no município está em 1%, conforme dados da própria unidade especializada.

Desde 2023, o município de Rio Claro implementou a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV, uma estratégia preventiva baseada na administração antirretrovirais antes de potenciais exposições ao vírus, possibilitando a redução significativa do risco de infecção. A pessoa em PrEP realiza acompanhamento regular de saúde, com testagem para o HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), conforme preconizado, garantindo a eficácia da ação preventiva. (BRASIL, 2024)

Ademais, as ações de prevenção incluem a testagem rápida e oportuna durante o pré-natal e acompanhamento sistemático das gestantes vivendo com HIV. Além disso, o

município mantém equipe capacitada e vigilância ativa dos casos, assegurando o monitoramento e a notificação conforme os parâmetros nacionais.

O Município de Rio Claro também disponibiliza a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV, uma intervenção farmacológica destinada a mitigar o risco de infecção pelo vírus, com administração recomendada dentro de 72 horas após exposição de alto risco, acidentes com material perfurocortante ou episódios de violência sexual. Essa terapia está acessível no SEPA (Serviço Especializado em Prevenção e Assistência para DST/AIDS/Hepatites Virais), nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e na Maternidade, garantindo cobertura abrangente e atendimento oportuno conforme diretrizes clínicas nacionais.

C) Sífilis

A Sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST), de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. É causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria Gram-negativa do grupo das *espiroquetas*, descoberta em 1905 (BRASIL, 2019).

No Brasil, nos últimos cinco anos, foi observado um aumento constante no número de casos de **Sífilis em gestantes**, **Sífilis Congênita** e **Sífilis Adquirida**. Esse aumento pode ser atribuído, em parte, à elevação nos números de testagem, decorrente da disseminação dos testes rápidos, mas também à diminuição do uso de preservativos, à redução na administração da penicilina na Atenção Básica e ao desabastecimento mundial de penicilina, entre outros (BRASIL, 2019).

A sífilis é transmitida predominantemente por via sexual e vertical. O risco dessa IST está diretamente relacionado à presença de lesões sifilíticas mucocutâneas, mais comuns no primeiro ano de infecção (fases primária e secundária) (BRASIL, 2019).

A sífilis congênita (SC) é o resultado da transmissão da espiroqueta do *Treponema pallidum* da corrente sanguínea da gestante infectada para o concepto por via transplacentária ou, ocasionalmente, por contato direto com a lesão no momento do parto (transmissão vertical). A maioria dos casos acontece porque **a mãe não foi testada para sífilis durante o pré-natal ou porque recebeu tratamento não adequado para sífilis antes ou durante a gestação** (BRASIL, 2019).

A transmissão vertical é passível de ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna e pode resultar em aborto, natimorto, prematuridade ou um amplo espectro de manifestações clínicas; apenas os casos muito graves são clinicamente aparentes ao nascimento (BRASIL, 2019).

A sífilis congênita é passível de prevenção quando a gestante infectada por sífilis é tratada adequadamente. A sífilis na gestação pode implicar consequências como aborto, natimorto, parto prematuro, morte neonatal e manifestações congênitas precoces ou tardias (BRASIL, 2019).

Não existe vacina contra sífilis e a infecção prévia não confere imunidade protetora. Portanto, a pessoa pode se reinfectar a cada vez que for exposta, o que justifica o rastreio mais frequente durante a gestação (BRASIL, 2019).

Segundo dados do Ministério da Saúde/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis podem ser observados os dados da sífilis na nossa cidade através das **Tabelas (Tabela 59, Tabela 60 e Tabela 61)**.

Tabela 59 – Quantidade de casos de sífilis adquirida por sexo e por ano de diagnóstico. Rio Claro (2019-2023).

Sífilis Adquirida	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Homens	41	35	59	51	75	220
Mulheres	14	14	28	28	52	122
Total	55	49	87	79	127	342

FONTE: SINAN NET. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Na **Tabela 60** pode ser verificado a quantidade de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico e a taxa de detecção (por mil nascidos vivos) no município de Rio Claro, no período de 2019 a 2023.

Tabela 60 – Casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico. Rio Claro (2019-2023).

Sífilis em Gestantes	2019	2020	2021	2022	2023
Casos	29	33	82	55	68
Taxa de detecção	11,6	15,1	36,2	24,9	33,2

FONTE: MS/SVS/DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.
ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Os dados da **Tabela 61** apresentam o momento em que foi realizado o diagnóstico de sífilis em gestantes, com a distribuição dos casos segundo a idade gestacional,

demonstrando como está o processo de detecção na APS e se a detecção está sendo oportuna ou está sendo tardia.

O melhor indicador é ter menos casos de sífilis, mas o retardamento da detecção também demonstra a necessidade de verificar os protocolos e processos que vem sendo adotados para que possam melhorar a situação revelada pela **Tabela 61**, que tem como base a quantidade total de casos desse período e idade gestacional do diagnóstico.

Tabela 61 – Distribuição de casos de gestantes com sífilis segundo a idade gestacional por ano do diagnóstico. Rio Claro (2019-2023).

Idade Gestacional	2019	2020	2021	2022	2023
1º Trimestre	11	12	17	15	12
2º Trimestre	10	4	20	20	13
3º Trimestre	9	12	20	22	13
Idade gestacional ignorada	9	13	24	8	25
TOTAL	39	41	81	65	63

FONTE: SINAN NET. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

D) Hepatites Virais

As hepatites virais são doenças silenciosas. Isso dificulta o diagnóstico dos portadores. Em fase avançada, a doença pode causar cirrose, câncer de fígado ou até mesmo levar à morte precoce.

A **Hepatite A** é uma doença infecciosa viral, contagiosa, causada pelo vírus A (HAV) e também conhecida como “hepatite infecciosa”, “hepatite epidêmica”, “hepatite de período de incubação curto”. O agente etiológico é um pequeno vírus RNA, membro da família *picornaviridae* (BRASIL, 2005).

A hepatite pelo HAV apresenta distribuição mundial. A principal via de contágio é a fecal-oral, por contato inter-humano ou por água e alimentos contaminados. A disseminação está relacionada às condições de saneamento básico, nível socioeconômico da população, grau de educação sanitária e condições de higiene da população. Em regiões menos desenvolvidas as pessoas são expostas ao HAV em idades precoces, apresentando formas subclínicas ou anictéricas em crianças em idade pré-escolar. A transmissão poderá ocorrer 15 dias antes dos sintomas até sete dias após o início da icterícia (BRASIL, 2005).

No nosso município há poucos registros de **Hepatite A (HAV)**; no período de 2015 a 2019, há registro de 05 (cinco) notificações, segundo a Vigilância Epidemiológica de Rio Claro. Já no período de 2020 a 2024, há registro de 01 (uma) notificação, segundo a Vigilância Epidemiológica de Rio Claro.

A hepatite B é uma doença infecciosa viral, contagiosa, causada pelo vírus da hepatite B (HBV), anteriormente conhecido como vírus da hepatite soro-homóloga. O agente etiológico é um vírus de DNA, pertencente ao gênero *Hepatitisvirus* da família *Hepadnaviridae*. A infecção pode se apresentar de forma assintomática ou sintomática. Em adultos infectados pelo HBV, aproximadamente 90% a 95% evoluem para a cura, enquanto 5% a 10% permanecem com o vírus por mais de seis meses, caracterizando a forma crônica da doença. Entre os portadores crônicos, alguns apresentam condição de replicação viral (HBeAg reagente), o que aumenta o risco de progressão para formas avançadas, como cirrose. Outros permanecem sem replicação viral (HBeAg não reagente e anti-HBe reagente), situação associada a menores taxas de progressão. Menos de 1% dos casos cursa com quadro agudo grave (fulminante). A infecção em recém-nascidos, entretanto, apresenta taxas significativamente maiores de cronificação: cerca de 90% evoluem para a forma crônica, com risco aumentado de desenvolver cirrose e/ou carcinoma hepatocelular no futuro (BRASIL, 2005).

A **Hepatite B** é transmitida por meio de:

a) relações sexuais desprotegidas, pois o vírus encontra-se no sêmen e secreções vaginais, considerando que existe um gradiente de risco decrescente desde o sexo anal receptivo, até o sexo oral insertivo sem ejaculação na boca; b) realização dos seguintes procedimentos sem esterilização adequada ou utilização de material descartável: intervenções odontológicas e cirúrgicas, hemodiálise, tatuagens, perfurações de orelha, colocação de piercings; c) transfusão de sangue e derivados contaminados; d) uso de drogas com compartilhamento de seringas, agulhas ou outros equipamentos; e) transmissão vertical (mãe/filho); f) aleitamento materno e; g) acidentes perfurocortantes. Em acidentes ocupacionais perfurocortantes, o risco de contaminação pelo vírus da hepatite B (HBV) está relacionado, principalmente, ao grau de exposição ao sangue no ambiente de trabalho e também à presença ou não do antígeno HBeAg no paciente fonte (BRASIL, 2005).

No nosso município há poucos registros de **Hepatite B (HBV)**. No período de 2015 a 2019, há notificação de 41 (quarenta e um) casos, segundo o MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. A Hepatite B é uma doença que até o momento não tem cura. Mas tem vacina. Já no período de 2020 a 2024, há notificação de 26 (vinte e seis) casos, segundo a Vigilância Epidemiológica local.

A **Hepatite C** é uma doença infecciosa viral, contagiosa, causada pelo vírus da Hepatite C (HCV), conhecido anteriormente por Hepatite Não A Não B, quando era responsável por 90% dos casos de hepatite transmitida por transfusão de sangue sem agente etiológico reconhecido. O agente etiológico é um vírus RNA, da família *flaviviridae*, podendo apresentar-se como uma infecção assintomática ou sintomática. Em média 80% das pessoas que se infectam não conseguem eliminar o vírus, evoluindo para formas crônicas. Os restantes 20% conseguem eliminá-lo dentro de um período de seis meses do início da infecção (BRASIL, 2005).

A **Hepatite C** é classificada como Hepatite C aguda ou Hepatite C crônica. Na Hepatite C aguda os sintomas são extremamente raros. No caso da Hepatite C crônica, quando os sintomas persistem sem melhoras por mais de seis meses, considera-se que a infecção está evoluindo para a forma crônica. Os sintomas, quando presentes, são inespecíficos, predominando fadiga, mal-estar geral e sintomas digestivos. Uma parcela das formas crônicas pode evoluir para cirrose, com aparecimento de icterícia, edema, ascite, varizes de esôfago e alterações hematológicas. O hepatocarcinoma também faz parte de uma porcentagem do quadro crônico de evolução desfavorável (BRASIL, 2005).

Na **Hepatite C** os mecanismos conhecidos para a transmissão dessa infecção são os seguintes: a) Transfusão de sangue e uso de drogas injetáveis; b) Hemodiálise; c) Acupuntura, “piercings”, tatuagem, droga inalada, manicures, barbearia, instrumentos cirúrgicos; d) Relação sexual; e) Transmissão vertical e aleitamento materno. f) Acidente ocupacional e g) Transplante de órgãos e tecidos (BRASIL, 2005).

A transmissão do HCV através do aleitamento materno não está comprovada. Dessa forma, a amamentação não está contraindicada quando a mãe é infectada pelo vírus da hepatite C, desde que não existam fissuras no seio que propiciem a passagem de sangue (BRASIL, 2005).

No nosso município há registros de **Hepatite C (HCV)**, no período de 2015 a 2019. Foram notificados 257 (duzentos e cinquenta e sete) casos nesse período, segundo o MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Já no período de 2020 a 2024, foram notificados 95 (noventa e cinco) casos, segundo a Vigilância Epidemiológica local. A Hepatite C é uma doença silenciosa, infelizmente ainda não tem vacina para a prevenção. Mas o tratamento é altamente eficaz em mais de noventa e cinco por cento dos casos. A doença é tratada com medicamentos fornecidos pelo SUS no nosso município.

Na **Tabela** a seguir é demonstrado a quantidade de casos de Hepatites (A, B, C e outras Hepatites) e o ano de notificação no período de 2015 a 2024 no município de Rio Claro.

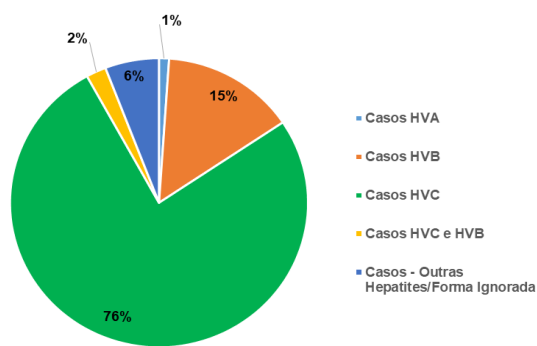
Tabela 62 – Casos de Hepatites (HVA, HVB, HVC e outras hepatites por ano de notificação. Rio Claro (2015-2024).

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Casos HVA	1	1	2	0	0	0	0	0	0	1
Casos HVB	22	5	4	7	3	2	10	1	2	11
Casos HVC	72	50	32	65	38	24	22	20	15	14
Casos HVC e HVB	1	0	8	1	0	0	0	0	0	0
Casos - Outras Hepatites/Forma Ignorada	2	9	4	8	4	0	0	0	0	0
Total	98	65	50	81	45	26	32	21	17	26

FONTE: MS/SVS/DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E DADOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE RIO CLARO. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

A seguir podemos observar, graficamente (**Gráfico 35**) a evolução da quantidade de casos com hepatites virais por tipo de vírus e por ano, no período de 2015 a 2024, no município de Rio Claro.

Gráfico 35 – Casos de Hepatites (HVA, HVB, HVC e outras hepatites e forma ignorada, considerando o período de 2015-2024 no município de Rio Claro.



FONTE: MS/SVS/DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E DADOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE RIO CLARO.

E) Meningites/Meningocócica

A Meningite é uma inflamação das meninges, que são membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal. As meningites podem ser causadas por lesão física, neoplasias, doença autoimune, medicamentos e por infecções por vários microrganismos, como fungos, parasitas e, mais frequentemente, vírus e bactérias (BRASIL, 2017v).

A meningite viral é uma doença causada por vários tipos de vírus como, por exemplo, os enterovírus. É a meningite que ocorre mais frequentemente e, em geral, evolui bem.

A meningite bacteriana é uma doença grave, que pode ser causada por várias bactérias, dentre elas, o *meningococo* (*Neisseriameningitidis*), o pneumococo (*Streptococcus pneumoniae*), o *Haemophilus influenzae*, e outras. As meningites causadas pelo *meningococo* são denominadas “Doença Meningocócica (DM)”. Quando a bactéria causadora é o meningococo, surgem manchas vermelhas na pele que não desaparecem com a pressão, caracterizando o quadro de meningococcemia, isto é, a infecção generalizada (BRASIL, 2017v). No Brasil, a doença meningocócica é endêmica, com ocorrência de surtos esporádicos. O *meningococo* é a principal causa de meningite bacteriana no país (BRASIL, 2017v).

A doença meningocócica acomete indivíduos de todas as faixas etárias, porém aproximadamente 30% dos casos notificados ocorrem em crianças menores de 5 anos de idade. Os maiores coeficientes de incidência da doença são observados em lactentes, no primeiro ano de vida (BRASIL, 2017v).

No nosso município há registros de meningites e doença meningocócica (DM), inclusive com registros de óbitos, conforme informações da Vigilância Epidemiológica. A **Tabela 63** demonstra a quantidade de casos confirmados e notificados de meningite, com a respectiva evolução dos casos e o ano do 1º sintoma, no período de 2019 a 2023.

Tabela 63 – Casos de Meningite com a respectiva evolução dos casos e o ano do 1º sintoma por ano de notificação. Rio Claro (2019-2023).

Ano notificação	Ign/Branco	Alta	Óbito pelo agravo notificado	Óbito por outra causa	Total
2019	1	6	4	-	11
2020	-	10	1	3	14
2021	-	4	-	2	6
2022	2	8	6	2	18
2023	-	13	3	5	21
Total	3	41	14	12	70

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE/SVS - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO - SINAN NET E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE RIO CLARO. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

F) Hanseníase

A hanseníase é uma doença infecciosa, transmissível e de caráter crônico, que ainda persiste como problema de saúde pública no Brasil. Seu agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*, um bacilo que afeta principalmente os nervos periféricos, olhos e pele. A doença atinge pessoas de qualquer sexo ou faixa etária, podendo apresentar evolução lenta e progressiva e, quando não tratada, pode causar deformidades e incapacidades físicas, muitas vezes irreversíveis (BRASIL, 2016).

A bactéria é transmitida pelas vias respiratórias (pelo ar) e não pelos objetos utilizados pelo paciente. Estima-se que a maioria da população possua defesa natural (imunidade) contra o *M. leprae*. Portanto, a maior parte das pessoas que entrarem em contato com o bacilo não adoecerá. É sabido que a susceptibilidade ao *M. leprae* possui influência genética. Assim, familiares de pessoas com hanseníase possuem maior chance de adoecer (BRASIL, 2016).

A hanseníase é diagnosticada quando a pessoa apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais, sendo necessário o tratamento com poliquimioterapia (PQT): a) lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ ou dolorosa e/ou tátil; ou b) espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; ou c) presença de bacilos *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biópsia de pele (BRASIL, 2016).

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória. Os casos diagnosticados devem ser notificados, utilizando-se a ficha de Notificação/Investigação, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (BRASIL, 2016).

No Estado de São Paulo, adota-se a seguinte classificação das taxas de incidência de casos por 10 mil habitantes: baixa (menor que 1,00), média (1,00 a 4,00), alta (5,00 a 9,00), muito alta (10,00 a 19,99) e situação hiperendêmica (maior ou igual a 20,00) (SÃO PAULO (ESTADO, 2020).

Na **Tabela 64** podemos verificar a quantidade de casos de hanseníase no município de Rio Claro no período de 2019 a 2023 e respectiva taxa de incidência por 10.000 habitantes. A taxa de incidência revela que nosso município se encontra na incidência baixa.

Tabela 64 - Casos e taxa de incidência (por 10 mil hab.) de hanseníase por ano de diagnóstico. Rio Claro, 2019-2023.

Hanseníase	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Casos	6	6	7	5	2	26
Taxa de incidência por 10 mil hab.	0,29	0,29	0,33	0,24	0,09	

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE/SVS - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO - SINAN NET E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE RIO CLARO. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

G) Raiva Animal

É uma zoonose viral que se caracteriza como uma encefalite progressiva aguda e letalidade de aproximadamente 100%, considerando casos raros de cura (BRASIL, 2016).

O agente infeccioso é o vírus da raiva. O vírus da raiva (*RABV*) apresenta sete caracterizações antigênicas (AgV) distintas no Brasil, sendo 2 (duas) encontradas, principalmente, em cães (AgV1 - *Canis familiaris* e AgV2 - *Canis familiaris*), três em morcegos (AgV3 - *Desmodus rotundus*; AgV4 - *Tadarida brasiliensis* e AgV6 - *Lasiurus spp.*) e outras duas em reservatórios silvestres, no *Cerdocyon thous* (AgV2*) e no *Callithrix jacchus* (AgVCN) (BRASIL, 2016).

A distribuição da doença é mundial e os reservatórios da doença são canídeos selvagens e domésticos, como cães, raposas, coiotes, lobos e chacais e gatos. São infectados os morcegos frutívoros e insetívoros (FIOCRUZ, 2022).

O modo de transmissão é pela saliva de um animal raivoso quando este morde sua vítima, introduzindo assim o vírus da doença, que se propaga no sistema nervoso central. É mais comum entre os animais, tendo suscetibilidade os mamíferos de sangue quente (FIOCRUZ, 2022). O vírus, contido na saliva do animal, penetra no organismo principalmente por meio de mordedura e, mais raramente, pela arranhadura e lambidura de mucosas (BRASIL, 2016).

Em cães e gatos, a eliminação do vírus pela saliva ocorre de dois a cinco dias antes do aparecimento dos sinais clínicos, persistindo durante toda a evolução da doença. A morte do animal ocorre, em média, entre 5 (cinco) a 7 (sete) dias após a apresentação dos sintomas. Os quirópteros podem albergar o vírus por longo período, sem sintomatologia aparente (BRASIL, 2016).

Como medidas de prevenção aconselha-se a vacinação de todos os cães e gatos. É necessário fazer a observação clínica por 10 (dez) dias de cães e gatos que morderam uma pessoa. Caso apresentem sinais de raiva, devem ser sacrificados. A pessoa que foi

mordida deve receber prontamente a primeira dose da vacina antirrábica e as outras doses 3, 7, 14 e 28 dias depois da primeira (FIOCRUZ,2022).

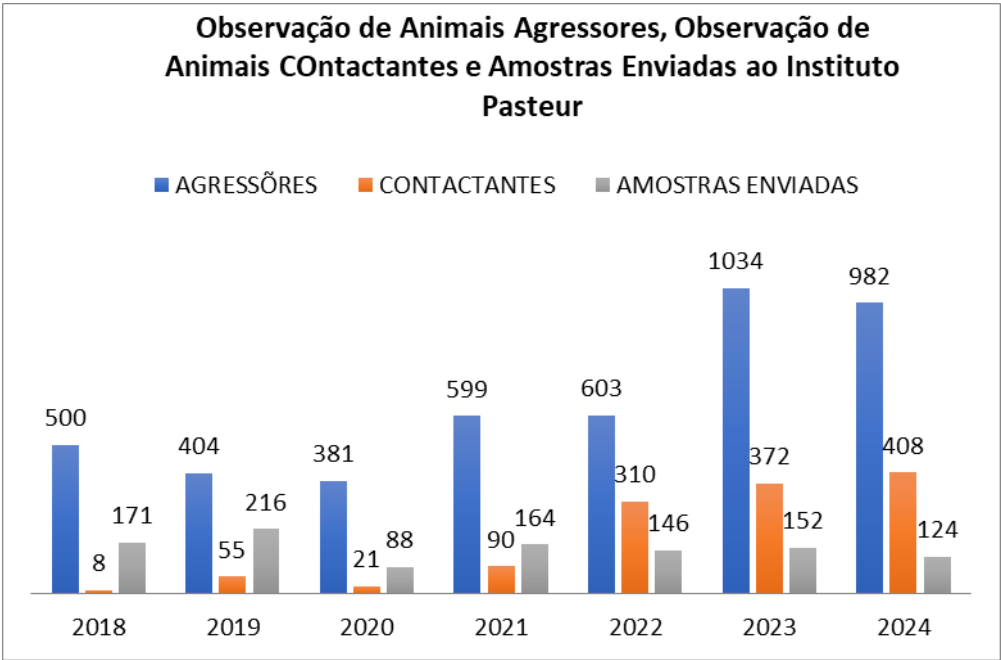
Outro aspecto relevante das ações do CCZ, relacionado à vigilância e prevenção, é o envio do maior número possível de amostras ao Instituto Pasteur para estudo antigênico e genético, com a consequente definição do vírus circulante no local. A seguir, podemos observar, de forma gráfica, o número de notificações de animais agressores e contactantes, bem como o de amostras enviadas ao Instituto Pasteur, no período de 2018 a 2024, no município de Rio Claro.

Tabela 65 - Casos de animais agressões, contactantes e amostras enviadas por ano, em Rio Claro, no período de 2018-2024.

ANO	AGRESSÕES	CONTACTANTES	AMOSTRAS ENVIADAS
2018	500	8	171
2019	404	55	216
2020	381	21	88
2021	599	90	164
2022	603	310	146
2023	1034	372	152
2024	982	408	124

FONTE: BANCO DE DADOS DO CCZ. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Gráfico 36 – Número de notificações de animais agressores, de animais contactantes e de amostras enviadas ao Instituto Pasteur por ano de notificação e de envio das amostras ao IP, no município de Rio Claro (2018-2020).



FONTE: BANCO DE DADOS DO CCZ. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

1.2.6.3. Comentários finais sobre o perfil epidemiológico de Rio Claro

O diagnóstico mostra que as condições socioeconômicas estruturais e as transformações demográficas e epidemiológicas que se encontram em curso na cidade determinam as condições de saúde da população. Essa situação das doenças deve orientar a condução da política de saúde e a organização dos serviços, com vistas à redução efetiva dos agravos e das doenças e assim fazer frente aos reais problemas de saúde da população.

A existência de lacunas na oferta de serviços em diversos locais fica bem evidenciada. No entanto, o diagnóstico mostra ainda que alguns agravos relevantes tiveram redução; por outro lado, outros tiveram aumento. Os serviços necessários para enfrentar os desafios e melhorar os indicadores constituem um esforço permanente, que deve incluir também a manutenção daqueles que já se encontram em níveis satisfatórios.

1.3. Gestão do SUS

1.3.1. Estrutura do Sistema de Saúde em Rio Claro/SP

A saúde pública na cidade de Rio Claro, assim como nos outros municípios brasileiros, seguiu alinhada com a construção e estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de São Paulo e na região de saúde.

O município de Rio Claro é integrante do Colegiado de Gestão Regional da Região Rio Claro, composto pelos municípios de Analândia, Corumbataí, Ipeúna, Itirapina, Rio Claro e Santa Gertrudes, agregado à RRAS 14 e vinculado ao Departamento Regional de Saúde de Piracicaba - DRS X – SES/SP, que abrange 26 municípios.

Na **Figura 01** e **Tabela 01** podemos observar a localização dos municípios e a participação de cada um em termos populacionais na região Rio Claro.

Nosso município, diferente de outros, optou por construir uma Fundação Municipal de Direito Público, a Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro, criada em 1995 através da Lei Municipal n.º 2.720 de 23/02/1995. Por esta Lei Municipal, todos os órgãos da estrutura administrativa e operacional da Secretaria Municipal de Saúde passaram para a Fundação Municipal; todos os bens móveis e imóveis, além dos recursos do Fundo Municipal de Saúde e outros, passaram a compor o patrimônio inicial da Fundação

Municipal da Saúde. O Presidente da Fundação Municipal de Saúde é o Secretário Municipal de Saúde.

O município de Rio Claro habilitou-se na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal após aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), por meio da Portaria MS/GM nº 2.553, de 04 de maio de 1998.

Em 2008, através do pleito do município, foi homologado o Termo de Compromisso de Gestão – TCG – “Pacto pela Saúde”, através da Portaria MS/GM nº 155, de 28/01/2008.

Ao longo dos anos, a estrutura da Fundação Municipal de Saúde, passou por alterações por meio de legislações municipais. Atualmente, a Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro rege-se pela Lei Complementar Municipal nº 159, de 14 de dezembro de 2021, além da Lei Municipal nº 2.720, de 1995, que instituiu sua criação.

Até dezembro de 2024, o município de Rio Claro dispõe de 785 estabelecimentos assistenciais de saúde cadastrados no SCNES. Desse total, 91% são estabelecimentos não vinculados ao SUS, cerca de 6% são estabelecimentos públicos municipais e cerca de 0,5% são estabelecimentos públicos de gestão estadual. Não temos nenhum estabelecimento do SUS federal no município e cerca de 1% são entidades filantrópicas e privadas, mas vinculadas ao SUS.

Na **Tabela 66** podemos verificar os estabelecimentos cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES no município de Rio Claro na competência dezembro de 2024 por tipo de estabelecimento e esfera jurídica.

Tabela 66 – Quantidade de estabelecimentos cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES no município de Rio Claro (competência dezembro de 2024), por tipo e esfera jurídica do estabelecimento.

TIPO DE ESTABELECIMENTO	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL OU DISTRITO FEDERAL	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL	DEMAIS ENTIDADES EMPRESARIAIS	ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS	PESSOAS FÍSICAS	TOTAL
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA	2	21	1	-	-	24
POLICLÍNICA	-	1	56	2	-	59
HOSPITAL GERAL	-	-	2	1	-	3
HOSPITAL ESPECIALIZADO	-	-	-	1	-	1
CONSULTÓRIO ISOLADO	-	2	162	1	399	564
CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	1	4	50	3	-	58
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	-	1	41	-	-	42
UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRÉ-HOSPITALAR NA ÁREA DE URGÊNCIA	-	3	-	-	-	3
FARMÁCIA	-	4	10	-	-	14
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	-	2	-	-	-	2
HOSPITAL/DIA - ISOLADO	-	-	1	-	-	1
CENTRAL DE GESTÃO EM SAÚDE	-	1	1	-	-	2
CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERAPIA E OU HEMATOLOGICA	-	-	1	-	-	1
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	-	3	-	-	-	3
PRONTO ATENDIMENTO	-	2	-	-	-	2
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	-	1	-	-	-	1
LABORATÓRIO DE SAÚDE PÚBLICA	1	-	-	-	-	1
CENTRAL DE REGULAÇÃO DO ACESSO	-	2	-	-	-	2
CENTRAL DE ABASTECIMENTO	-	2	-	-	-	2
TOTAL	4	49	325	8	399	785

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE - CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DO BRASIL – CNES

A. Atenção Básica / Atenção Primária em Saúde

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Atualmente os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária em Saúde (APS), na atual concepção, são termos equivalentes, conforme estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) definida na Portaria de Consolidação nº 02 de 28/09/2017 (BRASIL, 2017).

A APS é o primeiro nível de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizando-se, principalmente, como o primeiro e preferencial contato dos usuários com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo orientada pelos princípios do SUS.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Outras estratégias de Atenção Básica serão reconhecidas, desde que observados os princípios e diretrizes da PNAB e devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2017).

Atualmente a concepção presente na normativa do SUS é de um sistema hierárquico e piramidal, formatado segundo as complexidades relativas de cada nível de atenção, em atenção básica, média complexidade e alta complexidade.

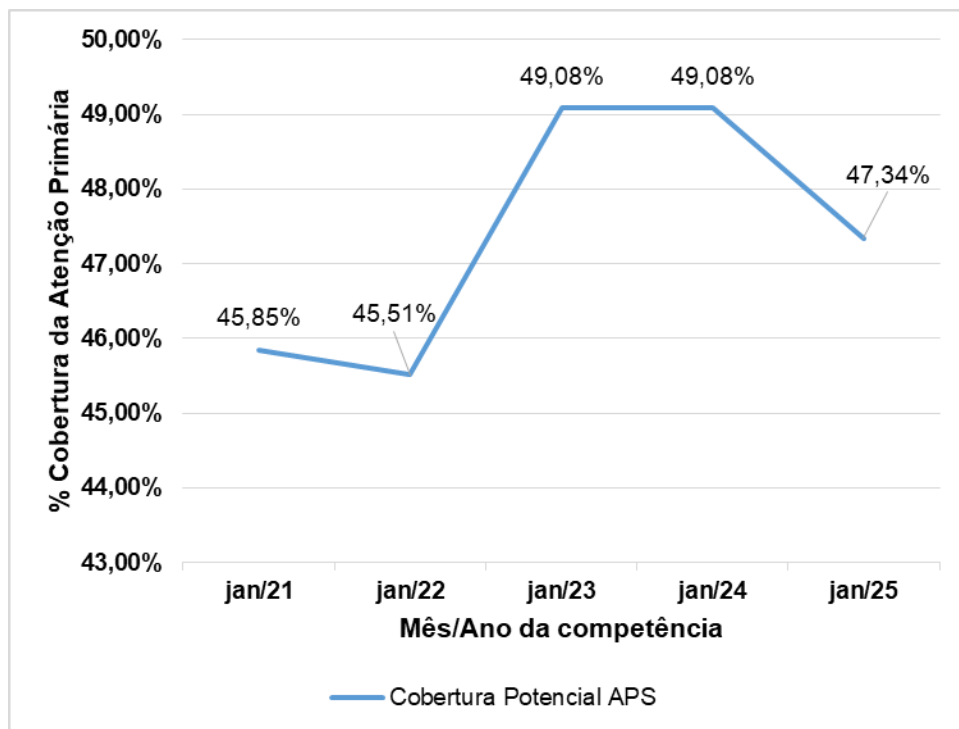
Mas, esse conceito acima mencionado de nível de atenção, leva a um entendimento equivocado sobre a complexidade da Atenção Primária em Saúde (APS) – atenção básica. Segundo Mendes (2019), é a APS que deve atender a mais de 85% dos problemas de saúde; e completa Mendes (2019) “(...) é aí que situa a clínica mais ampliada e em que se ofertam, preferencialmente, tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas a mudanças de comportamento e estilos de vida em relação à saúde; cessação do hábito de fumar, adoção de comportamentos de alimentação saudável e de atividades físicas e etc.” (p.176).

A rede de Atenção Primária a Saúde do município de Rio Claro dispõe de **21 (vinte e uma)** Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que **04 (quatro)** são Unidades Básicas de Saúde sem a Estratégia de Saúde da Família e **17 (dezessete)** são Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família com **26 (vinte e seis)** equipes de Saúde da Família– EqSF implantadas.

No **Gráfico 37**, podemos verificar que a população coberta pela Atenção Básica manteve-se próxima de 50% ao longo dos últimos anos, com pequena evolução nesse período. A ampliação da cobertura da população exige a criação de novas equipes ou ampliação das equipes da estratégia de saúde da família que estão instaladas em algumas unidades ou a instalação de novas unidades básicas com a estratégia de saúde da família.

Observamos ainda a evolução da cobertura potencial Atenção Primária em Saúde no município de Rio Claro, no período de Janeiro de 2021 a janeiro de 2025 no **Gráfico 37** a seguir.

Gráfico 37 – Evolução da Cobertura da Atenção Básica no município de Rio Claro (2021-2025).



FONTE: MS/CGIAP/DESF/SAPS. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

O Brasil desenvolveu um dos maiores e mais inovadores modelos de APS no mundo. Construída em meio ao processo de reforma sanitária e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) promoveu uma rápida expansão da cobertura da APS no país, alcançando mais de 133 milhões de pessoas (63% de cobertura) em 2020 e gerando melhorias nos resultados e equidade em saúde. Diversos estudos comprovam que a implantação do PSF no Brasil produziu uma diminuição de cerca

de 8% nas mortes de adultos no Brasil, com a diminuição da mortalidade por doenças cardiovasculares no país (FARIA, M. et al., 2022; STARFIELD, 2002; MENDES, 2019).

Por outro lado, observa-se, conforme demonstrado no **Gráfico 37**, uma redução da cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) no município. Essa diminuição está associada ao aumento da população recenseada, o que impacta negativamente tanto na cobertura populacional quanto no acesso efetivo aos serviços de saúde. Diante desse cenário, é imprescindível a adoção de medidas concretas para a expansão da cobertura da APS, com a meta de atingir, no mínimo, 75% (setenta e cinco por cento) da população municipal.

A **Tabela 67** apresenta a relação completa das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia Saúde da Família (ESF) e a respectiva quantidade de Equipes de Saúde da Família (EqSF) implantadas em cada unidade no município de Rio Claro.

Tabela 67 – Relação de UBS (USF) com ESF e número de EqSF implantada na respectiva unidade de saúde.

UBS com Estratégia de Saúde da Família	Número de Equipes de SF - EqSF
USF Ajapi "Farmacêutico Antonio Gilberto Fonseca (Seu Gilberto)"	1
USF Mãe Preta "Dr. Eduardo Reis"	3
USF Palmeiras "Dr. Gilson Giovanni"	2
USF Jardim Novo I e II "Dr. Dirceu Ferreira Penteado"	2
USF Benjamin de Castro "Dr. Norberto Antonio Simão Carneiro"	1
USF Bonsucesso/Novo Wenzel - "Célia Ap. Ceccato da Silva"	3
USF Jardim das Flores - "Dr. Moacir Camargo"	1
USF Guanabara - "Dr. Celestino Donato"	1
USF Panorama - "Dr. Osvaldo Akamine"	1
USF Terra Nova	3
USF Jardim Progresso "José Carlos da Silva"	1
USF Santa Elisa - "Dr. Acácio Jorge"	1
USF Assistência	1
USF Nosso Teto/Boa Vista "Dr. Antonio R. M. Santomauro"	2
USF Brasília - "Enf. Neusa Maria Mortari"	1
USF São Miguel - "Jorcelindo Quintino de Faria"	1
USF Bela Vista - "Arindal Carneiro Cesar Pires"	1
TOTAL de EqSF	26

FONTE: MS/CGIAP/DESF/SAPS/CNES E DADOS DO SISTEMA INFORMATIZADO PRÓPRIO. ELABORAÇÃO PRÓPRIA. DADOS ATUALIZADOS EM MAIO/2025.

Na **Tabela 68** veremos o complemento da relação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família com a quantidade de microáreas e dos números de Agentes Comunitários de Saúde por EqSF. A seguir a **Tabela 68** apresenta a relação por Equipe de Saúde da Família e a quantidade de usuários cadastrados, a quantidade de microáreas, a quantidade de Agente Comunitário de Saúde (ACS) atuante e a quantidade de ACS necessários para complementar as respectivas equipes nesse momento (maio/2025).

Tabela 68 – Quantidade de microáreas por UBS (USF) com ESF e número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por EqSF implantada na respectiva unidade de saúde.

UBS com Estratégia de Saúde da Família	Número de Equipes de SF - EqSF	Número de usuários cadastrados em cada equipe de SF	Número de Micro-areas existentes	Número de ACS lotados na referida Equipes de SF - EqSF	Número de ACS necessários na referida Equipes de SF - EqSF	Diferença entre número de ACS lotados e ACS necessários
USF Ajapi "Farmacêutico Antonio Gilberto Fonseca (Seu Gilberto)"	1	6775	9	8	9	1
USF Mãe Preta "Dr.Eduardo Reis"	3					
Equipe 1		5369	8	8	8	0
Equipe 2		3937	8	8	8	0
Equipe 3		4056	8	8	8	0
USF Palmeiras"Dr Gilson Giovanni"	2					
Equipe 1		3863	8	8	8	0
Equipe 2		5749	8	8	8	0
USF Jardim Novo I e II " Dr.Dirceu Ferreira Penteado"	2					
Equipe 1		4225	8	8	8	0
Equipe 2		3972	8	8	8	0
USF Benjamin de Castro "Dr Norberto Antonio Simão Carneiro"	1	5295	8	8	8	0
USF Bonsucesso/Novo Wenzel - "Célia Ap. Ceccato da Silva"	3					
Equipe 1		3289	6	6	6	0
Equipe 2		3506	5	5	5	0
Equipe 3		2931	5	5	5	0
USF Jardim das Flores - "Dr. Moacir Camargo"	1	5381	8	8	8	0
USF Guanabara - "Dr.Celestino Donato"	1	3687	8	8	8	0
USF Panorama - "Dr. Osvaldo Akamine"	1	4110	8	8	8	0
USF Terra Nova	3					
Equipe 1		2756	6	6	6	0
Equipe 2		3024	7	7	7	0
Equipe 3		3262	6	6	6	0
USF Jardim Progresso "José Carlos da Silva"	1	4989	8	8	8	0
USF Santa Elisa - "Dr Acácio Jorge"	1	4300	7	6	7	1
USF Assistência	1	2211	5	5	5	
USF Nosso Teto/Boa Vista "Dr. Antonio R. M. Santomauro"	2					
Equipe 1		3741	7	7	7	0
Equipe 2		3132	7	7	7	0
USF Brasília - "Enf.Neusa Maria Mortari"	1	4057	8	8	8	0
USF São Miguel - "Jorcelindo Quintino de Faria"	1	3417	8	8	8	0
USF Bela Vista - "Arindal Carneiro Cesar Pires"	1	6575	8	8	8	0
TOTAL de EqSF	26	107.609	190	188	190	2

FONTE: MS/CGIAP/DESF/SAPS/CNES E DADOS DO SISTEMA INFORMATIZADO PRÓPRIO. ELABORAÇÃO PRÓPRIA. DADOS ATUALIZADOS EM MAIO/2025.

O município de Rio Claro foi qualificado junto ao Ministério da Saúde, na Fase I do Programa de Expansão da Saúde da Família – PROESF. Na ocasião houve estudo para que o município completasse 100% (cem por cento) de cobertura de atenção básica, sendo necessário 42 (quarenta e duas) equipes de Saúde da Família implantadas para atingir essa meta.

Para a ampliação da cobertura da Atenção Básica, é necessário identificar os locais que requerem novas instalações. Estudos realizados na fase inicial do então PROESF — hoje extinto — consideravam a implantação das unidades em áreas de maior densidade demográfica e com maior vulnerabilidade social e ambiental.

Os estudos sobre vulnerabilidade e a implantação das próximas unidades básicas de saúde com a Estratégia de Saúde da Família devem seguir esse planejamento, priorizando, inicialmente, os bairros e setores censitários com alta ou muito alta vulnerabilidade.

De acordo com Sodelli (2016) e Braga (2008), a melhor renda da população concentra-se nas porções mais centrais e em alguns bairros específicos. As áreas mais afastadas do centro apresentam maior crescimento populacional, o que permite inferir que as demandas dessas populações nessas localidades também são maiores. O que se observa em relação a distribuição dos equipamentos públicos é a tendência à concentração nas áreas centrais, o que coloca a população localizada nas porções mais afastadas em maiores níveis de vulnerabilidade social, considerando tais equipamentos públicos como estruturas de oportunidade. Diante disso, considerando que estes figuram como estrutura de oportunidades, infere-se que investimento em saúde é condição *sine qua non* para a diminuição das disparidades sociais no espaço intraurbano. Neste sentido, disponibilizar um equipamento público de saúde para o atendimento das necessidades de atenção primária em saúde da população do bairro, no seu próprio bairro ou com o mínimo de deslocamento, é uma obrigação do poder público (BRAGA, 2008; SODELLI, 2016).

Para Donabedian (1973), o acesso, entendido como acessibilidade aos serviços de saúde, é a capacidade de um sistema de atenção à saúde de responder às necessidades de uma população. O autor distinguiu dois tipos de acessibilidade: a sócio-organizacional, que inclui características da oferta de serviços, e a geográfica, que se relaciona com o espaço, podendo ser medida pela distância e pelo tempo de locomoção, custos de transporte e outras variáveis.

É necessário então, que o planejamento das unidades básicas de saúde com estratégia de saúde da família leve em conta que, nas porções periféricas, onde há maior crescimento populacional, ainda há poucas unidades de saúde, em relação à porção mais central da cidade.

Das últimas unidades construídas e habilitadas, a única prevista — e aprovada inclusive pelo Conselho Municipal de Saúde, mas ainda não habilitada ou viabilizada pelas

gestões anteriores — foi a UBS (USF) Jardim Conduta, que atenderia os bairros Jardim Conduta e Vila Paulista. Com equipe completa formada por 01 Médico Generalista, 01 Dentista, 01 Enfermeiro, 03 Técnicos de Enfermagem, 08 Agentes Comunitários de Saúde, 01 Auxiliar de Consultório Dentário, 01 Auxiliar de Serviços Gerais.

Em 2023, o governo federal lançou o programa de investimentos, coordenado pelo governo federal, em parceria com setor privado, estados e municípios, conhecido como “NOVO PAC”. O programa tem em um dos seus eixos, o setor da saúde. No caso de Rio Claro, pleiteamos 02 (duas) unidades básicas através do Programa “NOVO PAC” e fomos contemplados (BRASIL, 2025p).

As unidades pleiteadas e contempladas no Programa “NOVO PAC” também foram aprovadas no Conselho Municipal de Saúde, conforme a Resolução n. 006/2023, de 25/08/2023, conforme a **Tabela** a seguir. As unidades básicas contempladas no “NOVO PAC” foram a UBS Porte I Jardim Dona Regina Picelli e a UBS Porte II Distrito de Ajapi.

Tabela 69 – Unidades de Saúde da Família (UBS com estratégia de saúde da família) aprovadas para a construção pelo Conselho Municipal de Saúde de Rio Claro. Porte da Unidade e localização das mesmas.

PORTE DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	BAIRRO A SER CONSTRUÍDO
Porte I	Jardim Dona Regina Picelli
Porte I	Jardim Conduta
Porte II	Ajapi (Distrito)

FONTE: RESOLUÇÃO N. 006/2023 – CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO. TABELA DA RESPECTIVA RESOLUÇÃO DO CMS.

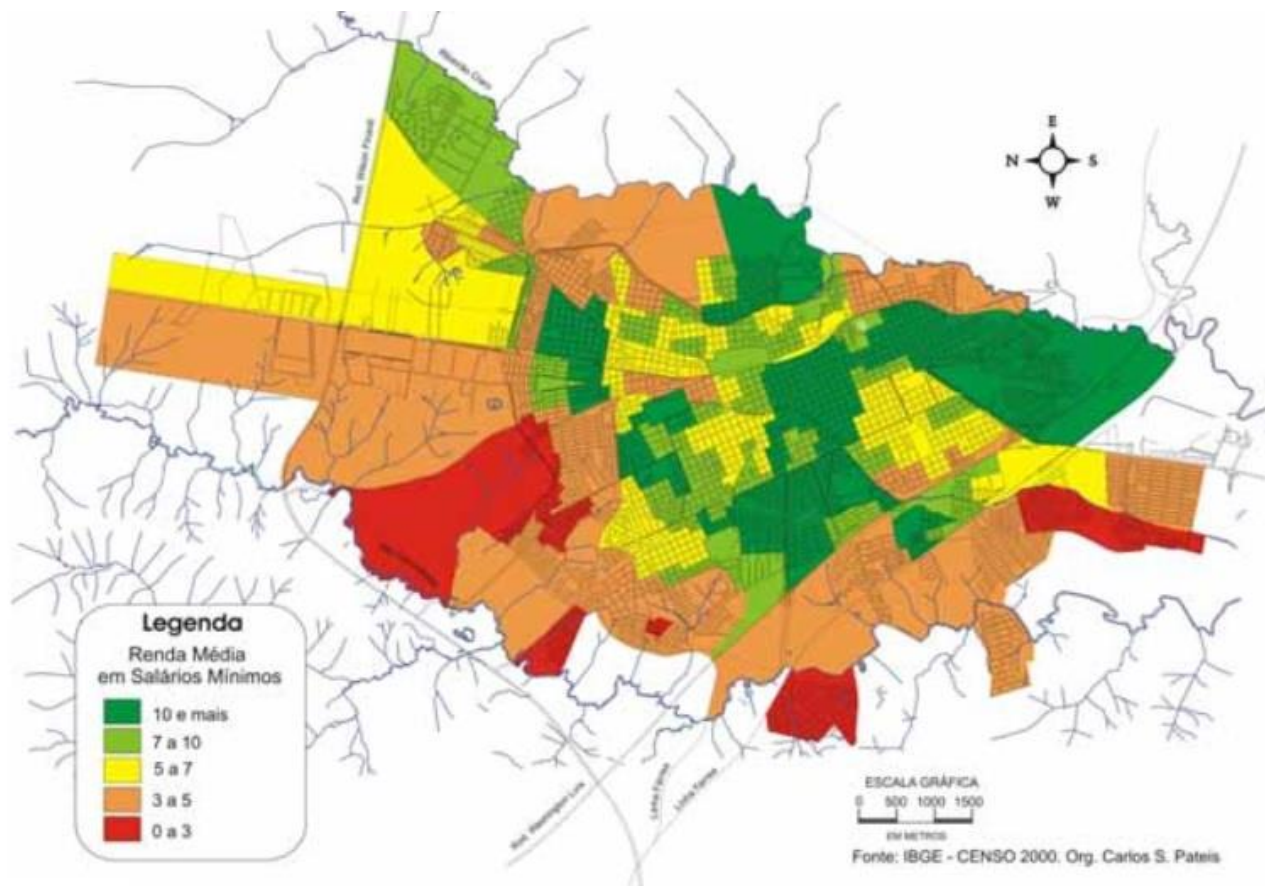
Foi estabelecida a prioridade para a construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS) com estratégia de saúde da família nos bairros mencionados na **Tabela 69 (Tabela anterior)**. Conforme se pode verificar, o Bairro Jardim Conduta foi mantido, além de serem incluídos o Bairro Jardim Dona Regina Picelli (extremidade da zona norte da cidade) e o Distrito de Ajapi.

As próximas unidades e equipes a serem implantadas devem considerar a redução gradativa da população usuária das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que ainda não contam com a Estratégia Saúde da Família (ESF), de modo que esses usuários passem a ser acompanhados por equipes da ESF. Esse processo visa à conversão progressiva do modelo assistencial, promovendo sua reestruturação e qualificação. Com a implantação das UBS com cobertura da ESF, a demanda atualmente atendida pelas seguintes unidades será absorvida: UBS Chervezon, UBS 29, UBS Wenzel e UBS Vila Cristina

Outro aspecto importante é o crescimento populacional em determinadas áreas da cidade de Rio Claro, o que leva a uma análise mais detalhada do ponto de vista populacional desses locais para o adequado planejamento das próximas implantações, sempre levando em consideração a escolha de locais com maior vulnerabilidade socioambiental e maior densidade populacional.

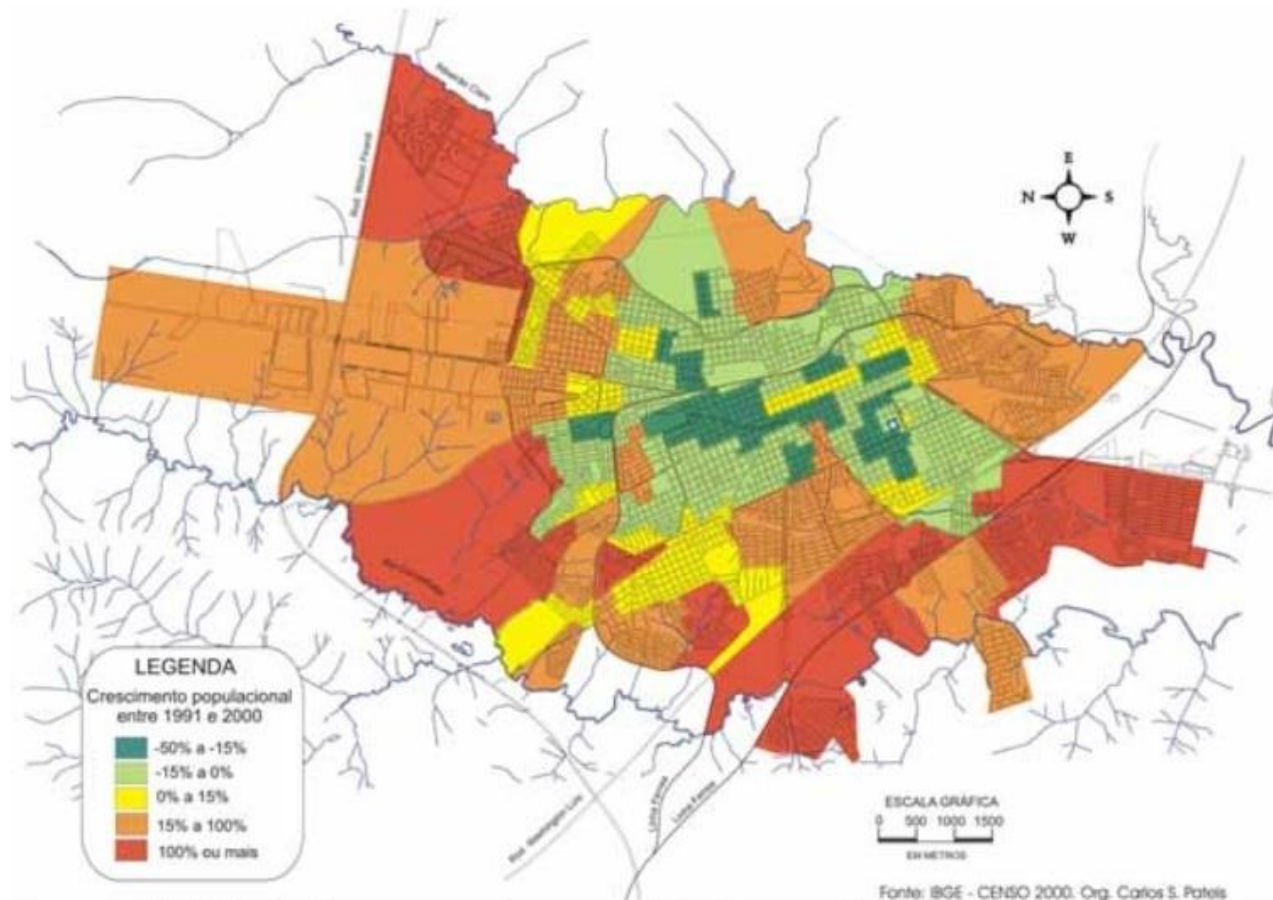
Na **Figura 04** e **Figura 05**, podemos ver os mapas de Rio Claro com a Renda Média em Salários Mínimos e o Crescimento Populacional da cidade.

Figura 04 – Renda Média em Salários Mínimos no município de Rio Claro/SP.



Cidade de Rio Claro- Renda Média em Salários Mínimos: Fonte: Plano Diretor de Rio Claro

Figura 05 – Crescimento Populacional no município de Rio Claro/SP (entre 1997-2000) Dados do Plano Diretor do município.



Cidade de Rio Claro – SP- Crescimento Populacional : Fonte: Plano diretor de Rio Claro

Figura 06 – Mapa dos serviços de saúde no município de Rio Claro/SP.



1. Programa Mais Médicos

Em 2013, o governo federal criou o Programa “Mais Médicos” e ele foi instituído pela Lei Federal nº 12.871, de 22/10/2013.

No mesmo ano, o município de Rio Claro pleiteou adesão ao Programa “Mais Médicos” que se deu no final de 2013, com a autorização de provimento de 04 (quatro) vagas. Em seguida, houve a autorização legislativa para a adesão do município de Rio Claro ao Programa através da Lei Municipal nº 4.688, de 14 de março de 2014, que *“autorizava o poder executivo a aderir ao Programa “Mais Médicos”, a concessão de bolsa auxílio moradia e bolsa alimentação exclusivamente aos médicos do Programa Mais Médicos”*.

O Programa possibilitou a melhoria e o aumento da cobertura da Atenção Básica e das Equipes de Saúde da Família, uma vez que alguns médicos integraram novas equipes da Estratégia Saúde da Família, enquanto outros passaram a compor o quadro funcional das unidades básicas que ainda não contavam com médicos.

No mesmo ano iniciamos a adesão ao outro eixo/dimensão do Programa “Mais Médicos”, que tratava da ampliação para formar novos profissionais médicos, com a ampliação de vagas do curso de graduação de medicina. Esse eixo relacionava-se à aprovação do município de Rio Claro para a implantação do curso de graduação de medicina na cidade.

O município pleiteou a adesão, foi aprovado e contemplado através de Portaria expedida pela Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior do MEC (SERES) - Portaria nº 646, de 02/12/2013. Na referida portaria, o município de Rio Claro/SP foi contemplado, através do Edital nº 3/2013, para implantação de curso de graduação em medicina por instituição de educação superior privada.

Rio Claro foi uma das 39 (trinta e nove) cidades do país contempladas para implantar o curso de graduação em Medicina, dentro do eixo formação do Programa “Mais Médico.

A partir da formalização do curso de graduação em Medicina na cidade, foi celebrado o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) e ocorreu, também, o ingresso de novos atores nos cenários das práticas: o aluno e o preceptor.

O COAPES dá visibilidade para a importante diretriz, a integração ensino-saúde-comunidade. Na prática, aquele estágio que muitas vezes ocorria despercebido, ganhou novos olhares nesse aspecto.

A partir da celebração do COAPES, a possibilidade de integração efetiva para ampliar as parcerias com as instituições de ensino vem se consolidando. Atualmente, são

signatárias do COAPES as seguintes instituições de ensino: Claretiano Centro Universitário, Anhanguera, Unesp, Colégio Técnico Renascer, Senac e Escola Estadual Bayeux.

Outra dinâmica diferenciada, refere-se ao curso de graduação de medicina que, a partir de sua proposta pedagógica, insere os alunos desde o primeiro ano nas unidades de saúde. Esse processo formativo provoca alterações importantes nos cenários das práticas, com a entrada de dois novos atores: alunos e preceptores. Essa dinâmica pode ser disparadora de importantes processos de ensino e aprendizagem, não somente para os alunos, mas para os trabalhadores que diariamente podem exercitar seus saberes.

No que se refere ao eixo de provimento de profissionais do Programa “Mais Médicos”, o município dispõe, atualmente, de 10 (dez) médicos em exercício, distribuídos entre duas modalidades de financiamento: coparticipação e financiamento federal. Esses profissionais estão alocados em diferentes Equipes de Saúde da Família, conforme as necessidades assistenciais locais. A seguir a **Tabela 70** com a designação das unidades que dispõem de profissionais médicos do Programa “Mais Médicos” nas diferentes modalidades.

Tabela 70 – Unidades de Saúde da Família com designação de profissionais do Programa “Mais Médicos”.

USF BOM SUCESSO equipe 1	USF BOA VISTA equipe 2	USF GUANABARA	USF ASSISTÊNCIA
USF BOM SUCESSO equipe 2	USF TERRA NOVA equipe 3	USF BENJAMIN DE CASTRO	USF NOVO I equipe 2
USF BOM SUCESSO equipe 3	USF MÃE PRETA equipe 1		

FONTE: DADOS DA PRÓPRIA FMSRC. ELABORAÇÃO PRÓPRIA. REFERENTE A MAIO/2025.

2. Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (e-Multi)

Em 2023, através da Portaria GM/MS n. 635, de 22 de maio de 2023, o governo federal implanta as equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde, conhecidas a partir da definição como **e-Multi**.

As **e-Multi** são equipes compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da Atenção Primária à Saúde – APS. Sua atuação é corresponsável pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde – RAS, conforme estabelecido na Portaria ministerial de criação.

Com o fim do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) na gestão federal anterior e na gestão municipal (2017-2020), o Ministério da Saúde retomou esse trabalho realizando reformulações no projeto anterior, com mudanças para atender às demandas e ao novo perfil demográfico e epidemiológico.

Nosso município habilitou equipes e-Multi, incluindo diferentes modalidades e especialidades não médicas, conforme apresentado na **Tabela 71**. Ressalta-se que a divisão geográfica e a vinculação das unidades podem ser ajustadas, considerando que o processo de atuação das equipes e-Multi é dinâmico e sujeito a mudanças ao longo do ano.

Tabela 71 – Tipo de equipe e-Multi, Unidades de Saúde vinculadas e especialidades da equipe e-Multi relacionada no município de Rio Claro.

Emulti	ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS	UNIDADES DA APS
AMPLIADA 1	FISIOTERAPIA PSICOLOGIA EDUCAÇÃO FÍSICA NUTRIÇÃO	UBS 29 USF Jardim Novo USF Jardim Brasília USF Guanabara USF Terra Nova USF Benjamin de Castro USF Palmeiras
AMPLIADA 2	FISIOTERAPIA PSICOLOGIA	USF AJAPI USF ASSISTENCIA USF MÃE PRETA USF BELA VISTA UBS VILA CRISTINA USF SÃO MIGUEL
COMPLEMENTAR	EDUCAÇÃO FÍSICA NUTRIÇÃO	UBS WENZEL USF BOA VISTA USF PANORAMA USF BOM SUCESSO USF SANTA ELISA
ESTRATÉGICA	PSICOLOGIA	UBS CERVEZON USF PROGRESSO USF FLORES

FONTE: DADOS DA PRÓPRIA FMSRC. ELABORAÇÃO PRÓPRIA. REFERENTE A MAIO/2025.

B. Rede de Saúde Bucal

Em 2004 foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Programa Brasil Sorridente. O documento delineava as diretrizes para estruturação e condução de ações e serviços de saúde bucal no país, com foco na reorganização da Atenção Básica e na inédita estruturação de atenção especializada em saúde bucal por meio da implementação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Segundo Cayetano et al. (2019), a PNSB estruturou as ações de saúde bucal na lógica de rede de atenção à saúde (RAS), articulando a atenção básica com a atenção especializada.

A área de saúde bucal no município já existia antes mesmo da criação da PNSB e, no mesmo ano (2004), o município credenciou o primeiro Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Tipo I, por meio da Portaria MS/GM nº 2.192, de 8 de outubro de 2004.

Em 2010, houve a evolução e a preparação para a alteração do tipo do CEO, que passou do Tipo 1 para o Tipo 2, com a sua habilitação ratificada através da Portaria MS/GM nº 3.440, de 11 de novembro de 2010.

E, recentemente, em 2019, houve a alteração do CEO do tipo 2 para o Tipo 3, com a sua habilitação ratificada através da Portaria MS/GM nº 3.135, de 09 de dezembro de 2019.

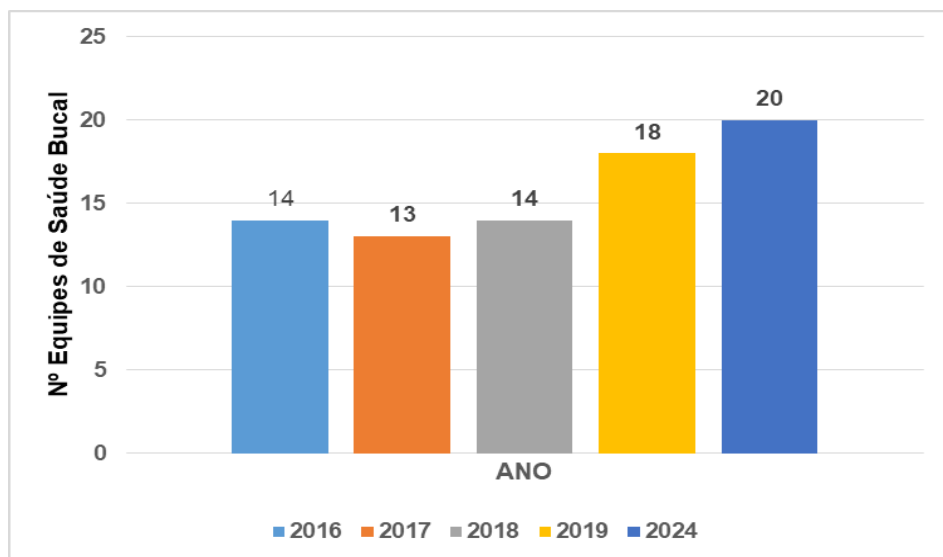
Em relação ao Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), em 2005 o município de Rio Claro habilitou o LRPD e a habilitação foi ratificada através da Portaria MS/GM nº 2.444, de 12 de dezembro de 2005.

Com a efetivação da PNSB, a equipe de saúde bucal (eSB) deve ter, no mínimo, um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal, integrados a uma equipe de Saúde da Família no território.

A rede de saúde bucal do município de Rio Claro está organizada por níveis de atenção.

Na rede de Atenção Primária a Saúde Bucal (APSB) o município de Rio Claro dispõe de 20 (vinte) Equipes de Saúde Bucal (eSB) implantadas em unidades básicas de saúde. A evolução das eSB no último período pode ser observada no **Gráfico 38** no período de 2016 a 2024 no município de Rio Claro.

Gráfico 38 – Evolução das Equipes de Saúde Bucal no município de Rio Claro (2016-2024).



FONTE: MS/CGIAP/DESF/SAPS. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Ainda dispomos de 02 (duas) equipes de saúde bucal com carga horária diferenciada, ou seja, abaixo de 40 (quarenta) horas semanais (Equipes de Saúde Bucal com carga horária diferenciada).

Na rede de Atenção Secundária em Saúde Bucal, dispomos de 1 (um) Centro de Especialidade Odontológica (CEO) com as seguintes especialidades: 1) Endodontia; 2) Ortodontista; 3) Dentística; 5) Periodontista; 6) Odontopediatria; 7) Patologia bucal; 8) Prótese Dentária (Protesista); 9) Clínico Geral; 10) Traumatologia bucomaxilofacial; 11) Odontogeriatria e 12) Odontologia para pacientes com necessidades especiais (PCD).

Oferecemos atendimento às pessoas com deficiência na rede de saúde bucal e, ainda, na rede de Atenção Secundária em Saúde Bucal, por meio de um Serviço de Atendimento Odontológico Especializado, voltado para pacientes portadores de infecções sexualmente transmissíveis (IST/HIV/Aids/HV), no SEPA (Serviço Especializado em Prevenção e Assistência para DST/AIDS/Hepatites Virais).

Na área de urgência e emergência em saúde bucal, contamos com um serviço de atendimento odontológico em horário diferenciado, no próprio Centro de Especialidades Odontológicas, destinado a atendimentos emergenciais.

C. Atenção Secundária/Especializada

Segundo Merhy (1997), os serviços de atenção especializada são espaços de saber-fazer profissionais, onde se concretiza o encontro das tecnologias leves e leves-duras ofertadas sobre a infraestrutura tecnológica dura.

A atenção especializada no SUS é também segmentada em dois níveis de complexidade: média complexidade e alta complexidade.

Mendes (2019) revela que: “Os níveis de atenção secundários e terciários constituem tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não de maior complexidade. Tal visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, políticos, gestores, profissionais de saúde e a população a uma sobrevalorização — seja material, seja simbólica — das práticas realizadas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde” (p. 176-177).

Enquanto a rede de serviços de atenção básica deve ser extremamente capilarizada, com unidades de pequeno porte distribuídas o mais próximo possível de onde os usuários vivem e trabalham, tendo, portanto, como principal característica a descentralização, a atenção especializada deve ser preferencialmente ofertada de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo a escala adequada (economia de escala) para assegurar tanto uma boa relação custo/benefício quanto a qualidade da atenção a ser prestada.

Cabe ainda, para delimitar o campo da chamada atenção especializada, um recorte constitutivo dado pela modalidade ou nível assistencial, exemplificado pelas áreas de atenção secundária (serviços médicos ambulatoriais e de apoio diagnóstico e terapêutico), de atenção terciária (diagnóstico, terapia e atenção hospitalar) e urgência/emergência (que se insere e se articula com todos os níveis de atenção). Do ponto de vista de rede assistencial, os serviços de atenção secundária e terciária constituem níveis de referência para a atenção básica, dentro da lógica de hierarquização e regionalização que orienta a constituição do SUS.

Os problemas de saúde que não forem resolvidos no nível da atenção básica deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica, organizados de forma municipal ou regional, tais como os ambulatórios de especialidades, serviços de apoio diagnósticos e terapêuticos e serviços de atenção hospitalar. Uma vez equacionado o problema, o serviço especializado deve encaminhar o usuário para que possa ser acompanhado no âmbito da atenção básica. Referência e contrarreferência também funcionam entre serviços do mesmo nível de complexidade ou entre os serviços de atenção ambulatorial especializada, hospitalares, de reabilitação e de apoio diagnóstico e terapêutico. A organização e a gestão deste sistema são responsabilidades da direção

municipal do SUS, que deve estabelecer parcerias com municípios vizinhos a fim de garantir o atendimento necessário à população.

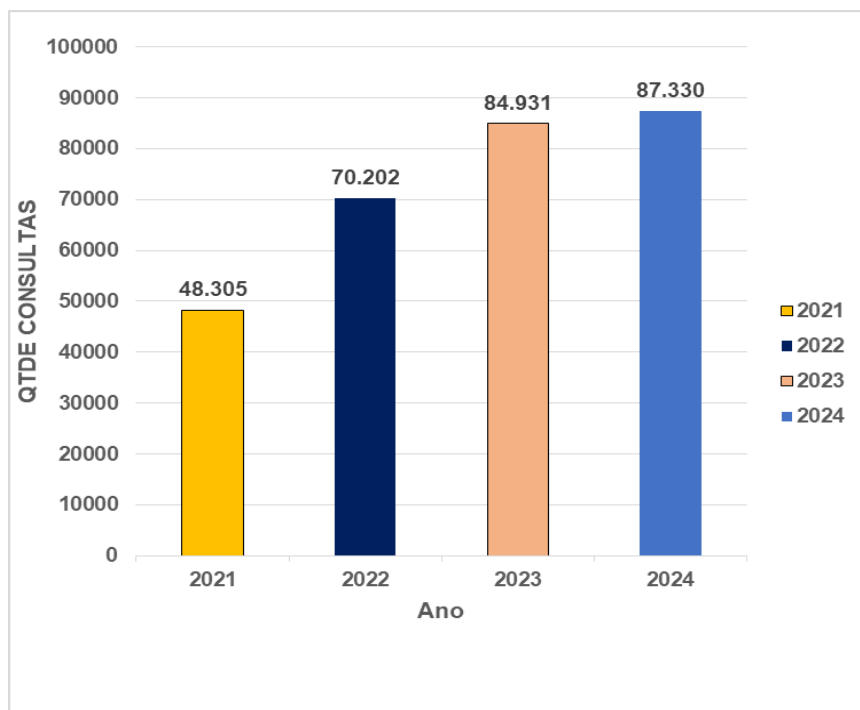
Sob gestão do município dispomos dos seguintes equipamentos da Atenção Especializada (AE): CEAD e SEPA. E sob gestão do Estado, temos o AME-RC. O Centro de Especialidades e Apoio Diagnóstico (CEAD) foi implantado em 1998 para garantir o acesso às especialidades médicas e aos serviços de apoio diagnóstico. Iniciou suas atividades na Rua 10, nº 152, junto ao Instituto Adolfo Lutz (gestão estadual) e, posteriormente, passou por um curto período de transição em prédio cedido pela Unesp. Desde 2014, atende na Avenida 24, nº 1040, Bairro Santa Cruz.

O CEAD, ao longo do tempo e das gestões, passou por diversas reformulações. Nos últimos anos, tem se destacado pela significativa ampliação da oferta de consultas especializadas, visando melhorar o atendimento à população. Com a inserção de novos especialistas, o quadro de profissionais passou a incluir áreas críticas, como reumatologia, nefrologia e geriatria. Essas especialidades, reconhecidamente escassas, são essenciais para o acompanhamento de pacientes com condições crônicas e complexas, promovendo a saúde e o bem-estar da comunidade.

Paralelamente, houve avanços notáveis na saúde ocular. Nos últimos 4 anos, foram realizados um total de 2.680 procedimentos oftalmológicos, incluindo 2.358 cirurgias de catarata e 322 cirurgias de pterígio no CEAD.

No **Gráfico 39** a seguir observaremos a quantidade de consultas ofertadas no CEAD e os dados são extraídos do sistema de informações próprio da FMSRC. De 2021 a 2024 foram mais de 39 (trinta e nove mil) consultas acrescidas na oferta para a população, um crescimento de mais de 80% (oitenta) por cento, como se pode observar no **Gráfico 39**.

Gráfico 39 - Quantidade de consultas ofertadas no Centro de Especialidades e Apoio Diagnóstico (CEAD) por ano.



FONTE: DADOS DE SISTEMA PRÓPRIO DA FMSRC. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

As especialidades médicas e os serviços próprios de apoio diagnóstico atualmente disponíveis na unidade encontram-se detalhados na **Tabela 72**. Esses atendimentos são ofertados na própria unidade e, em sua maioria, são acessados por meio de encaminhamentos provenientes das Unidades Básicas de Saúde, regulados pela Central Municipal de Regulação.

Tabela 72 – CBO - Especialidades médicas e serviços de apoio diagnóstico próprios no CEAD (Centro de Especialidades e Apoio Diagnóstico).

CBO - Especialidades Médicas	Apoio Diagnóstico
225112 - Neurologista	Eletrocadiograma
225115 - Angiologista	Ecocardiograma
225120 - Cardiologista	US diversos
225121 - Oncologista Clínico	Colposcopias
225127 - Pneumologista	Punção de Tireoide
225133 - Psiquiatra	Punção de Mama
225135 - Dermatologista	Pequenas Cirurgias
225148 - Anatomopatologista	EEG
225155 - Endocrinologista	Coleta de material para exame Laboratorial
225165 - Gastroenterologista	Espirometria
225185 - Hematologista	Coleta de Lavado Bronco-Alveolar
225203 - Cirurgião Vascular	Cuidado com Estomas
225215 - Cirurgião Cabeça e Pescoço	
225225 - Cirurgião Geral	
225230 - Cirurgião Pediátrico	
225250 - Ginecologista e Obstétrica	
225255 - Mastologista	
225260 - Neurocirurgião	
225265 - Oftalmologista	
225270 - Ortopedista	
225275 - Otorrinolaringologista	
225285 - Urologista	
225320 - Radiologista	

FONTE: MS/CGIAP/DESF/SAPS/CNES E FMSRC. ELABORAÇÃO PRÓPRIA. ATUALIZANDO EM MAIO/2025.

Para o atendimento das necessidades dos usuários e as solicitações médicas, dispomos de serviços de apoio diagnóstico contratados de terceiros, regulados pela Central de Regulação Municipal que estão elencados na **Tabela 73 (Tabela a seguir)**. Na tabela anterior não incluímos nenhum serviço do AME-RC e nenhum serviço que não está contratado pela FMSRC.

Tabela 73 – Serviços contratados pela FMSRC de apoio diagnóstico regulados pela Central de Regulação Municipal.

Apoio Diagnóstico	Apoio Diagnóstico
Angioressonâncias	Biometria
Angiotomografias	Biomicroscopia
Cintilografias	Campimetria Computadorizada
Tomografia Computadorizada	Capsulotomia (Yag Laser)
Ressonância Magnética	Ceratometria
Monitorização Ambulatorial de pressão Arterial	Curva diária de Pressão Ocular
Teste de Esforço/Teste Ergométrico	Fundoscopia
Monitoramento Holter	Gonioscopia
Ecocardiograma	Iridectomia
Ecocardiografia Fetal	Mapeamento de Retina
Bera com ou sem sedação	Microscopia Especular de Córnea
Nasofibrolaringoscopia	Paquimetria
Vectoeletronistagmografia	Potencial de Acuidade Visual
Videodeglutição (vídeodeglutograma)	Retinografias
Emissões otoacústicas	Teste provocativo de glaucoma
Polissonografia	Teste Ortóptico
Processamento auditivo central	Tonometria
Videolaringoscopia	Topografia de Córnea
Mucosectomia	Tomografia de coerência óptica
Colonoscopia	Pentacam
Retossigmoidoscopia	Potencial evocado visual
Ligadura Esofágica	US globo ocular
Esofagogastroduodenoscopia	Sessões de Oxigenoterapia Hiperbárica
Manometria esofágica	Imunohistoquímicas
Manometria anorretal	Exames Anatomopatológicos
Dacriocistografia	Uretrocistoscopia
Radiografias Diversas	Eletroencefalograma
Radiografias com contraste	Eletroneuromiografia
Escanometria	US Doppler diversos
US diversos	US obstétrico (simples, com Doppler e morfológico)

FONTE: MS/CGIAP/DESF/SAPS/CNES E FMSRC. ELABORAÇÃO PRÓPRIA. ATUALIZANDO EM MAIO/2025

1. SEPA (Serviço Especializado em Prevenção e Assistência para DST/AIDS/Hepatites Virais)

O **SEPA** (Serviço Especializado em Prevenção e Assistência para IST/HIV/AIDS e Hepatites Virais) é a unidade de referência do município para atenção especializada nessas áreas. Sua criação resultou da unificação de dois serviços: **CTA** (Centro de Testagem e Aconselhamento) e **SAE** (Serviço de Assistência Especializada), anteriormente localizados em diferentes pontos da rede.

Posteriormente, a Unidade de Dispensação de Medicamentos e Insumos (UDMI), voltada ao fornecimento de medicamentos para Hepatites Virais, foi incorporada ao mesmo espaço físico, localizado na Avenida 19 entre as ruas 9 e 10.

O nome da unidade SEPA foi homenagem póstuma à servidora da Fundação Municipal de Saúde a Sra. Graziela Osele Ferro Ramos que foi Coordenadora da unidade e quem iniciou os trabalhos na época da explosão dos casos de AIDS/HIV no país e na cidade. A inauguração do prédio reformado e ampliado foi entregue pelo então Ministro da Saúde Alexandre Padilha em dezembro de 2013.

Nos últimos dois anos, o SEPA se destacou de forma significativa no cenário da saúde ao conquistar importantes premiações do Ministério da Saúde. Em 2023 e 2024, a instituição foi agraciada com o **Selo de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical de HIV**, reconhecendo suas iniciativas eficazes no combate ao vírus e na promoção de cuidados adequados. Adicionalmente, o SEPA recebeu o **prêmio Luiza Matilda**, que focaliza a eliminação da transmissão vertical do HIV, ou seja, a não transmissão do vírus de mãe para filho. Esse prêmio destaca a importância das estratégias implementadas pelo SEPA para garantir que as mães vivendo com HIV tenham acesso a tratamento e cuidados adequados, protegendo assim a saúde de seus filhos.

2. Serviço de Atenção Domiciliar – SAD – Programa “Melhor em Casa”

A Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) foi efetivada no âmbito do SUS através da Portaria MS/GM nº 2.029, de 24 de agosto de 2011; no mesmo ano, essa Portaria foi substituída pela Portaria MS/GM nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Ainda em 2011, em novembro, foi lançado o Programa “Melhor em Casa”.

Atualmente está vigorando a Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017 que define a atenção domiciliar (AD) e o serviço de atenção domiciliar (SAD):

“I - Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e

tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados;” (BRASIL, 2017).

“II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP);” (BRASIL, 2017).

Nosso município dispunha de atendimento domiciliar e tinha um serviço conhecido como PAD (Programa de Atendimento Domiciliar), nada comparado ao serviço de atendimento domiciliar (SAD) previsto na PNAD.

Em 2012, o município reorganizou o serviço de atenção domiciliar criando o SAD junto ao Centro de Especialidade e Apoio Diagnóstico (CEAD) e, através da Portaria MS/GM nº 2.598, de 14 de novembro de 2012 foi ratificada a habilitação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) com o credenciamento de 1 (uma) Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e 1 (uma) Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).

Em 2021, foi implantado o horário estendido da equipe EMAD para 12 horas diárias, que antes era de 8 horas diárias, ajudando a ampliar a cobertura de atendimento e permitindo a extensão aos finais de semana e feriados.

Conforme previsto, inclusive na Portaria do Ministério da Saúde, cada EMAD atenderá uma população adscrita de 100.000 (cem mil) habitantes. Portanto, há necessidade de habilitar a 2ª equipe EMAD pela demanda necessária e pelo parâmetro populacional do município. A implementação da 2ª equipe irá ajudar no propósito do programa conforme a portaria, com foco na desospitalização. Isso proporciona aos pacientes segurança e conforto em seu lar, mantendo o tratamento necessário para sua recuperação. Além disso, ajuda a liberar vagas nos hospitais para outros usuários que precisem de atendimento.

3. AME – RC (gestão estadual)

O AME-RC – Ambulatório Médico de Especialidades de Rio Claro é uma unidade de atendimento ambulatorial de gestão estadual, com finalidade de prestar assistência em consultas ambulatoriais especializadas e realizar exames de apoio diagnóstico à pacientes do Sistema Único de Saúde, dentro de sua área de abrangência. Esse serviço é referência para as cidades do Departamento Regional de Saúde (DRS-X). Está em funcionamento desde 14 de dezembro de 2009, tendo sido inaugurado em 6 de janeiro de 2010. Foi criado pelo Decreto Estadual nº 53.286, de 23/07/2008 e foi implantado e gerenciado pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), por meio de um convênio firmado com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, com a interveniência

da Fundação de Desenvolvimento da UNICAMP, sendo mantido com recursos provenientes do cidadão, administrados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, a gestão da FUNCAMF está sendo substituída por outra Organização Social de Saúde (OSS), conforme determinação do governo estadual.

A rede de AME's (Ambulatórios Médicos Especializados) foi criada pela Resolução da Secretaria de Estado da Saúde nº 39 de 03/04/2008 (Resolução SS nº 39/2008), com os seguintes objetivos: ampliar a rede de serviços de média complexidade voltada para o Sistema Único de Saúde (SUS); racionalizar e melhorar a qualidade da assistência; alcançar maior resolutividade; promover integração entre a rede de assistência básica, especializada e hospitalar da área de abrangência; implantar protocolos gerenciados de referência e contrarreferência ambulatorial e desenvolver atividades visando capacitação de recursos humanos.

D. Atenção Secundária/Saúde Mental

A área de Saúde Mental se constitui atualmente na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS é estabelecida por vários componentes, mas abordaremos aqui apenas o componente da Atenção Psicossocial Especializada e das Estratégias de Desinstitucionalização.

Os componentes que fazem parte da RAPS, incluindo os seus pontos de atenção à saúde, são os seguintes: Atenção Básica em Saúde (UBS/USF), Atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192, UPA e PA, portas hospitalares de atenção às urgências); Estratégias de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos/Programa de Volta para Casa); Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Iniciativas de geração de trabalho e renda) e a Atenção Psicossocial Especializada (CAPS em suas diferentes modalidades).

Em 2002, houve a habilitação do Centro de Atenção Psicossocial Tipo III, ratificada através da Portaria MS/GM nº 2.103, de 19 de novembro de 2002. Já em 2005, houve a habilitação do Centro de Atenção Psicossocial Tipo AD, ratificada através da Portaria SAS nº 754, de 26 de dezembro de 2005. E, o último CAPS a ser habilitado foi o Centro de Atenção Psicossocial Tipo i, ratificada a sua habilitação através da Portaria SAS nº 1.376, de 10 de dezembro de 2013.

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

- a) **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.
- b) **Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS III³**, com funcionamento diário de 24 horas, plantão médico psiquiátrico e leitos de retaguarda à crise para as urgências psiquiátricas. 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.
- c) **Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil - CAPS IJ**, implantado em julho de 2013, ampliando a atenção no componente da Atenção Psicossocial Especializada. O CAPS IJ 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 IJ é referência para o município de Rio Claro.

No final de 2020, foi habilitado o Serviço Residencial Terapêutico – Tipo II, ratificada através da Portaria GM/MS nº 2.974, de 28 de outubro de 2020.

No componente da Estratégia de Desinstitucionalização, o município de Rio Claro conta com: a) Serviço Residencial Terapêutico Tipo II com 10 (dez) moradores e o b) Programa de Volta para Casa. Dispomos de 1 SRT Tipo II masculina.

Durante a gestão 2017-2020 da FMSRC, foram desativados dois importantes serviços ambulatoriais de saúde mental: o CESM (ambulatório de saúde mental adulto) e o CRIARI (ambulatório de saúde mental infantojuvenil), sem substituição por novos equipamentos. Para suprir a demanda, foi proposto um projeto que previa ações de matriciamento nas unidades de saúde da atenção primária. Parte da equipe do extinto CRIARI foi transferida para o CAPS IJ, embora este tenha funcionamento e objetivos distintos de um ambulatório. Também foram desativadas nessa o premiado programa conhecido como Loucos por pão, importante estratégia de reabilitação psicossocial.

Mesmo durante a pandemia da COVID 19 em 2021 iniciamos o processo de habilitação de um novo serviço em saúde mental para reforçar a RAPS no município. Submetemos o Projeto Técnico-Institucional da implantação da Equipe Multiprofissional especializada em saúde mental (EMAESM) junto à Comissão Intergestores Regional (CIR) e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a partir da aprovação do projeto o mesmo foi encaminhado para o Ministério da Saúde para a habilitação. Em junho de 2022, o Ministério da Saúde, através da **Portaria MS/GM nº 1.365 de 06 de junho de 2022**, habilitou a

3 O CAPS III não é unidade hospitalar, mas **dispõe de leitos de retaguarda**.

Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental no município, sendo a 1ª equipe a ser habilitada na DRS-X Piracicaba e a 15ª no Estado de São Paulo. Importante destacar que até 2022 estão habilitadas no Estado de SP apenas 15 Equipe Multi (EMAESM) (em todo o Estado), dentre elas, a de Rio Claro, conforme dados do Ministério da Saúde.

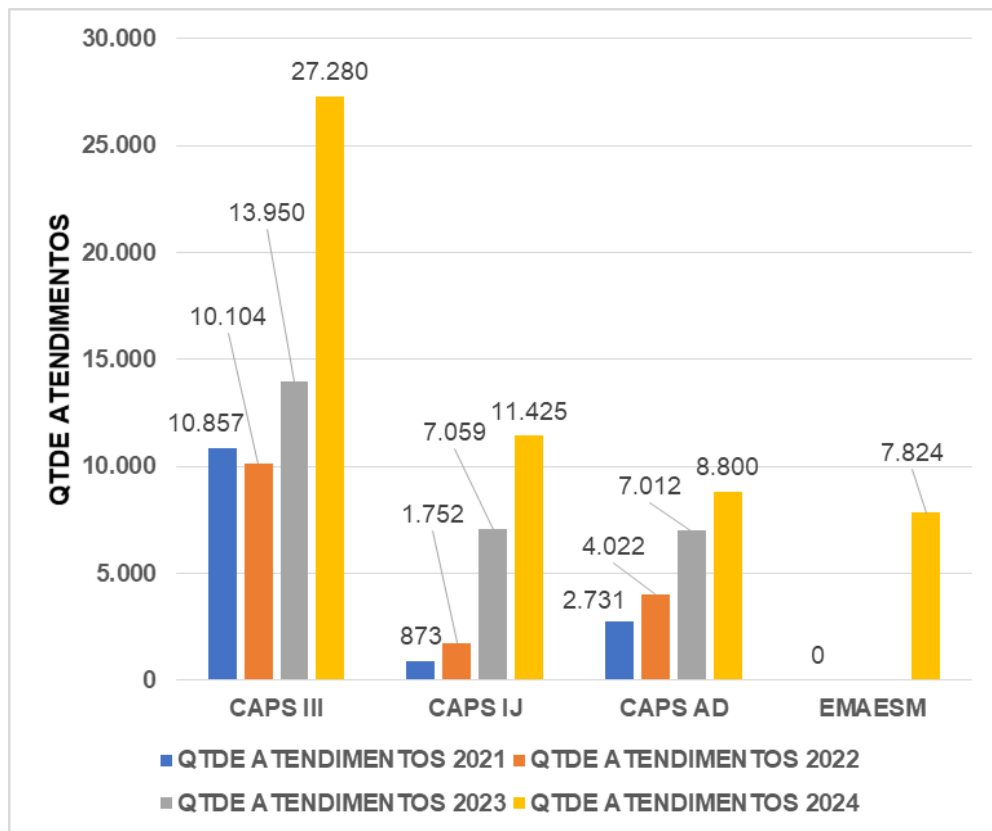
A Equipe EMAESM constitui o único serviço novo concebido e implementado nesta gestão, tendo sido habilitado em menos de um ano. Tal celeridade representa um marco, evidenciando a qualidade do projeto técnico-institucional e a pertinência da sua inserção na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), diante da demanda existente.

Também nesse período da pandemia foram iniciados a implantação de instrumentos importantes para a qualificação da saúde mental no município, entre eles, destaca-se a estratificação de risco em saúde mental.

A estratificação de risco em saúde mental foi implantada, e sua execução teve início em 2021 na rede de saúde, como uma forma de direcionar os atendimentos por meio da classificação dos casos a partir de instrumento validado, diferenciando os graus de risco: a) Baixo Risco; b) Médio Risco; c) Alto Risco. Dessa forma, as equipes de saúde conseguem avaliar os casos de forma mais eficaz, utilizando um sistema de pontuação: a) 0 a 30 pontos – Baixo Risco; b) 31 a 50 pontos – Médio Risco; c) 51 a 236 pontos – Alto Risco.

No **Gráfico 40**, observa-se a quantidade de atendimentos ofertados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e na EMAESM. Os dados foram extraídos do sistema informatizado da FMSRC. Entre 2021 e 2024, houve um acréscimo de mais de 40 mil atendimentos, passando, no total desses quatro anos, de cerca de 14 mil para mais de 55 mil atendimentos, somando todos os serviços de saúde mental, conforme ilustrado no gráfico a seguir.

Gráfico 40 - atendimentos das unidades de saúde mental (CAPS e EMAESM) durante os anos de 2021 a 2024.

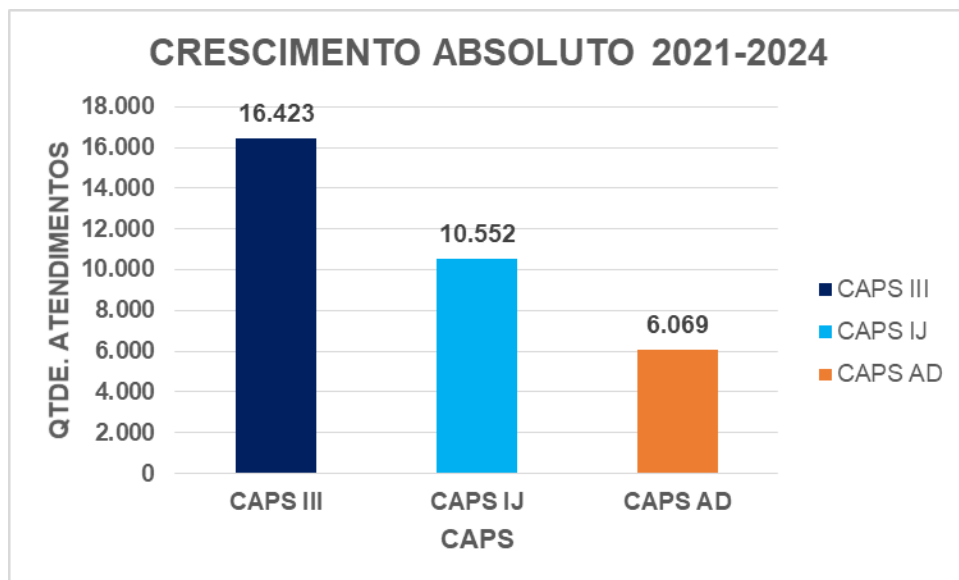


FONTE: SISTEMA DE INFORMATIZADO PRÓPRIO DA FMSRC. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

No **Gráfico 41**, observa-se o crescimento absoluto de atendimentos ofertados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os dados foram extraídos do sistema informatizado da FMSRC, considerando todo o período de 2021 a 2024. A quantidade de crescimento em números absolutos pode ser verificada no **gráfico** a seguir.

Não se pode deixar de considerar que a maior crise sanitária mundial, causada pela COVID-19, também atingiu nossa cidade no período de 2020-2021. A pandemia trouxe impactos diretos na saúde mental da população de modo geral, além de causar agravamento dos casos e aumento significativo da demanda na área de saúde mental do município.

Gráfico 41 - Quantidade de Atendimentos (números absolutos) nos CAPS, considerando todo o período de 2021 a 2024.



FONTE: SISTEMA DE INFORMATIZADO PRÓPRIO DA FMSRC. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Certamente, o aumento da capacidade de atendimento contribuiu de forma significativa para conter a evolução dos agravos em saúde mental, que apresentaram crescimento exponencial durante a pandemia de COVID-19 em nosso município. Ainda assim, mesmo com a ampliação da oferta e a absorção parcial da demanda, os indicadores — tanto locais quanto globais — apontaram um aumento expressivo na gravidade dos casos relacionados à saúde mental no período pós-crise sanitária.

A partir de uma análise extensiva de 64 artigos nacionais e internacionais sobre os efeitos em saúde após desastres naturais e tecnológicos, epidemias e pandemias, é possível afirmar que uma proporção considerável e importante da população desenvolve problemas em saúde mental nesses contextos. Tais transtornos e efeitos negativos em saúde mental podem perdurar em médio e longo prazo se não tratados, independentemente do tipo de desastre ou da saúde física do indivíduo (g.n.) (NOMURA et al., 2016).

Como mencionado, durante e após a pandemia, observa-se um aumento de sintomas como ansiedade, depressão, estresse e abuso de álcool e outras substâncias psicoativas, acarretando o desenvolvimento e o aumento de transtornos mentais. Também, nesse cenário, elevam-se os riscos de suicídios e de deterioração de problemas mentais preexistentes.

Em linhas gerais, as discussões apontam que o isolamento social, assim como outras mudanças de rotina que visam ao distanciamento entre as pessoas, compromete o

bem-estar psíquico. Estudos realizados em diversos países (Japão, Ruanda, Togo, Haiti, Congo, Turquia, Itália, Portugal, por exemplo) acusam aumento dos quadros depressivos e ansiosos, assim como elevação do consumo de álcool e outras drogas, além do aumento de suicídios (g.n.) (NOMURA et al., 2020).

E. Atenção Secundária/Reabilitação

No município de Rio Claro, antes até mesmo do SUS, já existia uma unidade que atendia crianças e adolescentes com deficiência, na faixa etária de 0 à 18 anos, implantada em 1982, em parceria com Prefeitura Municipal de Rio Claro através da Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social e Legião Brasileira de Assistência (LBA), conhecida na época como Centro de Reabilitação Infantil, funcionando em espaço cedido em regime de comodato pelo Asilo São Vicente de Paulo. Depois de uma parceria com a família real sueca e a sociedade beneficente sueco brasileira, o novo prédio foi construído e a partir de 1991, passou-se a chamar-se CENTRO DE HABILITAÇÃO INFANTIL “PRINCESA VICTORIA”, localizado na Avenida José Felício Castellano no. 1700 – Bairro Vila Cristina.

Com a criação da Fundação Municipal de Saúde em 1995, o então CHI 'PV' foi incorporado à sua estrutura organizacional. Em 15/03/2002, foi habilitado como Centro de Referência de Reabilitação em Medicina Física (Portaria 180 SAS).

Com a criação, pelo Ministério da Saúde, da Rede de Cuidados à Pessoa com deficiência no âmbito do SUS, através da Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012, iniciaram-se os estudos para que a unidade pudesse ser habilitada como uma unidade do componente da Atenção Especializada em Reabilitação nas modalidades previstas.

Outro desafio com a habilitação junto ao Ministério seria ampliar a faixa etária de atendimento, pois a expertise da unidade e da equipe estava centrada na infância, adolescência e no atendimento dos bebês de risco.

Atualmente, a unidade conta com profissionais de diversas áreas e dispõe de núcleos especializados em avaliação física, auditiva, visual, intelectual, do transtorno do espectro do autismo e de bebês de risco, voltados à avaliação e ao atendimento da pessoa com deficiência.

A gestão anterior da FMSRC (2017-2020) submeteu um projeto junto ao MS de habilitação da Unidade como CER – Centro Especializado em Reabilitação nas modalidades Física e Visual, CER tipo II e o referido projeto foi rejeitado.

A gestão anterior (2021–2024) reformulou o projeto, mas precisou manter as modalidades originalmente pleiteadas — física e visual — em razão de deliberação prévia da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que definia a habilitação como CER tipo II. O novo projeto foi submetido à análise do Ministério da Saúde e aprovado, resultando na

habilitação do antigo CHI 'Princesa Victória' como Centro Especializado em Reabilitação (CER) tipo II, nas modalidades física e visual.

O Ministério da Saúde, portanto, através da **Portaria GM/MS n. 4.403 de 19/12/2022** habilitou o Centro Especializado em Reabilitação (CER II) para o município de Rio Claro, nas modalidades física e visual.

O antigo CHI 'Princesa Victória', atualmente habilitado como Centro Especializado em Reabilitação (CER II) 'PV', realiza avaliação dos usuários por meio de equipe interdisciplinar, responsável por verificar os critérios de elegibilidade para início do atendimento na unidade.

São atendidas, entre outras, as seguintes condições clínicas: lesão medular; sequelas de acidente vascular encefálico (AVE); amputações; traumatismo cranioencefálico (TCE); doenças neuromusculares; encefalopatia crônica não progressiva da infância (paralisia cerebral); síndromes genéticas com comprometimento do aparelho locomotor; malformações congênitas; paralisia infantil; múltiplas deficiências; atraso no desenvolvimento neuropsicomotor; neuropatias; nanismo; sequelas pós-COVID-19; perda auditiva e surdez; cegueira e visão subnormal; transtorno do espectro do autismo; e bebês de risco.

São considerados elegíveis para atendimento no CER II "PV" os recém-nascidos e lactentes que apresentem um ou mais dos seguintes critérios: baixo peso ao nascer (inferior a 2.000g); asfria neonatal grave (escore de Apgar inferior a 7 no 5º minuto de vida); patologias graves ao nascimento, como meningite, traumatismo craniano e convulsões; doenças infectocontagiosas congênitas, incluindo HIV, hepatites virais, sífilis, rubéola, toxoplasmose e COVID-19 (encaminhados pelo SEPA); malformações congênitas ou síndromes genéticas com alterações neurológicas; alterações musculoesqueléticas congênitas, tais como pé torto congênito, lesão de plexo braquial obstétrica, displasia do desenvolvimento do quadril e polidactilia; prematuridade (idade gestacional menor ou igual a 36 semanas); atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) em relação à faixa etária; falhas nas triagens neonatais auditiva e/ou visual; cardiopatias congênitas; histórico de internação neonatal em UTI, berçário patológico ou intercorrências clínicas durante a internação; alterações no perímetro cefálico, como microcefalia ou macrocefalia; síndrome de abstinência neonatal em casos de exposição intrauterina ao álcool ou outras drogas; e filhos de mães com teste positivo para COVID-19 durante a gestação.

A rede de atenção à pessoa com deficiência no Estado de São Paulo é composta por diversos serviços habilitados pelo Ministério da Saúde, incluindo a Rede "Lucy Montoro" da Secretaria de Estado da Saúde, o Centro Especializado em Reabilitação de Pirassununga (CER IV) e a Rede de Saúde Auditiva da Santa Casa de Limeira.

Assim, as patologias que não são atendidas na unidade, bem como os casos mais complexos, são encaminhados aos serviços de referência adequados, respeitando a hierarquia e a complexidade previstas nos fluxos do SUS.

F. Urgência e Emergência – APH Fixo e Móvel

O município de Rio Claro possui 2 (duas) Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), distribuídas uma na zona sul e outra na zona norte da cidade.

A porta de entrada hospitalar era conhecida como Pronto Socorro Municipal Integrado (PSMI), que ficou sob gestão e gerenciamento da Fundação Municipal de Saúde desde o processo de intervenção na Santa Casa de Misericórdia. Em 2024, foi inaugurada a unidade de urgência e emergência Nossa Senhora de Lourdes (antigo PSMI), agora conhecida como NSL, administrada pela Santa Casa em parceria com a prefeitura. O prédio, localizado na Avenida 15 com Rua 2, abriga 24 leitos, sendo que 10 leitos tem os mesmos equipamentos que temos nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTI). A nova unidade foi criada depois que a Fundação Municipal de Saúde transferiu a administração do antigo PSMI para a Santa Casa no ano de 2022. O convênio entre prefeitura e Santa Casa prevê repasse mensal de R\$ 1,2 milhão do município à Santa Casa para prestação dos serviços, reajustados anualmente.

A devolução da porta de entrada hospitalar para o gerenciamento da Santa Casa representa um grande salto na reorganização da urgência e emergência no APH fixo, pois era uma anomalia o fato de termos uma unidade sob gerenciamento municipal dentro das dependências da Santa Casa. Já em relação ao financiamento dessa unidade, conforme dados iniciais, revela-se menos oneroso ao município, o gerenciamento pela própria Santa Casa a referida Unidade de Urgência e Emergência “Nossa Senhora de Lourdes”.

Ainda permaneceu sob responsabilidade da Fundação Municipal de Saúde, no atendimento pré-hospitalar fixo, o Pronto Socorro em Ginecologia e Obstetrícia (PSGO) nas dependências da Santa Casa, a porta de entrada hospitalar da Maternidade “Betim”. O **Pronto Socorro em Ginecologia e Obstetrícia –PS GO** funciona vinculado à Maternidade do Hospital Santa Casa de Misericórdia. A unidade é referência para atendimento emergencial ginecológico e obstétrico e também para os casos de violência sexual. A unidade também é um dos pontos de atenção da antiga Rede Cegonha e recentemente denominada como **“Rede Alyne”**, através da Portaria GM/MS n. 5.350 de 12/09/2024 (Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a **Rede Alyne**).

E, também, sob responsabilidade do município, no âmbito da microrregião, a Urgência Psiquiátrica realizada pelo CAPS III, sob gestão da Fundação Municipal de Saúde.

Na ocasião da entrega, inauguração e início das atividades em 01 de junho de 2012, a **UPA 29** contou com a presença do então Ministro da Saúde Alexandre Padilha na solenidade, dentre outras autoridades. A **UPA 29** foi qualificada a 1ª (primeira) vez através da Portaria MS/GM nº 1017 de 28 de maio de 2013; é classificada como Porte II, conforme classificação da Portaria do MS e atende conforme os requisitos estabelecidos para uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com classificação de risco, entre outros critérios e protocolos próprios. A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

A **UPA 29**, da zona sul, foi construída e iniciou as suas atividades com prédio próprio projetado exclusivamente para aquela unidade. O projeto foi submetido ao Ministério da Saúde e aprovado através da Portaria MS/GM nº 2.161, de 16/09/2009. Em 2014, através da Lei Municipal nº 4.796, de 28/10/2014 foi denominada de **UPA 29 “Dr. Olavo Narkevitz”**.

A última qualificação ocorreu em janeiro de 2016, por meio da Portaria MS/GM nº 2, de 6 de janeiro de 2016. Essa qualificação venceu em 2019 e não foi renovada pela gestão da FMSRC (2017-2020). Vale destacar que a gestão não teve recursos financeiros reduzidos em decorrência da pandemia da COVID-19.

Em 2022, com a superação do período crítico da pandemia de COVID-19, foi possível retomar o processo de renovação da qualificação da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h “Dr. Olavo Narkevitz”. Como resultado, a referida unidade foi devidamente qualificada junto ao Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 4.741, de 30 de dezembro de 2022.

Essa qualificação garante a manutenção do repasse de recursos financeiros do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde – Grupo de Atenção Especializada. Os valores permanecem incorporados ao limite financeiro da Média e Alta Complexidade (MAC) do Estado de São Paulo e do Município de Rio Claro, assegurando a continuidade da prestação de serviços de urgência e emergência com qualidade à população.

A **UPA “Jd. Chervezon”** teve sua qualificação de forma diferente. A Unidade da zona norte já existia como Pronto Atendimento naquele local desde 2008. Em 2012, o Ministério da Saúde através da Portaria MS/GM nº 1.171/2012, autorizou que unidades de pronto atendimento pudessem ser transformadas em “**UPA Ampliada**”. Ou seja, não era preciso a construção de uma unidade nova, mas a adequação de uma unidade existente para “**UPA Ampliada**”.

O município de Rio Claro então, pleiteou a transformação daquela unidade de pronto atendimento da zona norte para “**UPA Ampliada**”, o que foi efetivado através da Portaria

MS/GM nº 1.173, de 05 de junho de 2012. Rio Claro foi um dos 6 primeiros municípios paulistas a serem atendidos nesse pleito.

Para viabilizar a qualificação da UPA 24h “Dr. Olavo Narkevitz”, diversas adequações estruturais e administrativas foram realizadas, incluindo a ampliação da área física da unidade. O novo projeto arquitetônico e as alterações no desenho estrutural foram devidamente aprovados pela área técnica do Ministério da Saúde, conforme as exigências do processo de qualificação.

Entretanto, durante a gestão da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro (FMSRC) no período de 2017 a 2020, não foi protocolado o pedido de habilitação para o custeio do Pronto Atendimento (PA) “Jardim Chervezon” como “UPA Ampliada”. Além disso, não houve continuidade no processo de finalização do pleito, nem no atendimento às exigências necessárias para a efetiva conversão da unidade.

A gestão anterior da FMSRC (2021–2024) revisitou e reformulou o projeto para a retomada da **habilitação do Pronto Atendimento (PA) “Jardim Chervezon” como Unidade de Pronto Atendimento (UPA)**, que estava paralisado e esquecido desde 2017. Após esse processo rigoroso, o projeto foi novamente submetido ao Ministério da Saúde. Em seguida, o Ministério realizou uma visita técnica presencial e a equipe técnica manifestou-se favoravelmente por meio do Relatório de Visita Técnica e do Parecer Técnico nº 174/2023, da Coordenação Geral de Urgência (CGURG/DAHU/SAES/MS), recomendando a habilitação e qualificação do **PA “Jardim Chervezon” como “UPA Ampliada”**.

Em maio de 2023, menos de 1 ano após a retomada do pleito junto ao Ministério da Saúde, a referida unidade de saúde de atendimento pré-hospitalar fixo – **UPA “Jd. Chervezon”** - foi habilitada pelo Ministério da Saúde através da **Portaria GM/MS nº 569, de 4 de maio de 2023**.

Atualmente (2025), portanto, ambas as UPAs são habilitadas e qualificadas junto ao Ministério da Saúde. Como se pode observar foi realizado um trabalho árduo para a efetivação das habilitações e qualificações, conforme preconiza a legislação ministerial.

O **Atendimento Pré-Hospitalar (APH) Móvel** é recente no município de Rio Claro, pois constituía a principal lacuna da rede de urgência e emergência até 2011. Sua concepção ocorreu em 2002, por meio da Portaria MS/GM nº 2.048/2002, e a efetiva criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/192) deu-se pelo Decreto Presidencial nº 5.055, de 27 de abril de 2004 (RODRIGUES FILHO, 2011).

Na nossa cidade, o processo de implantação do SAMU/192 teve início com a aprovação da Lei Municipal nº 3.953, de 25/06/2009. Dessa forma, o Atendimento Pré-Hospitalar (APH) móvel foi efetivado na cidade e na microrregião.

Em menos de 1 ano, o Ministério da Saúde efetivou a aprovação do Projeto do **SAMU/192 Regional** com sede na cidade de Rio Claro através da Portaria MS/GM nº 1.003, de 04/05/2010.

As unidades de Suporte Básico e Suporte Avançado que compõe o **SAMU/192 – Regional Rio Claro**, constam na **Tabela 74**, a seguir.

Tabela 74 – Distribuição das Unidades de Suporte Básico, Avançado e Central de Regulação Médica na Região de Saúde de Rio Claro⁴, Quadro de distâncias e População estimada de cada município da Região de Saúde de Rio Claro.

CIDADE	POPULAÇÃO	DISTÂNCIA DE RIO CLARO (KM)	Central de Regulação Médica	Unidade de Suporte Avançado – USA	Unidade de Suporte Básico – USB
RIO CLARO	208.008	-	01	01	02
SANTA GERTRUDES	27.381	08	-	-	01
ITIRAPINA	18.387	39	-	-	01
IPEUNA	7.687	18	-	-	01
ANALÂNDIA ⁵	5.056	41	-	-	-
CORUMBATAI	4.064	28	-	-	01
TOTAL	270.583	-	01	01	06

FONTE: DEPARTAMENTO DE ESTRADAS E RODAGEM – DER/SP. MINISTÉRIO DA SAÚDE – PORTARIA DE HABILITAÇÃO DO SAMU/192 – REGIONAL RIO CLARO. 2000 A 2020 – ESTIMATIVAS PRELIMINARES ELABORADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE/SVS/DASNT/CGIAE. ELABORAÇÃO PRÓPRIA ADAPTADO DE RODRIGUES, FILHO (2011). DADOS ATUALIZADOS EM RELAÇÃO ÀS VIATURAS DE USB – DEZEMBRO/2024.

O **SAMU/192 Regional Rio Claro** iniciou os seus trabalhos em 01/07/2011 e conta com a participação de todas as cidades da microrregião: Analândia, Corumbataí, Ipeúna, Itirapina e Santa Gertrudes. A sede foi inaugurada em 22/06/2011 como parte da comemoração das festividades do aniversário da cidade, tamanho a importância do serviço. O **SAMU/192 Regional Rio Claro** é habilitado no mesmo ano, através da Portaria MS/GM nº 2.547, de 28 de outubro de 2011.

4 Conforme Portaria MS/GM 2547/2011, de habilitação do SAMU/192 – Regional Rio Claro.

5 A cidade de Analândia não tem base descentralizada e não tem viatura de suporte básico, trata-se da área de abrangência do SAMU/192 – Regional Rio Claro.

A qualidade dos serviços do **SAMU/192 Regional Rio Claro** possibilitou a sua primeira qualificação em 2013, através da Portaria MS/GM nº 86, de 22 de janeiro de 2013 qualificando toda a regional. A última qualificação do SAMU/192 se deu em 2018 através da Portaria MS/GM nº 1.572, de 1 de junho de 2018.

Em 2018, através da Lei Municipal nº 5.214, de 29/06/2018 a base da unidade do **SAMU de Rio Claro** foi denominada de “*Silvestre La Torre*”.

Cerca de 8 (oito) anos após o início do funcionamento (2019) do **SAMU/192 Regional** foi criada e inaugurada uma base descentralizada do SAMU/192 com vistas a basear uma viatura de suporte básico (USB) na Avenida Presidente Kennedy, 900, próximo ao aeroclube e à **UPA 29 “Dr. Olavo Narkevitz”**, na região sul da cidade. Essa base descentralizada foi exclusivamente uma iniciativa municipal, não há qualquer registro de pactuação no âmbito regional. Foi autorizada pela Câmara Municipal através da Lei Municipal nº 5.215, de 29/06/2018, denominada de “*Vereador José Carlos Leonhardt*”.

As atividades da base descentralizada do SAMU/192 Regional, na zona sul do município, foram iniciadas em junho de 2019 e, apesar de ter sido anunciada a redução no tempo de resposta às ocorrências, ainda carece de um estudo mais detalhado sobre a efetividade técnica da referida base nas atividades realizadas pelo SAMU/192 Regional. Não se pode negar o crescimento populacional na região sul da cidade, bem como a frequência de acidentes de trânsito e outras ocorrências clínicas naquela área populosa do município.

Em 2020, por força da Portaria MS/GM nº 732, de 7 de abril de 2020, o Ministério da Saúde prorrogou, temporariamente, os prazos de qualificação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), enquanto durasse a emergência de saúde pública decorrente da COVID-19. A qualificação do SAMU/192 venceu naquele ano e não foi renovada pela gestão da FMSRC (2017–2020). Apesar disso, não houve suspensão dos repasses federais, pois a prorrogação determinada pelo Ministério da Saúde manteve válidas as habilitações e qualificações vigentes. Assim, a gestão seguinte (2021–2024) assumiu com a qualificação vencida, mas com o custeio federal preservado.

Em 2023, com o encerramento da pandemia de COVID-19 e o fim da prorrogação excepcional adotada pelo Ministério da Saúde, foi reiniciado o processo para a manutenção da qualificação do SAMU/192 Regional Rio Claro. A qualidade dos serviços prestados pela equipe regional viabilizou a renovação da qualificação em 2024, formalizada por meio da Portaria MS/GM nº 3.199, de 6 de março de 2024.

A gestão da FMSRC (2021–2024) elaborou o projeto para habilitação da 2ª **Unidade de Suporte Básico (USB)**, denominada “**BRAVO 6**”, na Regional SAMU/192 Rio Claro. Embora a unidade já existisse, não estava habilitada junto ao Ministério da Saúde. A solicitação de habilitação só poderia ser feita a partir de 2017, com o vencimento da primeira qualificação da regional. No entanto, a gestão da época (2017–2020) não

apresentou o pleito, tampouco elaborou o projeto, mesmo após a implantação da base descentralizada do SAMU/192 na zona sul, em 2019.

A partir desse processo árduo foi pleiteado junto ao Ministério da Saúde a habilitação de mais uma USB junto ao Ministério da Saúde. A equipe técnica do MS manifestou-se através de do Parecer Técnico nº 88/2024 pela Coordenação Geral de Urgência CGURG/DAHU/SAES/MS de forma favorável ao pleito do município para a habilitação da 2ª Unidade de Suporte Básico (USB) “BRAVO 6”, conforme consta na **Tabela** anteriormente mencionada (**Tabela 74**). A efetivação da habilitação da USB pelo Ministério da Saúde se deu através da **Portaria MS/GM nº 3.256, de 06 de março de 2024**.

No âmbito do atendimento pré-hospitalar móvel, uma conquista relevante do SAMU Regional Rio Claro foi a habilitação para o uso do trombolítico **Tenecteplase** no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). Com essa habilitação, as Unidades de Suporte Avançado (USA) passaram a estar autorizadas a utilizar o medicamento em atendimentos de urgência, especialmente em casos de infarto agudo do miocárdio e outras emergências cardiovasculares. A gestão (2021-2024) elaborou e submeteu projeto ao Ministério da Saúde após deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) através da **Resolução CIB/SP nº 123, de 12 de dezembro de 2022**. O Ministério da Saúde aprovou o referido projeto do SAMU Regional Rio Claro e a habilitação se deu através da **Portaria MS/GM nº 5.042, de 13 de agosto de 2024**, que habilita a Unidade de Suporte Avançado (USA) para o uso do medicamento trombolítico tenecteplase no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS no SAMU Regional Rio Claro.

G. Atenção Terciária/Hospitalar

O Município não dispunha de nenhum equipamento próprio hospitalar até 2020. Nesse ano, frente à emergência de saúde pública, foi criado um “hospital de campanha” dentro das dependências do antigo Pronto Atendimento do Chervezon (PA Jd. Chervezon) e tratava-se de uma estrutura emergencial. Essa estrutura emergencial possibilitou aquisição de experiência das equipes do PA com o ambiente “hospitalar”, até então inexistente no âmbito do município e restrito aos nosocômios privados e filantrópico.

Durante a gestão municipal 2017–2020, foi anunciada a intenção de construir um hospital público municipal, com a concessão de uso de um terreno localizado em área afastada da zona urbana a uma organização da sociedade civil. A ação foi formalizada por meio do **Decreto Municipal nº 11.727/2020**, que concedia, a título precário, o uso de área pública à entidade denominada “Movimento Pró-Hospital Público Regional”. No entanto, a proposta não avançou além da publicação do decreto. Não houve elaboração de projeto técnico, arquitetônico ou planejamento operacional que dessa viabilidade concreta à implantação da unidade hospitalar. Esse Decreto foi revogado integralmente na gestão anterior 2021-2024 (Decreto n. 13.177/2023), considerando o início das obras do primeiro hospital municipal sendo realizadas em local mais estratégico, ao lado da recém habilitada UPA “Jd. Chervezon”.

O projeto novo para a construção do primeiro hospital municipal, ao lado da atual UPA Jd. Chervezon, foi iniciado pela gestão 2021-2024. As obras do primeiro Hospital Público Municipal foram iniciadas em **1º de fevereiro de 2023**, representando um marco histórico para o fortalecimento da rede de atenção à saúde no município. O primeiro Hospital Público Municipal teve seu projeto técnico elaborado, o processo licitatório concluído e as obras executadas durante a gestão anterior (2021–2024). A construção foi finalizada com a inauguração oficial realizada em **13 de março de 2025**, data em que a unidade também iniciou efetivamente seu funcionamento, consolidando um importante avanço na ampliação da rede pública de saúde do município.

Através da Lei Municipal nº 5.952, de 07/03/2025 o primeiro hospital público municipal foi denominado de **“Maria Thereza Ramos Vitti”**.

A Atenção Hospitalar deve cumprir, principalmente, a função de responder às condições agudas ou aos momentos de agudização das condições crônicas, conforme estabelecido em diretrizes clínicas baseadas em evidências. Para isso, os hospitais em redes devem ter uma densidade tecnológica compatível com o exercício dessa função e devem operar com padrões ótimos de qualidade, gerando valor para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde (Mendes, 2011).

De forma resumida, as informações sobre os hospitais encontram-se na **Tabela a seguir (Tabela 75)** – Serviços Hospitalares existentes no município de Rio Claro, contendo todos os serviços, incluindo aqueles não vinculados ao SUS.

Tabela 75 – Serviços Hospitalares no município de Rio Claro/SP (CNES abril/2025).

Hospital (CNES)	LEITOS SUS	LEITOS NÃO SUS	Classificação	Natureza
2082888 SANTA CASA DE RIO CLARO	126	50	GERAL	FILANTRÓPICO
2081113 HOSPITAL SANTA FILOMENA DE RIO CLARO	6	62	GERAL	PRIVADO
5550874 HOSPITAL PUBLICO MUNICIPAL "MARIA THEREZA RAMOS VITTI"	40	0	GERAL	PÚBLICO
2083159 BEZERRA DE MENEZES RIO CLARO	92	58	ESPECIALIZADO	FILANTRÓPICO
2081032 HOSPITAL UNIMED DE RIO CLARO	0	53	GERAL	PRIVADO
TOTAL	261	223		

FONTE: MS/CGIAP/DESF/SAPS. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Os hospitais que prestam serviços ao SUS são os seguintes: Santa Casa de Rio Claro (CNES 2082888), Hospital Santa Filomena de Rio Claro (CNES 2081113) e Bezerra de Menezes Rio Claro (CNES 2083159), sendo o último hospital especializado e os outros hospitais gerais. No caso do Hospital Bezerra de Menezes, o mesmo mantém convênio com a Secretaria de Estado da Saúde (SES) e sua gestão é estadual.

O primeiro e único **Hospital Público Municipal “Maria Thereza Ramos Vitti”** (CNES 5550874) teve suas atividades iniciadas em 13/03/2025.

1. Santa Casa de Rio Claro

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro, instituição filantrópica, foi fundada em 28 de março de 1885 com a finalidade de servir a comunidade rio-clarense e “manter um hospital exercitando a caridade”. Entidade católica baseou-se nos moldes da primeira Misericórdia fundada no mundo, a Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, Portugal. Neste mesmo ano, o Sr. Francisco de Assis Negreiros cedeu à Irmandade, o uso do prédio e terrenos para instalações do hospital. Nesta época, os primeiros funcionários foram contratados para a aplicação de ventosas e sanguessugas e a condução de enfermos e cadáveres. Em 08 de setembro de 1922 foi inaugurado o atual prédio da Santa Casa em terreno doado pelo Sr. Miguel Arcanjo Rinaldi. Já em 1965 foi construído mais um prédio destinado à Maternidade Rio Claro e que, em 2000, foi totalmente remodelado visando o atendimento de convênios e particulares (SANTA CASA DE RIO CLARO, 2021).

O hospital conta com as seguintes habilitações/credenciamentos junto ao Ministério da Saúde: a) Assistência em Alta Complexidade em Cardiovascular; b) Nefrologia (Hemodiálise e Diálise Peritoneal); c) Neurologia/Neurocirurgia; d) Traumatologia/Ortopedia; d) Terapia Nutricional; e) Oncologia – UNACON; f) Gestante de Alto Risco (atendimento terciário); g) Contracepção definitiva (laqueadura/vasectomia); h) UTI Adulto Tipo II; i) UTI Pediátrica Tipo II; j) UTI Neonatal Tipo II; k) Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCO); l) Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCA) e Serviço Hospitalar para tratamento de HIV.

Com a implantação da Rede Cegonha (2011) foram estudados, em conjunto com o hospital, a habilitação de outros serviços/leitos relacionados à essa Rede de Atenção à Saúde, o que foi consolidado na Deliberação CIB nº 57, de 19/11/2013:

a) Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal - UTIN Tipo II- 05 (cinco) leitos (Portaria MS/SAS nº 1336, de 03/10/2016);

b) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) - 05 (cinco) leitos (Portaria MS/SAS nº 1302, de 27/09/2016);

c) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) 02 (dois) leitos (Portaria MS/SAS nº 1336, de 03/10/2016);

d) Referência Hospitalar na Atenção à Saúde em Gestação de Alto Risco Tipo II (Portaria MS/SAS nº 1113, de 22/06/2017).

Outras habilitações recentes do Hospital foram: a adesão ao Programa PMAE (Componente Cirúrgico) e o “Mais Acesso a especialistas” através das Portarias do Ministério da Saúde.

Estão em processo de credenciamento outras habilitações já aprovadas na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB):

- a) Linha de Cuidado do AVC – Tipo II – 5 Leitos;
- b) Alta Complexidade em Cirurgia Cardíaca e Intervencionista;
- c) Leitos de UTI Cardiológicos.

A assistência hospitalar é realizada através da disponibilização de leitos gerais e complementares, o que pode ser verificado na **Tabela 76**, com a quantidade de leitos e a tipologia de cada um.

Tabela 76 – Leitos Hospitalares da Santa Casa de Rio Claro por especialidade (SUS e não-SUS) (CNES 2025).

Leitos Cirúrgicos	SUS	Não SUS	TOTAL
Cirúrgico/Cirurgia Geral	14	24	38
Cirúrgico/Ginecologia	0	2	2
Cirúrgico/Neurocirurgia	5	1	6
Cirúrgico/Oncologia	1	0	1
Cirúrgico/Ortopedia - Traumatologia	8	5	13
Sub – Total (1)	28	32	60
Leitos Clínicos	SUS	Não SUS	TOTAL
Clinico/AIDS	1	0	1
Clinico/clinica Geral	28	7	35
Clinico/Oncologia	2	0	2
Sub – Total (2)	31	7	38
Leitos Complementares	SUS	Não SUS	TOTAL
UTI Coronariana- Tipo II - UCO TIPO II	2	0	2
UTI Adulto - Tipo II	10	10	20
UTI Pediátrica - Tipo II	2	0	2
Unidade de Isolamento	2	1	3
Unidade de Cuidados Intermediários NeonatalCanguru - Ucinca	2	0	2
Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Convencional - Ucinco	5	3	8
UTI Neonatal – Tipo II	5	1	6
Sub – Total (3) (Complementares)	28	15	43
Leitos Obstétricos	SUS	Não SUS	TOTAL
Obstetrícia/Cirúrgica	14	2	16
Obstetrícia/Clinica	10	2	12
Sub – Total (4)	24	4	28
Leitos Pediátricos	SUS	Não SUS	TOTAL
Pediatria/Cirúrgica	5	2	7
Pediatria/Clinica	7	2	9
Sub – Total (5)	12	4	16
Leitos Outras Especialidades	SUS	Não SUS	TOTAL
Crônicos	2	0	2
Pneumologia sanitária	1	0	1
Psiquiatria	2	2	4
Sub – Total (6)	5	2	7
Total	128	64	192
Total Geral - Leitos Complementares	100	49	149

FONTE: MS/CGIAP/DESF/SAPS (CNES 2025). ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

A Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro habilitou-se como **Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON**, sem serviço de radioterapia, através da Portaria MS/SAS nº 146, de 11/03/2008. A Portaria vigente de habilitação da unidade é a Portaria MS/SAS nº 419, de 22/02/2017. O UNACON, da Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro, realiza os procedimentos de quimioterapia para Rio Claro e microrregião.

A Secretaria de Estado (SES) mantinha um programa denominado “Santa Casa Sustentáveis” e, no final do ano de 2023, houve a extinção desse programa. Outro programa foi criado chamado “**Tabela SUS Paulista**” que, de forma resumida, tem como objetivo aumentar o atendimento na rede pública de saúde e reduzir as filas, por meio do complemento do valor que os hospitais recebem atualmente do Ministério da Saúde pelos procedimentos hospitalares, com possibilidade de receberem até cinco vezes a tabela adicional do SUS (SÃO PAULO (ESTADO), 2023).

É importante destacar que a lógica de tabela de procedimentos, ainda muito presente no SUS, leva a essa situação de defasagem da tabela de procedimentos. O Governo Estadual de São Paulo tem recorrido à convênios de subvenção para as entidades prestadoras de serviço, ocasionando desorganização financeira e redução na oferta de serviços (Programa anterior Mais Santa Casas), afetando negativamente o acesso e resultando em atrasos e congestionamentos no sistema. E essa defasagem financeira afeta não só a sustentabilidade das entidades filantrópicas, mas também impõe desafios administrativos e burocráticos, limitando sua capacidade de oferecer serviços de qualidade.

Para superar esse desafio, a Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP) publicou a Resolução SS nº 198, de 29 de dezembro de 2023, que disciplina a aplicação da Tabela SUS Paulista aos estabelecimentos de saúde, com ou sem fins lucrativos, que participam do SUS, garantindo acréscimo à remuneração, em conformidade com a estrutura organizacional da Tabela de Procedimentos Unificada e do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos (SIG-TAP) e OPM do SUS..

O município de Rio Claro firmou o Termo de Adesão à Tabela SUS Paulista visando possibilitar o repasse do Fundo Estadual de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, com fundamento no Decreto nº 53.019 de 20 de maio de 2008, do valor correspondente a remuneração de cada prestador de serviço. Em junho de 2024, foi aprovada a **Lei Municipal n. 5.897 de 04/06/2024** com a formalização e a abertura de crédito adicional suplementar no orçamento da FMSRC e outras providências.

2. Hospital Santa Filomena

O Hospital Santa Filomena é uma instituição privada, uma sociedade anônima fechada, fundada em 1978. A Casa de Saúde Santa Filomena, como é conhecida, iniciou a prestação de serviços ao SUS através da autorização da Lei Municipal nº 3196, de 02/08/2001, que possibilitou a troca de dívida da instituição com o município por serviços hospitalares. Em 30/12/2003 houve um acordo firmado entre o hospital e o município para a realização de cirurgias eletivas aos usuários do SUS.

Em 2019 houve uma alteração na Lei Municipal nº 3196/2001, mas o conteúdo praticamente permaneceu o mesmo da Lei de 2001, com a edição da Lei Municipal nº 5297, de 11/07/2019.

A assistência hospitalar do Hospital Santa Filomena de Rio Claro é realizada através da disponibilização de leitos gerais para a realização de procedimentos pelo SUS.

3. Bezerra de Menezes

A Casa de Saúde Bezerra de Menezes (CSBM) foi criada em 26 de junho de 1951 por um grupo religioso, sendo o casarão da Avenida 25, entre as ruas 11 e 12 (antigo Hospital dos Lázaros), cedido sob regime de comodato, pelo governo municipal. O antigo hospital de hansenianos foi adaptado para sua nova finalidade, direcionado à área de saúde mental e inaugurado em 24 de junho de 1.960 (BEZERRA DE MENEZES, 2021).

O hospital está habilitado pela Portaria MS/SAS nº 404, de 19/11/2009 que reestruturou o Programa de Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS.

Atualmente o Hospital Bezerra de Menezes (CSBM) é uma instituição privada sem fins lucrativos, sob gestão estadual. Está situada em Rio Claro, mas o município não tem gestão sob a unidade hospitalar. A gestão está à cargo da Diretoria Regional de Saúde (DRS-X), por meio de um convênio com a instituição privada e a Secretaria de Estado da Saúde (SES), para a prestação dos serviços hospitalares psiquiátricos realizados pela instituição. A regulação das vagas é através da CROSS (Central de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde).

A assistência hospitalar do Hospital Casa de Saúde Bezerra de Menezes é realizada através da disponibilização de leitos especializados que pode ser verificado na **Tabela 77** com a quantidade de leitos e a tipologia de cada um.

Tabela 77 – Leitos Hospitalares da Casa de Saúde Bezerra de Menezes por especialidade (SUS e não-SUS) (CNES 2025).

Leitos por Especialidade	SUS	Não SUS	TOTAL
Psiquiatria	92	58	150
Total	92	58	150

FONTE: MS/CGIAP/DESF/SAPS (CNES 2025).ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

H. Laboratório Municipal de Análises Clínicas

Em junho de 2012, foi inaugurado o primeiro Laboratório Municipal de Análises Clínicas próprio do município de Rio Claro. Inicialmente, o laboratório foi instalado na Rua 10, entre a Avenida 19 e a Via da Saudade, ao lado do Instituto Adolfo Lutz (IAL) (gestão estadual).

Com o objetivo de ampliar a oferta de exames programados da atenção básica e especializada, reduzir o tempo de agendamento para até 7 (sete) dias, após a solicitação médica, garantir a liberação de resultados em até 24 (vinte e quatro) horas e direcionar os esforços do Laboratório Municipal para os atendimentos de urgência e emergência (UPAs), a Fundação Municipal de Saúde credenciou, por meio do Consórcio CISMETRO, o Laboratório São Lucas de Análises Clínicas. A proposta visava descentralizar a realização dos exames programados das unidades de saúde.

Em fevereiro de 2024, tiveram início as obras no prédio original do Laboratório Municipal de Análises Clínicas. Com isso, os profissionais e as atividades laboratoriais foram transferidas para um novo espaço dentro da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Jardim Chervezon.

Após avaliação da gestão municipal, foi identificada a necessidade de ceder o espaço físico anteriormente ocupado pelo Laboratório Municipal à Vigilância Epidemiológica, por diversos fatores técnicos e operacionais. Assim, foi definida a transferência definitiva do Laboratório Municipal para a UPA “Jardim Chervezon” e, o prédio antigo, passará por reformas para abrigar a Vigilância Epidemiológica.

1. Laboratório Municipal

Atualmente, o Laboratório Municipal de Análises Clínicas é responsável por todos os exames laboratoriais necessários para diagnóstico e definição de conduta nas unidades de urgência e emergência do município, com tempo de liberação dos resultados em até duas horas. Em 2024, foi incluído no portfólio de exames o teste de troponina quantitativa, que auxilia no diagnóstico precoce do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), fortalecendo a assistência em situações críticas. A estrutura laboratorial conta com equipamentos de ponta disponíveis no mercado, garantindo maior precisão, agilidade e segurança nos resultados.

2. Laboratório Credenciado via CISMETRO

O Laboratório São Lucas, credenciado por meio do Consórcio CISMETRO, é responsável pela realização dos exames programados das unidades de saúde do município. São contemplados todos os exames previstos na **Tabela SIGTAP** (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS), conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. O fluxo de realização dos exames ocorre por meio de coletas programadas nas Unidades de Saúde (USF, UBS, SEPA e SAD).

O laboratório de apoio realiza a entrega dos insumos em até 48 horas antes das coletas agendadas. Após a coleta, o transporte das amostras até o laboratório é feito pelo próprio prestador.

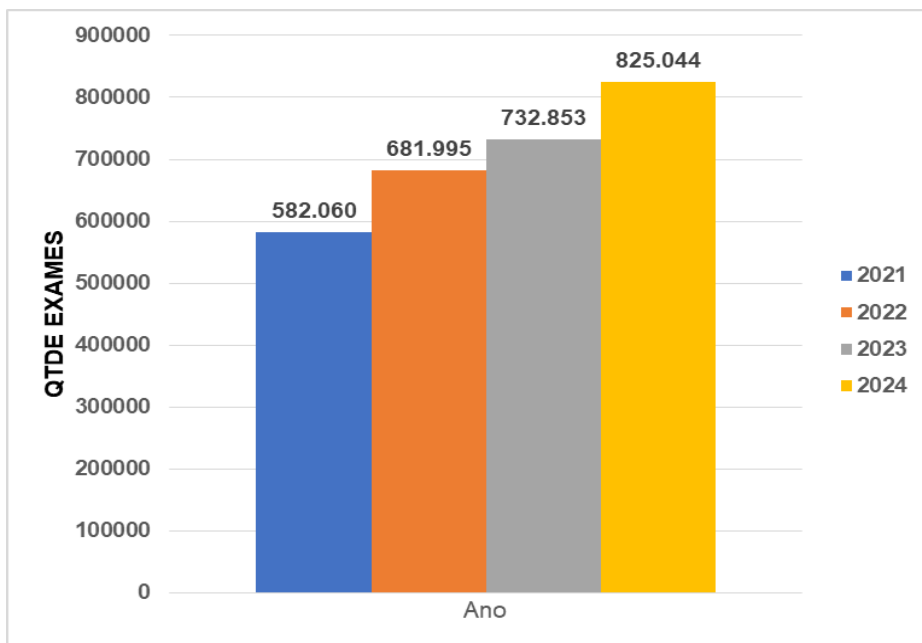
Além disso, foi implantada a possibilidade de coleta de exames por demanda espontânea diretamente nas unidades de saúde, no momento da consulta médica, sem a necessidade de horários rígidos, o que antes era inviável devido à limitação de recursos. Isso representa um avanço significativo na agilidade e no acesso ao diagnóstico.

Outro avanço importante foi a descentralização do exame de gasometria, anteriormente disponível apenas nas UPAs. Atualmente, esse exame também é ofertado diretamente nas unidades de saúde, ampliando o acesso a exames críticos para avaliação de pacientes com alterações respiratórias e metabólicas.

3. Produção de Exames laboratoriais no Município

A produção de exames laboratoriais em toda a rede de saúde do município vem crescendo de forma significativa ao longo dos últimos anos, como pode ser observado na quantidade de exames realizados e disponibilizados à população. O volume de exames saltou de cerca de 580 mil em 2021 para mais de 820 mil em 2024, representando um crescimento superior a 41%. No Gráfico 42, a seguir, é possível observar a quantidade de exames laboratoriais realizados em cada ano.

Gráfico 42 - Número de exames laboratoriais realizados no município por ano, considerando a quantidade total de exames laboratoriais (Laboratório próprio e Laboratório credenciado).



Em 2024, a produção ficou assim distribuída:

- Laboratório São Lucas (credenciado) – 556.694 exames
- Laboratório Municipal – 268.350 exames

I. Vigilância em Saúde

A expressão “vigilância em saúde” remete, inicialmente, à palavra “vigiar”. Sua origem, do latim *vigilare*, significa, de acordo com o Dicionário Aurélio: observar atentamente, estar atento, estar de sentinela, procurar, campear, cuidar, precaver-se e acautelar-se.

Atualmente o conceito de vigilância em saúde está expresso na **Portaria de Consolidação nº 04 de 03/10/2017** no Anexo III Capítulo I:

“Art. 2º A Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 2º)”.

Ainda na mesma **Portaria de Consolidação nº 04 de 03/10/2017** é estabelecido o seguinte como competência do município na Seção III:

“Art. 11. Compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal dos *Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde* e de *Vigilância Sanitária*, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo:

I - ações de *vigilância*, prevenção e controle das doenças transmissíveis, a vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde, gestão de sistemas de informação de *vigilância em saúde* em âmbito municipal que possibilitam análises de situação de saúde, as ações de *vigilância da saúde do trabalhador*, ações de promoção em saúde e o *controle dos riscos inerentes aos produtos e serviços de interesse a saúde*” (PRT MS/GM 1378/2013)(grifo é nosso).

A importância da Vigilância em Saúde está na Constituição Federal, em seu Artigo 200, onde mencionam as competências do SUS. Portanto, apesar de não estar expressa textualmente na Constituição Federal o termo “**vigilância em saúde**”, na prática, estão descritas as atribuições do SUS relacionadas às vigilâncias, entre elas citadas nominalmente, a **vigilância epidemiológica, sanitária** e de **saúde do trabalhador**.

A emergência em saúde pública com a COVID-19, assim como a possibilidade do surgimento de novas doenças transmissíveis, modificações nos padrões habituais de doenças existentes e a ampliação da importância das doenças e dos agravos não transmissíveis, apontam para a necessidade de um trabalho mais articulado com toda a rede de saúde, mais ativo e menos passivo (no sentido de recebimento somente da notificação), para o desencadeamento efetivo e rápido de ações. E, mesmo nesse processo de desencadeamento de ações, é notório a ausência de iniciativas nesse sentido.

Há necessidade de estabelecer novas estratégias para o efetivo enfrentamento das emergências de saúde pública, o que exigirá maior estruturação e capacitação da rede de saúde como um todo, de modo que esta possa realizar ações de vigilância em saúde e tenha capacidade de detectar, analisar e iniciar investigações. Assim, o setor central de Vigilância em Saúde (VS) poderá responder de forma mais rápida e eficiente a possíveis emergências, prevenindo maiores impactos tanto no município quanto na organização do próprio sistema de saúde.

Importante destacar que a Vigilância em Saúde (VS) é um setor da Fundação Municipal de Saúde (atualmente organizada como diretoria); contudo, a realização da vigilância em saúde deve ocorrer em toda a rede de saúde, envolvendo todos os serviços. Na prática, o departamento de Vigilância em Saúde centraliza esse processo de trabalho, mas ele deveria — e deve — ser desenvolvido em toda a rede, sendo posteriormente consolidado e sistematizado pelo órgão central de vigilância da FMSRC.

De forma efetiva, toda a população do município está sob responsabilidade da Vigilância em Saúde, assim como as pessoas que circulam pela cidade oriundas de outros locais para trabalhar, estudar, passear ou por outras necessidades. A circulação de doenças, a exposição e todos os fatores de risco à saúde pública devem ser objeto constante de atenção da Vigilância em Saúde; por isso, é fundamental a capilarização das ações de VS em toda a rede, articuladas com a estrutura central.

Na estrutura atual da Fundação Municipal de Saúde, na Diretoria de Vigilância em Saúde, encontram-se as vigilâncias (Artigo 35 da Lei Municipal Complementar nº 145 de 12/05/2020):

- A. Vigilância Epidemiológica, incluindo a seção de imunização;
- B. Vigilância Sanitária, incluindo a seção de vigilância ambiental;
- C. Vigilância em Saúde do Trabalhador – CEREST;
- D. Controle de Zoonoses, incluindo a Seção de Combate às Endemias.

1. Vigilância Epidemiológica (VE)

O Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), definindo, em seu texto legal (Lei nº 8.080/90), a vigilância epidemiológica como *“um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”* (BRASIL, 2009).

Além de ampliar o conceito, as ações de vigilância epidemiológica passaram a ser operacionalizadas num contexto de profunda reorganização do sistema de saúde brasileiro, caracterizada pela descentralização de responsabilidades, pela universalidade, integralidade e equidade na prestação de serviços (BRASIL, 2009).

No âmbito do nosso município, a Vigilância Epidemiológica (VE) é o serviço responsável por um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou antecipação de qualquer mudança nos fatores de saúde individual ou coletiva, com objetivo de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. A VE também possui equipe formada para atuar nos setores de imunização, controle de doenças e banco de dados. No setor de imunização, a VE é responsável pela programação, guarda e dispensação dos imunobiológicos e materiais correlatos necessários às unidades de saúde e se responsabiliza pela realização de campanhas, orientação, treinamento e capacitação das equipes.

A Vigilância Epidemiológica (VE) foi criada no município em 1990 na Lei Orgânica do Município dentro da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde. No âmbito da Fundação Municipal de Saúde, atualmente, a Vigilância Epidemiológica é uma Divisão da Diretoria de Vigilância em Saúde.

a) Imunização

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi regulamentado pela Lei Federal nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, e pelo Decreto nº 78.321, de 12 de agosto de 1976, que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE). O PNI organiza toda a Política Nacional de Vacinação da população brasileira e tem como missão o controle, a erradicação e a eliminação de doenças imunopreveníveis. É considerado uma das principais e mais relevantes intervenções em saúde pública no Brasil, em especial pelo importante impacto obtido na redução de doenças nas últimas décadas (BRASIL, 2014).

As vacinas permitem a prevenção, o controle, a eliminação e a erradicação das doenças imunopreveníveis, assim como a redução da morbimortalidade por certos agravos, sendo uma intervenção altamente custo-efetiva. A administração de imunobiológico confere imunização ativa ou passiva ao indivíduo. Para que este processo se dê em sua plenitude e com segurança, as atividades de imunização devem ser cercadas de cuidados, adotando-se procedimentos adequados antes, durante e após a administração dos imunobiológicos (BRASIL, 2014).

A vacinação desempenha um papel fundamental para a saúde pública. Nesse sentido, a Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU estabeleceu, entre suas metas, **a de número 3.8: “Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção contra riscos financeiros, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais, seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos”** (ONU, 2015).

O setor de imunização da Vigilância Epidemiológica trabalha com orientação, triagem, solicitação, dispensação e acompanhamento rigoroso até a conclusão do esquema vacinal. Outra ação importante da VE é o monitoramento dos eventos adversos quando os pacientes apresentam reações após recebimento da vacina, sendo cada caso estudado detalhadamente e encaminhado para avaliação médica.

Os anos de 2020 e 2021 foram bastante atípicos devido à pandemia do novo coronavírus. No entanto, mesmo em períodos anteriores, sem a pandemia, os percentuais de cobertura vacinal já se apresentavam abaixo das metas estabelecidas, que em geral são superiores a 90%. Os percentuais apresentados nas **tabelas** a seguir correspondem aos registrados no SIPNI e no banco de dados da Vigilância Epidemiológica local.

A OMS incluiu entre os dez maiores riscos à saúde global, os movimentos denominados de “antivacinação”. De acordo com a OMS, os movimentos antivacina são tão perigosos quanto os vírus que estão circulando no mundo e ameaçam reverter o progresso alcançado no combate a doenças evitáveis por vacinação, como, por exemplo, o sarampo e a poliomielite. A vacinação é uma das formas mais eficientes, em termos de custo e benefício, para evitar doenças. E, segundo a OMS, evita de 2 a 3 milhões de mortes por ano no mundo e outro 1,5 milhão poderia ser evitado se a cobertura vacinal fosse melhorada (SBMT, 2019). Mesmo com toda a emergência em saúde pública no ano de 2020, temos relatos da existência de movimentos “antivacina” em relação à COVID-19.

Quando as taxas de vacinação caem, aumenta o risco de doenças preveníveis por vacinas. Isso compromete a chamada “imunidade de rebanho”, colocando em risco não apenas os indivíduos não vacinados, mas também todas as pessoas que não podem receber vacinas por razões médicas. É essencial promover a conscientização sobre a importância da vacinação e garantir o acesso adequado a ela para proteger a saúde coletiva.

A seguir apresentamos as **Tabelas 78 a 81** com o percentual de cobertura vacinal e relacionado com a faixa etária (idade relacionada) e a respectiva vacinação.

Tabela 78 - Percentual de vacinados no nascimento, no município de Rio Claro no período de 2023 a 2025 (até maio).

Vacina	2023	2024	2025
BCG	82,37	94,78	93,07
Hepatite B	81,94	94,50	92,65

FONTE:

[HTTPS://INFOMS.SAUDE.GOV.BR/EXTENSIONS/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA.HTML](https://infoms.saude.gov.br/extensions/seidigi_demais_vacinacao_calendario_nacional_cobertura_residencia/seidigi_demais_vacinacao_calendario_nacional_cobertura_residencia.html). DADOS DE 2025 ATÉ MAIO DE 2025. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Tabela 79 - Percentual de vacinados menores de 1 ano, no município de Rio Claro no período de 2023 a 2025 (até maio).

Vacina	2023	2024	2025
Hepatite B	95,95	101,91	88,03
DTP	96,28	102,70	89,08
FA	80,37	73,78	88,66
VIP	96,86	102,86	87,18
PNM 10	99,19	101,12	93,49
Meningo C	94,28	96,97	97,90
Pentavalente	96,05	102,70	89,90
Rotavírus	97,52	99,61	89,71
COVID-19	-	6,46	1,89

FONTE:

HTTPS://INFOMS.SAUDE.GOV.BR/EXTENSIONS/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA.HTML. DADOS DE 2025 ATÉ MAIO DE 2025. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Tabela 80 - Percentual de vacinados maiores de 1 ano, no município de Rio Claro no período de 2023 a 2025 (até maio).

VACINA	2023	2024	2025
Hepatite A	89,47	100,60	97,48
DTP (1º Ref)	90,57	105,39	90,34
TV (1º Dose)	91,52	113,64	101,26
TV (2º Dose)	82,47	100,62	80,46
PNM 10	68,56	108,14	104,20
VIP (Ref)	88,14	98,65	99,58
Varicela	69,75	102,92	74,37
Meningo C	90,04	103,59	110,29

FONTE:

HTTPS://INFOMS.SAUDE.GOV.BR/EXTENSIONS/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA.HTML. DADOS DE 2025 ATÉ MAIO DE 2025. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Tabela 81 - Percentual de vacinados adultos (gestantes), no município de Rio Claro no período de 2023 a 2025 (até maio).

VACINA	2023	2024	2025
DTPa (Gestantes)	63,94	95,68	90,76

FONTE:

[HTTPS://INFOMS.SAUDE.GOV.BR/EXTENSIONS/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA.HTML](https://infoms.saude.gov.br/extensions/seidigi_demais_vacinacao_calendario_nacional_cobertura_residencia/seidigi_demais_vacinacao_calendario_nacional_cobertura_residencia.html). DADOS DE 2025 ATÉ MAIO DE 2025. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

O município participa de todas as campanhas propostas pelo Ministério da Saúde e também pelo Plano Estadual de Imunização, com muito empenho e dedicação. Além disso, está sempre buscando atender as necessidades da população local, intensificando vacinação em locais estratégicos, em locais com vulnerabilidade, em empresas, escolas, comércios e outros. Realizamos uma busca ativa efetiva, convocando os responsáveis sempre que houver atraso na vacinação.

2. Vigilância Sanitária (VISA)

O Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), definindo, em seu texto legal (Lei nº 8.080/90), a vigilância sanitária como “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - O controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - O controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde”.

E, atualmente o que se entende por vigilância sanitária está expresso na Portaria de Consolidação nº 04 de 03/10/2017 no Anexo VI Capítulo I:

“Art. 3º Entende-se por vigilância sanitária o conjunto de ações capaz de:

I - Eliminar, diminuir ou prevenir riscos e agravos à saúde do indivíduo e da coletividade;

II - Intervir nos problemas sanitários decorrentes da produção, distribuição, comercialização e uso de bens de capital e consumo, e da prestação de serviços de interesse da saúde; e

III - Exercer fiscalização e controle sobre o meio ambiente e os fatores que interferem na sua qualidade, abrangendo os processos e ambientes de trabalho, a habitação e lazer” (Origem: PRT MS/GM 1565/1994).

A Vigilância Sanitária (VS) foi criada, formalmente, no município em 1990 na Lei Orgânica do Município dentro da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde. E em 1998 a VISA foi estruturada enquanto órgão municipal de fiscalização, com poder administrativo, a partir da Lei Municipal nº 2949 de 11/03/1998.

No âmbito da Fundação Municipal de Saúde, atualmente, a Vigilância Sanitária é uma divisão da Diretoria de Vigilância em Saúde.

As ações da Vigilância Sanitária (VISA) são pautadas na promoção e prevenção da saúde da população, com ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Baseado nisso, a Vigilância Sanitária atua principalmente junto aos estabelecimentos, realizando inspeções sanitárias seja por solicitação da própria empresa ou pelo recebimento de denúncias.

A VISA realiza todos os 7 grupos de ações identificadas como **ações essenciais à atuação da vigilância sanitária local**, quais sejam: (i) cadastro de estabelecimentos sujeitos à Visa; (ii) inspeção em estabelecimentos sujeitos à Visa; (iii) atividades educativas para população; (iv) atividades educativas para o setor regulado; (v) recebimento de denúncias; (vi) atendimento de denúncias; e (vii) instauração de processo administrativo sanitário. A execução dessas ações contribui para a redução dos riscos e agravos à saúde, fortalecendo a promoção e proteção da saúde da população.

A Equipe Municipal da Vigilância Sanitária encontra-se devidamente investida da função fiscalizadora, atuando como autoridade sanitária. Seus membros são designados e credenciados semestralmente por portaria do Presidente da Fundação Municipal de Saúde, conforme prevê a legislação municipal.

As autoridades Sanitárias possuem credencial de identificação fiscal em conformidade com o Código Sanitário Estadual (Lei Estadual n. 10.083/98).

O corpo técnico da Vigilância Sanitária (VISA) atualmente é composto por: Fiscais de Vigilância Sanitária de nível superior, Técnicos de nível superior (02 Dentistas, 2 Físicos, 01 Biólogo, 02 Engenheiras Ambientais, 03 Enfermeiras, e 02 Farmacêuticas, 02 Nutricionistas), Técnica de nutrição, Agentes administrativos, Chefes de Seção de Fiscalização e Administrativo, e 01 Chefe de Divisão. Todos os profissionais lotados na VISA desenvolvem as atividades relacionadas com as atribuições da unidade de vigilância.

3. Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) – CEREST

O Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou a Saúde do Trabalhador (ST), definindo, em seu texto legal (Lei nº 8.080/90), a saúde do trabalhador como *“um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:*

I - Assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - Participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - Participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - Avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - Informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - Participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - Revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - A garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores”.

Mas, antes mesmo do SUS, no Estado de São Paulo iniciou-se a implantação pioneira da Saúde do Trabalhador, Lacaz (2007) revela isso ao mencionar que:

“(....) A assessoria técnica do DIESAT junto ao Sindicato dos Trabalhadores Químicos e Petroquímicos do ABCD teve relevante papel na superação do assistencialismo, contribuindo para que o sindicato propusesse, no ano de 1984, à Secretaria de Estado da Saúde (SES), o Programa de Saúde do Trabalhador Químico do ABC, experiência pioneira com efetiva participação sindical em sua gestão. O envolvimento da rede de saúde pública amplia-se, concretizando-se nos Programas de Saúde do Trabalhador (PST) criados na rede da SES de São Paulo (posteriormente em outros Estados) e implantados em várias regiões do estado a partir de 1985, em resposta à demanda do movimento sindical. Seu nome alia-se aos pressupostos que sustentam sua atuação. Tais pressupostos previam aspectos depois incorporados pelo SUS (...)” (LACAZ, 2007, p.5).

Em Rio Claro, a Saúde do Trabalhador (ST) foi criada formalmente em 1990, por meio da Lei Orgânica do Município, integrando a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde. Sua implementação ocorreu através do Programa de Saúde do Trabalhador (PST), em paralelo ao processo de municipalização da saúde e à efetivação do SUS. Em Rio Claro o PST teve sua localização física dentro de uma unidade de saúde. Sua localização inicial foi no então Centro de Saúde da Rua 10, local que já abrigou o Laboratório Municipal e que hoje abriga a Vigilância Epidemiológica.

Em 1998, no âmbito nacional, foi publicada a **Instrução Normativa da Vigilância em Saúde do Trabalhador**, pela Portaria GM/MS nº 3120/1998, que continua vigente e deu bases para a criação, em 2002, da **RENAST** (Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador), institucionalizada e criada pelo Ministério da Saúde, através de Portaria do Ministério da Saúde - Portaria GM/MS nº 1679, de 19/09/2002.

Com esse acúmulo de conhecimentos e de práticas em Saúde do Trabalhador, através do PST, originou-se o CEREST Regional Rio Claro, habilitado através da Portaria MS/SAS nº 250, de 29/08/2003 publicado no DOU em 01/09/2003.

A área de abrangência do CEREST Regional Rio Claro foi definida a partir da divisão da área da DRS-X (antiga DIR XV) entre o CEREST Regional Piracicaba e o de Rio Claro. Na Figura 07, é possível visualizar o mapa da abrangência da regional da DRS-X, a divisão entre as cidades atendidas pelos dois CEREST habilitados, e a importância da criação do CEREST em nossa cidade. O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Regional – Rio Claro tem em sua área de abrangência os seguintes municípios: 1) Analândia; 2) Araras; 3) Conchal; 4) Corumbataí; 5) Ipeúna; 6) Itirapina; 7) Leme; 8) Pirassununga; 9) Santa Cruz da Conceição; 10) Santa Gertrudes e a sede Rio Claro.

Figura 07 – Municípios da área de abrangência do CEREST Regional Rio Claro e CEREST Regional Piracicaba.



Em 2009, através da Lei Municipal nº 4.005, de 15/12/2009 o Centro de Referência Regional de Saúde do Trabalhador do município de Rio Claro foi denominado “**Vicente Prado**”.

A formalização dos instrumentos relacionados à área de saúde do trabalhador se consolidou através da implantação do instrumento chamado **RAAT - Relatório de Atendimento ao Acidentado do Trabalho**, num primeiro momento, através de Decreto do Poder Executivo em 2009 e, posteriormente formalizado através da Lei Municipal nº 4504, de 24/05/2013 do município de Rio Claro.

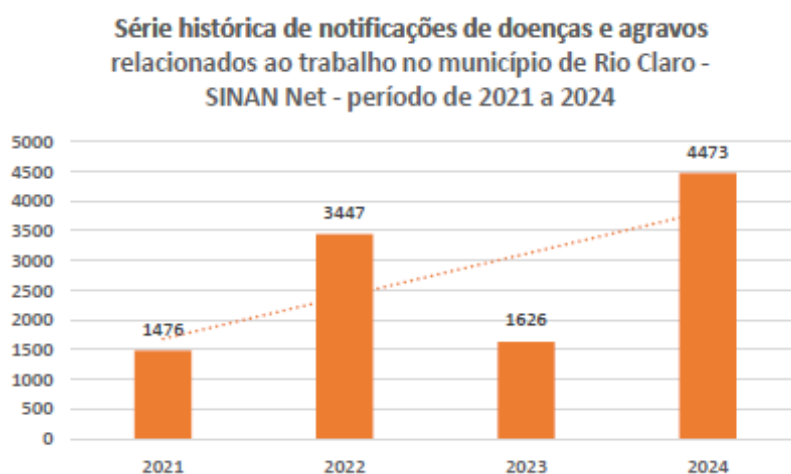
Evidentemente, o CEREST Regional Rio Claro iniciou o processo de levar essa experiência para os demais municípios. Ainda hoje, nem todos os municípios possuem legislação avançada nesse sentido, e muitos não conseguem reconhecer a importância da Saúde do Trabalhador no âmbito de seus sistemas de saúde locais, compreendendo de forma equivocada seu papel e deixando de incorporar as ações de Saúde do Trabalhador em toda a rede de saúde.

A referida Lei Municipal nº 4504/2013 é um marco importante para a saúde do trabalhador no município, pois dispõe sobre a notificação obrigatória de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais por meio do Relatório de Atendimento ao Acidentado do Trabalho – RAAT e dá outras providências.

No âmbito da Fundação Municipal de Saúde, a Vigilância em Saúde do Trabalhador – CEREST passou, atualmente, de uma seção da Vigilância Sanitária dentro da Diretoria de Vigilância em Saúde para uma Divisão de Saúde do Trabalhador. Essa mudança ocorreu em função da reavaliação realizada, considerando a importância da vigilância em saúde do trabalhador na estrutura da FMSRC e o fato de se tratar de um serviço de abrangência regional.

No período de 2021-2024 foram notificadas 11.022 (onze mil e vinte e dois) Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (DARTs), conforme se pode observar no **Gráfico a seguir (Gráfico 43)** ano a ano.

Gráfico 43 – Série histórica de notificações de DART's no município de Rio Claro – SINAN Net – período de 2021 a 2024.



FONTE: SINAN NET. DOENÇAS E AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO (DARTS). ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Das notificações de DARTs, o agravo mais registrado no município de Rio Claro foi o Acidente de Trabalho, com 10.177 notificações, seguido de Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico e Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares.

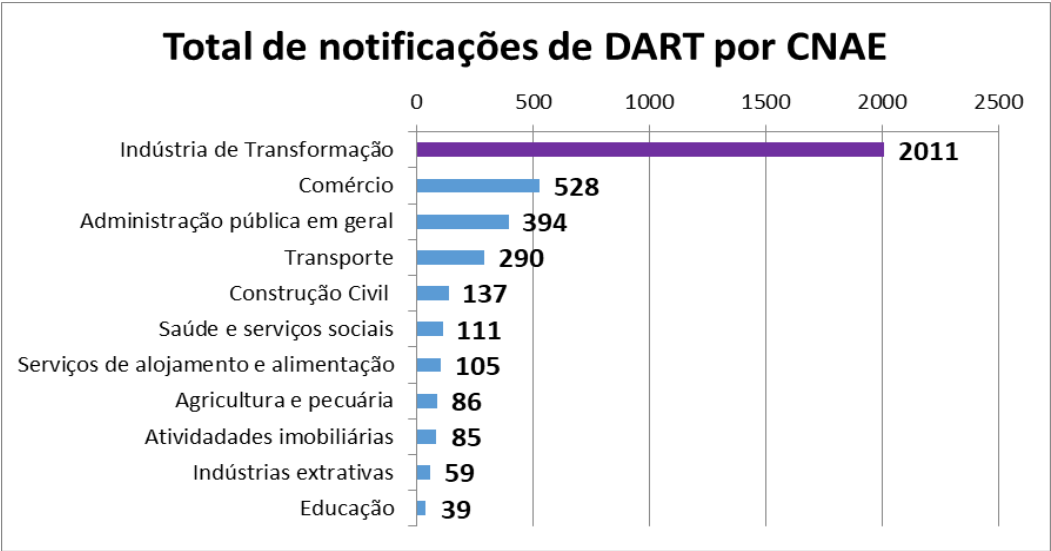
Em relação aos Indicadores de Vigilância em Saúde do Trabalhador, a partir da análise dos dados do SINAN, tem-se que o município de Rio Claro realizou 92,4% de preenchimento qualificado do campo ocupação e 96,8% do campo atividade econômica

(CNAE) nas notificações de DARTs, conforme preconizado nos indicadores de Saúde do Trabalhador do Plano Nacional de Saúde (PNS).

No perfil de morbidade, a predominância de adoecimentos no município de Rio Claro é de homens (em torno de 68%) inseridos na indústria de transformação, sendo os alimentadores de linha produção e os ceramistas os que mais adoecem.

A faixa etária de maior ocorrência dos processos de adoecimento relacionados ao trabalho estão entre 20 e 29 anos e 30 a 39 anos. A seguir, **Gráfico** com as atividades econômicas mais recorrentes de adoecimentos (**Gráfico 44**) seguido de **Gráfico** com as suas ocupações (**Gráfico 45**).

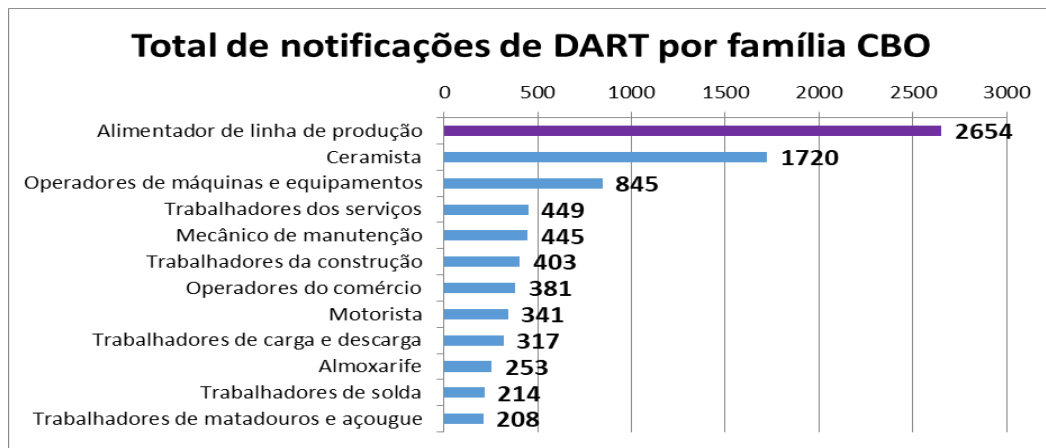
Gráfico 44 – Total de Notificações de DART’s por CNAE no município de Rio Claro. Período: 2021 a 2024.



FONTE: SINAN NET.ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Gráfico 45 – Total de Notificações de DART’s por CBO no município de Rio Claro.

Período: 2021 a 2024.



FONTE: SINAN NET. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Os agravos e doenças relacionados ao trabalho são relevantes problemas de saúde pública no Brasil, incluindo em nosso município, e constituem objeto de atuação da VISAT no Sistema Único de Saúde (SUS). A VISAT atua como eixo fundamental da promoção da saúde no ambiente de trabalho e prevenção de agravos e doenças. Para que seja efetiva e atue oportunamente, é necessário que haja dados sobre a real situação de saúde dos trabalhadores(as), assim é possível subsidiar ações, estratégias e aperfeiçoar políticas de públicas nesta área.

Pois, a vigilância dos ambientes e dos processos de trabalho é uma das ações de saúde do trabalhador com vistas a identificar os fatores e as situações de risco para doenças e agravos relacionados ao trabalho aos quais os trabalhadores podem estar expostos ao executar suas atividades laborais (BRASIL, 2017).

Nesse último quadriênio, o CEREST Regional Rio Claro realizou algumas ações e atividades, entre as quais, destaca-se o recebimento de pontuação satisfatória pelo Ministério da Saúde relacionado ao ano de 2021, revelando que o CEREST tem pontuações em todos os quesitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Essa pontuação atesta o serviço de qualidade prestado à população trabalhadora de Rio Claro e das cidades de referência que fazem parte da área de abrangência de atendimento do CEREST.

Outros projetos realizados neste último quadriênio, que merecem destaque, incluem a ampliação das ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde, a implementação do fluxo de atenção integral à saúde dos trabalhadores expostos ao amianto e a capacitação de novos instrutores de Lian Gong em 18 Terapias — prática

corporal chinesa baseada na Medicina Tradicional Chinesa que utiliza exercícios físicos para tratar e prevenir dores e problemas osteomusculares.

4. Centro de Controle de Zoonoses (CCZ)

O Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) foi criado em 1997 no município de Rio Claro.

As atribuições do CCZ passaram por mudanças ao longo dos anos, mas atualmente há uma clara distinção entre as ações ligadas à proteção e bem-estar animal e aquelas ligadas às ações de prevenção e controle de zoonoses. As ações ligadas à proteção e bem estar animal estão atualmente ligadas à Secretaria do Meio Ambiente, enquanto que as ações ligadas à prevenção e controle de zoonoses permaneceram ligadas à Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro e, diretamente, ao CCZ.

O Ministério da Saúde definiu as atribuições dos Centros de Controle de Zoonoses por meio da Portaria MS/GM nº 1.138, de 23 de maio de 2014. Em 2016, foi lançado o “Manual de Vigilância, Prevenção e Controle de Zoonoses: normas técnicas e operacionais”, também pelo Ministério da Saúde. Com a Portaria e o Manual técnico, regulamentaram-se as atribuições dessas unidades, que até então apresentavam diversas sobreposições de funções.

Atualmente o CCZ é classificado como Unidade de Vigilância de Zoonoses (UVZ), conforme definições dos tipos e classificações de unidade de saúde, através da Portaria MS/SAS nº 758, de 26/08/2014, no SCNES.

Relacionaremos as atribuições gerais do CCZ no âmbito do município, conforme a legislação mencionada com o desenvolvimento de diversas ações e programas, entre eles, destacam-se os seguintes:

- a) Programa de Prevenção e Controle da Leptospirose - através da orientação e aplicação de raticida em residências e bueiros/bocas de lobo da cidade quando necessário;
- b) Controle da LVA – através das atividades de busca ativa do mosquito transmissor da doença, *Lutzomia longipalpis*, com montagem de armadilhas em locais propícios para sua propagação, buscas ativas em cães uma vez que estes além de poderem desenvolver a doença, também são transmissores intermediários da mesma;
- c) c) Controle das Arboviroses – por meio de ações de prevenção e controle do vetor, incluindo visitas a imóveis em pontos estratégicos e imóveis especiais,

com remoção de criadouros e aplicação de larvicida e adulticida quando necessário. Realiza-se também a Avaliação de Densidade Larvária, que consiste na estimativa dos níveis de infestação em determinada área. Cabe, ainda, a esta unidade intermediar ações intersetoriais e intersecretariais, bem como promover trabalhos educativos por meio de palestras, sempre com o objetivo de prevenir e combater as doenças relacionadas às arboviroses.

- d) Controle da Raiva - ações de prevenção, controle e vigilância da raiva, através de medidas preconizadas pelo Instituto Pasteur.

O aspecto mais relevante a ser destacado é que o CCZ deve concentrar-se nas ações que constituem suas atribuições, definidas pelo Ministério da Saúde, e que são de relevância para a saúde pública, não podendo ser relegadas a um segundo plano em favor de outras atividades que devem ser executadas por outros órgãos da administração pública, fora do âmbito da saúde pública.

É importante deixar bem claro que as duas áreas – controle e proteção (bem-estar) animal – devem estabelecer mecanismos de cooperação mútua, a fim de alcançar seus objetivos, aprimorando a qualidade de vida dos cidadãos que exercerão sua cidadania através de comportamentos de posse responsável, sendo que o gerenciamento do controle de zoonoses é competência legal do CCZ definido como UVZ.

1.3.2. Produção Hospitalar

O componente hospitalar exerce um papel importante na rede assistencial à saúde, capaz de agrupar serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade prestados pelo SUS. Pela sua relevância, a área de assistência hospitalar também possui grande valor social e ainda concentra a maior parte dos gastos na saúde no Brasil e, também no nosso município, como se pode observar nos relatórios de prestação de contas da própria Fundação Municipal de Saúde.

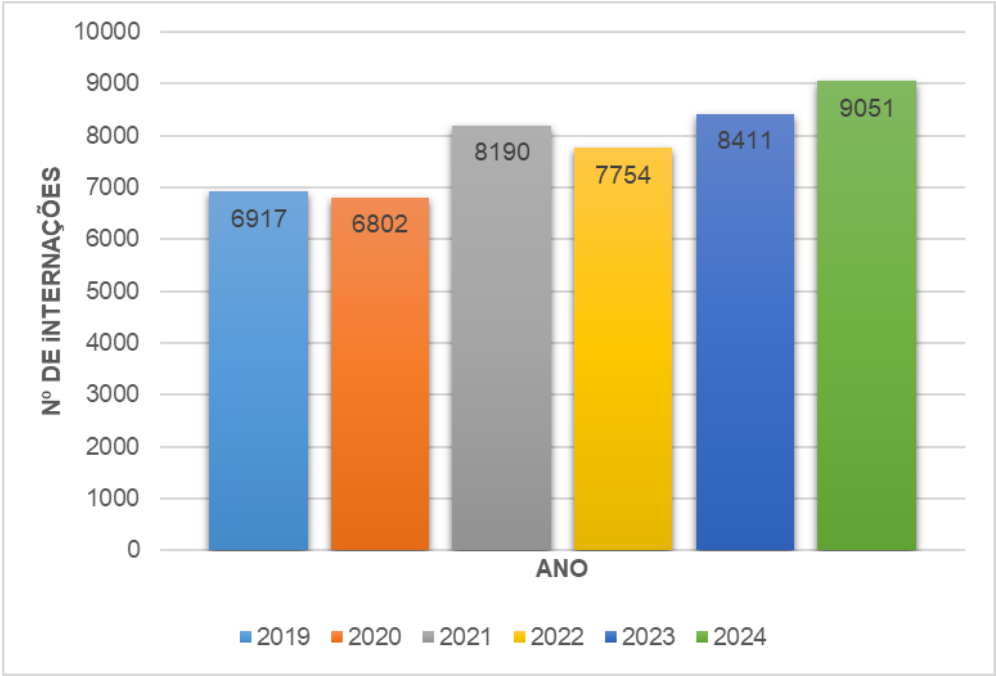
Outro aspecto relevante é definido pelo Ministério da Saúde e refere-se ao indicador **“taxa de leitos por mil habitantes”** e segundo o Ministério da Saúde, a taxa ideal de leitos fica entre 2,5 e 3 leitos para cada mil habitantes (Portaria GM/MS n. 1.101/2002, revogada pela Portaria GM/MS n. 1.631/2015, que foi revogada pela Portaria de Consolidação n.01/17). O índice preconizado pela OMS é de 3 a 5 leitos para cada mil habitantes, e a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), formada pelos países mais desenvolvidos, recomenda 4,7 leitos para cada mil habitantes, dado divulgado no Panorama de Saúde 2017 da OCDE.

O indicador **“taxa de leitos por mil habitantes”** é um indicador estático, por outro lado, o indicador **“número total de internações”** já fornece a dimensão do volume de atendimentos hospitalares no período analisado, e assim, possibilita saber a quantidade de procedimentos realizados através da análise desses dados quantitativos. As estatísticas hospitalares são fundamentais para as atividades de planejamento e avaliação da utilização de serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002).

Na produção hospitalar serão apresentadas as quantidades de internações no município de Rio Claro pelo SUS, não considerando as internações particulares nem o hospital de gestão estadual. Destacamos ainda que será apresentada a produção hospitalar até 2024, mas os dados desse ano ainda estão em consolidação; portanto, podem sofrer alguma variação posteriormente, mas refletirão um cenário para análise.

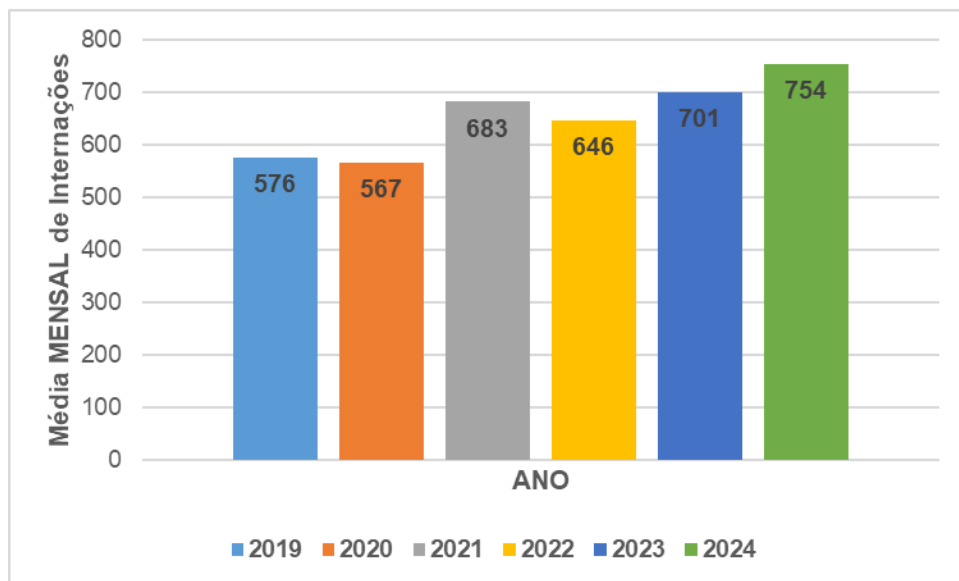
Nos **Gráficos 46 e 47** poderemos ver a quantidade de internações hospitalares no hospital que presta serviços ao SUS que é de gestão municipal; nessa quantidade estão excluídos os dados relacionados ao hospital Casa de Saúde Bezerra de Menezes por se tratar de gestão estadual. No **Gráfico 46** podemos verificar a quantidade de internações por ano e no **Gráfico 47** a média mensal por ano de internações.

Gráfico 46 – Total de Internações hospitalares no município de Rio Claro (gestão municipal, excluindo o hospital de gestão estadual) (2019-2024).



FONTE: MS/CGIAP/DESF/SAPS. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Gráfico 47 – Média de Internações hospitalares mensais no município de Rio Claro (gestão municipal, excluindo o hospital de gestão estadual) (2019-2024).



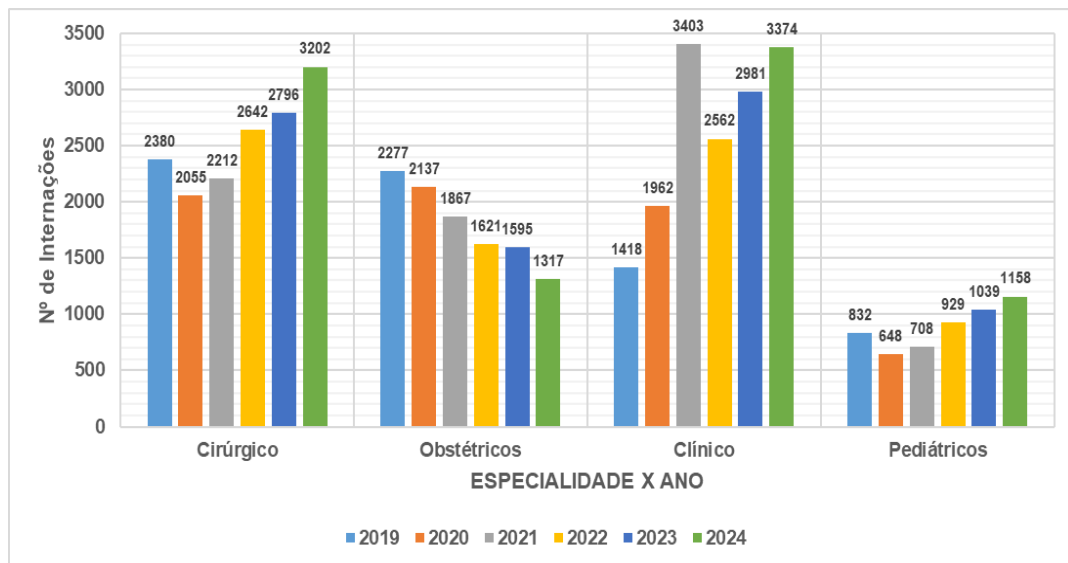
FONTE: MS/CGIAP/DESF/SAPS. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

De 2019 a 2024, observou-se um **comportamento oscilante**, com variações anuais no número total de internações. A média mensal de internações se manteve aquém dos parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde, evidenciando um padrão de subutilização da capacidade instalada ou uma dependência de estruturas regionais para absorção da demanda de maior complexidade.

A produção hospitalar do município de Rio Claro/SP no período de 2019 a 2024 revela um panorama importante para o planejamento da atenção terciária no Sistema Único de Saúde (SUS). Foram consideradas apenas as internações realizadas em unidades hospitalares de **gestão municipal**, desconsiderando os dados da **Casa de Saúde Bezerra de Menezes**, sob gestão estadual, bem como as internações realizadas por meio da saúde suplementar.

No **Gráfico** a seguir (**Gráfico 48**) poderemos ver a quantidade de internações hospitalares por especialidade no hospital que presta serviços ao SUS e que é de gestão municipal, estão excluídos os dados relacionados ao hospital Casa de Saúde Bezerra de Menezes, por se tratar de gestão estadual.

Gráfico 48 – Total de Internações hospitalares por ano e por especialidade, no município de Rio Claro (gestão municipal, excluindo o hospital de gestão estadual) (2019-2024).

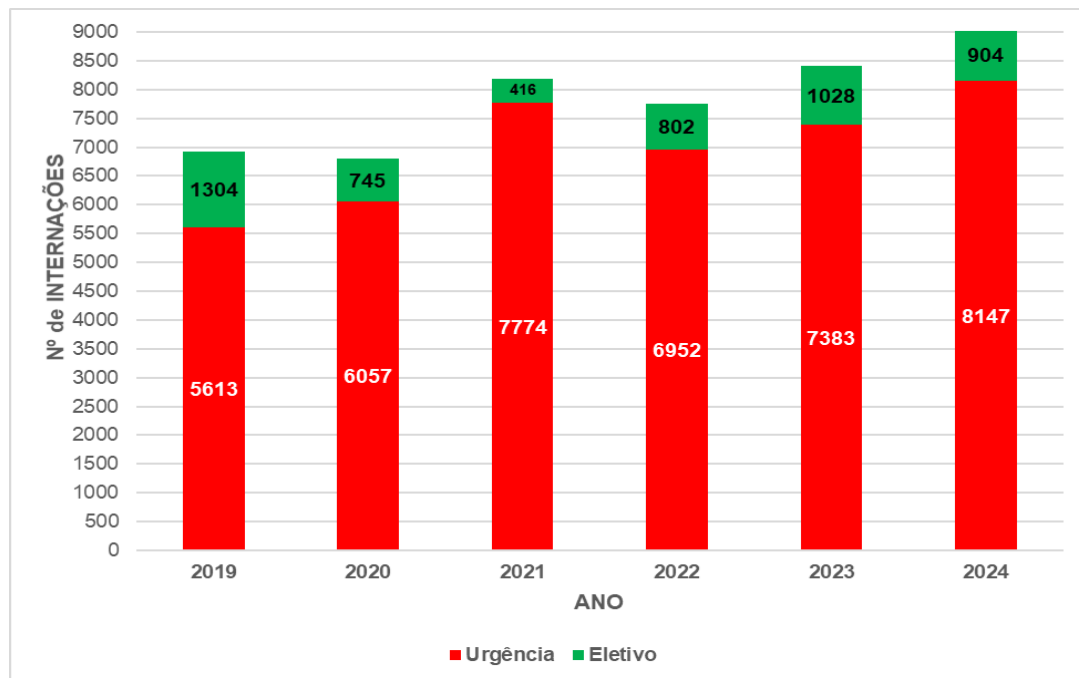


FONTE: MS/CGIAP/DESF/SAPS. ELABORAÇÃO PRÓPRIA

Aqui observaremos a produção hospitalar e a distribuição hospitalar segundo as especialidades ano a ano. Essa análise da distribuição por especialidade é importante para verificar e medir a participação relativa de cada grupo de especialidade no total de internações apresentadas anteriormente.

Essa quantidade revela a disponibilidade de serviços hospitalares na respectiva especialidade, bem como as situações epidemiológica e demográfica das respectivas internações. Conforme apresentado no **Gráfico 48** a maior parte das internações ocorreu nas áreas de **clínica médica, cirurgia geral, obstetrícia e pediatria**, refletindo o perfil epidemiológico da população atendida. A baixa participação de especialidades de alta complexidade, como neurocirurgia e/ou oncologia, corrobora o modelo de regionalização vigente, que delega tais procedimentos a centros de referência fora do município.

Gráfico 49 – Total de Internações hospitalares por ano e por caráter do atendimento, no município de Rio Claro (gestão municipal, excluindo o hospital de gestão estadual) (2019-2024).



FONTE: MS/CGIAP/DESF/SAPS. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

No **Gráfico** anterior (**Gráfico 49**) observaremos a produção hospitalar e a distribuição hospitalar segundo o caráter da internação, eletiva ou de urgência.

O **Gráfico 49** demonstra que as internações de **urgência superaram significativamente as eletivas**, o que pode indicar falhas na atenção primária à saúde, dificuldade de acesso oportuno aos serviços especializados e fragilidade no processo de regulação. Esse padrão é preocupante, pois compromete a capacidade de planejamento e gestão da rede hospitalar.

As internações podem ser eletivas ou de urgência/emergência. A internação eletiva deve ter autorização prévia. Nos atendimentos de urgência/emergência, o internamento do paciente é realizado independentemente de autorização prévia. Nesse caso o laudo da AIH deve ser apresentado para ser autorizado no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis a contar da internação (BRASIL, 2007).

Essa análise da distribuição por caráter da internação é importante para verificar e medir o grau de programação dos serviços de saúde e o não agravamento dos casos e a consequente realização de forma urgente e não programada.

Essa quantidade do caráter da internação revela a disponibilidade de serviços hospitalares e a organização dos serviços e a regulação entre a oferta e demanda, bem como o efetivo acesso dos usuários nos serviços de saúde. É importante destacar que o procedimento cirúrgico eletivo é todo aquele procedimento cirúrgico terapêutico executável em ambiente ambulatorial ou hospitalar, com diagnóstico estabelecido e com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência e que coloque o paciente em risco de vida.

No **Gráfico** anterior (**Gráfico 49**) poderemos ver a quantidade de internações hospitalares por caráter da internação no hospital que presta serviços ao SUS e que é de gestão municipal, estão excluídos os dados relacionados ao hospital Casa de Saúde Bezerra de Menezes, por se tratar de gestão estadual.

No **Gráfico** a seguir (**Gráfico 50**) poderemos ver a quantidade de internações hospitalares por complexidade do procedimento no hospital que presta serviços ao SUS e que é de gestão municipal, estão excluídos os dados relacionados ao hospital Casa de Saúde Bezerra de Menezes, por se tratar de gestão estadual.

O parâmetro, para termos uma base adequada em relação à complexidade da internação, é a média que ocorre no Brasil e em outros países em desenvolvimento é de 6,3 (seis vírgula três) internações de média complexidade para cada 100 (cem) habitantes (BRASIL, 2015).

Na **Tabela** a seguir (**Tabela 82**) observaremos a taxa de internação de média complexidade para cada 100 (cem) habitantes no município de Rio Claro.

Tabela 82 – Taxa de internação de média complexidade por ano, no município de Rio Claro (gestão municipal, excluindo o hospital de gestão estadual) (2019-2024).

ANO	TX INTERNAÇÃO
2019	3,35
2020	3,30
2021	3,96
2022	3,74
2023	4,04
2024	4,33

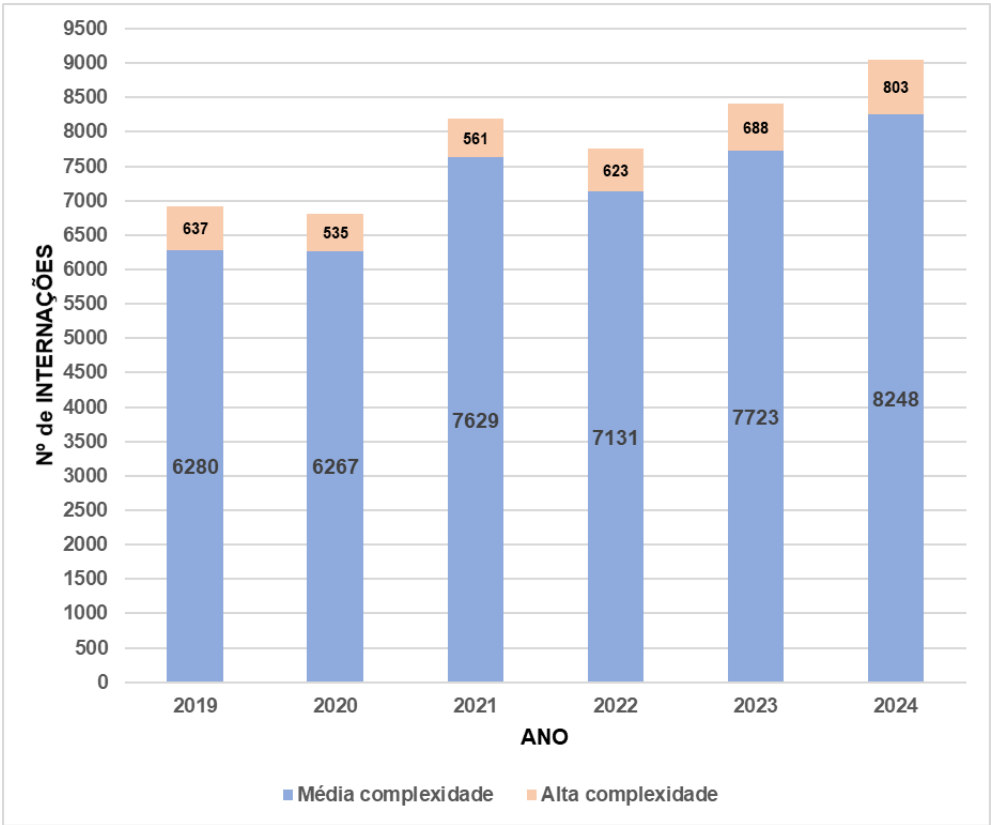
FONTE: MS/CGIAP/DESF/SAPS. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Em todos os anos verificados anteriormente (2019-2024) não chegamos próximo desse indicador básico (6,3 internações de média complexidade para cada 100 habitantes). Com esse indicador revela a relação entre o número de internações hospitalares clínico-cirúrgicas de média complexidade, não psiquiátricas, de residentes de um município,

faturadas pelo SUS, em um período e a população residente no mesmo município, no último ano do período considerado.

A quantidade de procedimentos de média e alta complexidade revela também a oferta daquele município, pois muitas vezes não são ofertados procedimentos de alta complexidade naquele município e isso não é um aspecto negativo; trata-se apenas de um aspecto organizacional do SUS e um dos princípios organizativos que é a regionalização e a hierarquização. Esse indicador revela o atendimento ou não daquela população; nesse caso o indicador revela um percentual de atendimento elevado, mas que ainda existe um possível déficit, considerando o parâmetro de 6,3 internações de média complexidade por cada 100 habitantes, conforme observado na **Tabela anterior (Tabela 82)**.

Gráfico 50 – Total de Internações hospitalares por ano e por complexidade do procedimento, no município de Rio Claro (gestão municipal, excluindo o hospital de gestão estadual) (2019-2024).



FONTE: MS/CGIAP/DESF/SAPS. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Para uma análise comparativa em parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde, ajustados à nossa realidade epidemiológica e de funcionamento dos serviços de saúde, precisamos saber se a quantidade ofertada de internações hospitalares e a produção está

adequada ou não. Para saber isso, adotamos como parâmetro os indicadores estabelecidos nos instrumentos existentes e que 70% da população é **SUS dependente**, ou seja, que **necessita exclusivamente do SUS** para o atendimento da sua necessidade de saúde.

Na **Tabela** a seguir (**Tabela 83**) revela o nosso déficit em relação à produção hospitalar. Para a análise, utilizamos o ano de 2024 e procuramos adotar o ano mais próximo da atualidade e com dados o mais possível finalizados e concluídos, além disso, nos anos de 2020 e 2021 em decorrência da emergência nacional de saúde da COVID-19 não temos como considera-los para efeito de análise, restando apenas 2022 e 2023, mas o ano de 2022 ainda tem bastante reflexos da pandemia da COVID-19.

Mesmo com todas as dificuldades de organização dos nossos serviços, com a cobertura de atenção básica inferior a 50% e deficiência no atendimento da média complexidade revelam a quantidade de internações necessárias previstas para a população SUS dependente um percentual próximo de 78% de atendimento dos parâmetros mínimos de internações hospitalares para a população SUS dependente.

Considerando apenas o município de Rio Claro, mesmo um modesto incremento na produção hospitalar, aliado a uma estrutura hospitalar de porte médio, já seria suficiente para atender a quase totalidade da demanda mínima prevista em parâmetros assistenciais de referência, conforme evidenciado a seguir na **Tabela 83**. Não se trata de analisar “gargalos” pontuais ou cirurgias eletivas que, às vezes, se prolongam mais do que a paciência do usuário, mas trata-se de analisar os dados objetivos da necessidade prevista da população com base em indicadores concretos. Evidentemente que, com base na situação epidemiológica podem ser ajustados, mas é um balizador relevante e categórico em relação à produção hospitalar versus a necessidades de internação da população SUS dependente ou da população com um todo.

A seguir na **Tabela 83** podemos analisar município a município da região de saúde de Rio Claro, bem como a cidade de Rio Claro em relação à produção hospitalar e as necessidades da população em relação às internações hospitalares, baseado nos indicadores do Ministério da Saúde, que servem como parâmetros para que os serviços possam ser planejados ou ainda possam ser programados, e não com base em “achismos” ou ainda em “comoções” e algumas questões pontuais.

Tabela 83 – Produção Hospitalar x Necessidade de internações da População da DRS X, por município e na DRS X (2024).

Município de Residência	Pop. 2024	Necessidade 100%	Necessidade 70%	Produção Internações 2024	Deficit/ Superavit 70%	% de Produção (Em relação 70%)
Corumbataí	4.285	343	240	0	-240	0
Ipeúna	6.999	560	392	0	-392	0
Itirapina	16.433	1.315	920	126	-794	14
Rio Claro	208.857	16.709	11.696	9.168	-2.528	78
Santa Gertrudes	24.107	1.929	1.350	0	-1.350	0
RS Rio Claro	260.681	20.854	14.598	9.294	-5.304	64

FONTE: PORTARIA MS/GM Nº 1631/2015. DADOS DO CENSO IBGE. POPULAÇÃO ESTIMADA 2024. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Os dados mencionados anteriormente permitem identificar que diversos municípios na região de saúde de Rio Claro são dependentes da estrutura hospitalar da cidade de Rio Claro e mostra a necessidade de reforço da pactuação, bem como ajustes também no planejamento das cidades da região de saúde de Rio Claro.

O indicador de 70% de população SUS dependente é um indicador aceitável, pois temos em todos os municípios da região de saúde usuários que tem planos de saúde e tem cobertura da saúde suplementar. Com certeza, há muitas vezes a necessidade de ajustes dos indicadores e dos parâmetros, conforme a realidade de cada município ou região de saúde.

Esse dado revela uma **subprodução de média complexidade**, sugerindo a necessidade de reorganização da rede de serviços ambulatoriais especializados, reforço da atenção primária e possível ampliação de oferta hospitalar com perfil de **hospital-dia** ou estrutura de média densidade tecnológica.

Ainda que os percentuais apontem fragilidades na cobertura hospitalar, não há justificativa técnica para a construção de grandes estruturas hospitalares. A **organização regional e a hierarquização do cuidado** são princípios fundamentais do SUS e, conforme os dados, a **oferta atual somada à rede regional permite absorver grande parte da demanda**, desde que haja investimentos na atenção primária e especializada.

Portanto, a estratégia recomendada é o **aprimoramento da resolutividade da rede ambulatorial e da atenção básica**, bem como a **adequação da oferta hospitalar local** com foco em procedimentos de curta permanência, hospital-dia e cirurgias eletivas de menor complexidade.

1.3.3. Produção Ambulatorial

A análise da produção ambulatorial no Plano Municipal de Saúde (PMS) é crucial para entender a demanda por serviços de saúde e direcionar ações de gestão. Ela envolve avaliar o volume, tipo e qualidade dos atendimentos realizados em unidades ambulatoriais, comparando com metas estabelecidas e identificando necessidades de melhoria. Essa análise contribui para otimizar a alocação de recursos, aperfeiçoar a organização da rede de serviços e garantir a integralidade da atenção à saúde.

Com a edição da Portaria MS/GM nº 1.631 de 1 de outubro de 2015 revogando a Portaria MS/GM nº 1.101/2002 mudaram-se vários critérios e parâmetros para o planejamento e a programação das ações e serviços de atenção à saúde no âmbito do SUS. Importante destacar que a Portaria MS/GM nº 1.631 de 1 de outubro de 2015 foi também revogada pela Portaria de Consolidação n. 1, de 28 de setembro de 2017 para efeito de consolidação, nos seguintes termos em seu Art. 560, inciso XIX (**Art. 560**. Ficam revogadas, por consolidação, as seguintes normas: XIX - Portaria nº 1631/GM/MS, de 1 de outubro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de outubro de 2015, p. 38). A Portaria 1631/2015 transformou-se em trecho da Portaria de Consolidação n. 1/2017.

Os referenciais quantitativos utilizados pelo Ministério da Saúde através da Portaria MS/GM nº 1.631/2015 não tem caráter impositivo ou obrigatório, mas na prática é uma referência importante para orientar os gestores do SUS em todos os níveis.

Para esta análise, considerou-se o recorte temporal de 2019 a 2024, abrangendo o período pré-pandêmico, pandêmico e pós-pandêmico, de modo a compreender com maior profundidade as flutuações na oferta e demanda de serviços ambulatoriais no município.

Na **Tabela 84** podemos ver a quantidade de consultas médicas em Atenção Especializada – Procedimento: 03.01.01.007-002; a quantidade apresentada no ano de 2024 por profissional – CBO, separado por gestão que oferta a consulta médica da atenção especializada.

Os dados apresentados revelam a importância das consultas ofertadas pelo AME-RC (gestão estadual) para atendimento das especialidades médicas. Há oferta reduzida em algumas especialidades médicas, gerando “fila” ou possível desassistência.

Tabela 84 – Quantidade apresentada do procedimento – consulta médica em Atenção Especializada, por profissional – CBO, por gestão e no ano de 2024.

Profissional - CBO	Gestão		Total
	Estadual	Municipal	
225103 Médico infectologista	0	2.653	2.653
225105 Médico acupunturista	1.940	0	1.940
225109 Médico nefrologista	2.064	15.576	17.640
225110 Médico alergista e imunologista	1.727	0	1.727
225112 Médico neurologista	4.588	4.344	8.932
225115 Médico angiologista	0	2.629	2.629
225120 Médico cardiologista	3.056	5.632	8.688
225121 Médico oncologista clínico	0	4.831	4.831
225124 Médico pediatra	0	3.102	3.102
225125 Médico clínico	0	8.818	8.818
225127 Médico pneumologista	792	2384	3176
225133 Médico psiquiatra	0	13.367	13.367
225135 Médico dermatologista	5.034	4.140	9.174
225136 Médico reumatologista	2.985	870	3855
225150 Médico em medicina intensiva	0	154	154
225151 Médico anestesiolista	0	1.151	1.151
225155 Médico endocrinologista e metabologista	5.290	2.614	7.904
225160 Médico fisiatra	0	546	546
225165 Médico gastroenterologista	2824	3902	6726
225220 Médico cirurgião do aparelho digestivo			
225180 Médico geriatra	0	972	972
225185 Médico hematologista	1.052	1.963	3.015
225203 Médico em cirurgia vascular	1.253	111	1.364
225210 Médico cirurgião cardiovascular	0	374	374
225215 Médico cirurgião de cabeça e pescoço	0	439	439
225225 Médico cirurgião geral	0	3.162	3.162
225230 Médico cirurgião pediátrico	0	34	34
225235 Médico cirurgião plástico	0	179	179
225250 Médico ginecologista e obstetra	0	5.208	5.208
225255 Médico mastologista	1.810	797	2.607
225260 Médico neurocirurgião	0	402	402
225265 Médico oftalmologista	11.441	6.543	17984
225270 Médico ortopedista e traumatologista	3.184	16.494	19.678
225275 Médico otorrinolaringologista	2.561	2.831	5.392
225280 Médico coloproctologista	738	0	738
225285 Médico urologista	1.580	5.012	6.592
225290 Médico cancerologista cirúrgico	0	1.384	1.384
TOTAL	53.919	122.618	176.537

FONTE: MS/CGIAP/DESF/SAPS ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Com a **Tabela 84**, pode ser verificada a possibilidade de programação das ações e serviços de saúde necessários, que podem ser solicitados à gestão estadual ou ainda incrementados pelo município, por meio de quadro próprio ou contratado.

A **Tabela 84** demonstra a produção de consultas médicas ambulatoriais em atenção especializada no ano de 2024, categorizadas por especialidade (CBO) e por esfera

de gestão (estadual e municipal). Observa-se que a maior parte da produção é oriunda da gestão municipal, responsável por 69% do total, o que revela protagonismo local na assistência especializada.

Destaca-se a expressiva produção nas especialidades de Ortopedia e Traumatologia (19.678), Clínica Médica (8.818), Psiquiatria (13.367) e Oftalmologia (17.984). No entanto, algumas especialidades ainda apresentam produção insuficiente diante das necessidades populacionais, como Cirurgia Vascular, Coloproctologia e Otorrinolaringologia, o que sugere a existência de demanda reprimida e possível estrangulamento da oferta nessas áreas.

A seguir apresentaremos a **Tabela 85** com a quantidade de procedimentos por grupo de procedimentos e por ano no município de Rio Claro no período de 2019 a 2024, passando pelo período pré-pandêmico, pandêmico e pós-pandêmico.

Tabela 85 – Quantidade procedimentos por grupo de procedimentos e por ano no município de Rio Claro/SP (2019-2024).

Grupo procedimento/ANO	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	101.594	62.461	54.124	47.862	50.902	64.810	381.753
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	1.093.157	805.637	1.112.806	1.329.145	1.338.667	1.419.307	7.098.719
03 Procedimentos clínicos	2.022.338	1.156.230	1.481.546	2.214.835	2.005.717	2.214.405	11.095.071
04 Procedimentos cirúrgicos	224.421	12.927	11.893	17.810	20.916	21.889	309.856
07 Órteses, próteses e materiais especiais	1.184	562	659	1.460	1.492	1.692	7.049
Total	3.442.694	2.037.817	2.661.028	3.611.112	3.417.694	3.722.103	18.892.448

FONTE: MS/CGIAP/DESF/SAPS ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

A **Tabela 85** aponta uma produção total de 18.892.448 procedimentos ambulatoriais no período. A maior concentração está nos grupos de procedimentos clínicos (11.095.071) e procedimentos com finalidade diagnóstica (7.098.719). No entanto, identificam-se importantes oscilações:

- Redução crítica em 2020, associada à emergência sanitária da COVID-19.

- Recuperação progressiva a partir de 2021, com incremento significativo em 2024, sobretudo nos procedimentos diagnósticos e clínicos.

- Permanência de baixos volumes nas ações de promoção e prevenção, que deveriam representar a base da atenção ambulatorial em saúde pública.

- Manutenção de níveis baixos nos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, mesmo após o fim da fase mais aguda da pandemia.

O padrão evidenciado na **Tabela** em análise (**Tabela 85**) evidencia a necessidade de reorientação da rede, com investimentos em prevenção e ampliação da oferta cirúrgica de baixa e média complexidade, a fim de evitar agravamentos clínicos que impactam a rede de alta complexidade.

A seguir apresentaremos a **Tabela 86** com a quantidade de **consultas médicas necessárias das principais especialidades médicas da atenção especializada, por profissional – CBO, quantidade de consultas médicas realizadas e o percentual entre a quantidade necessária e a quantidade realizada, no município de Rio Claro exclusivamente no ano de 2024.**

Tabela 86 – Quantidade de consultas médicas necessárias das principais especialidades médicas da atenção especializada, por profissional – CBO, quantidade de consultas médicas realizadas e o percentual entre a quantidade necessária e a quantidade realizada, no município de Rio Claro, no ano de 2024.

CBO-Profissional	Necessidade/ano consultas médicas necessárias	Realizadas/ano	% de execução
225136 - Reumatologista	2.080	3.855	185,3
225285 - Urologista	7.280	6.592	90,5
225127 - Pneumologista	5.200	3.176	61,1
225275 - Otorrinolaringologista	7.488	5.392	72,0
225270 - Ortopedista	31.201	19.678	63,1
225265 - Oftalmologista	28.705	17.984	62,7
225112 - Neurologista	13.521	8.932	66,1
225109 - Nefrologista	3.328	17.640	530,0
225165 - Gastroenterologista	2.912	6.726	231,0
225280 - Coloproctologista	3.328	738	22,2
225155 - Endocrinologista	5.200	7.904	152,0
225135 - Dermatologista	7.904	9.174	116,1
225120 - Cardiologista	12.480	8.688	69,6
225203 - Cirurgião Vascular	3.536	1.364	38,6
TOTAL	134.163	117.843	87,8

FONTE: MS/CGIAP/DESF/SAPS ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Os dados apresentados na **Tabela 86** na coluna “Necessidade/ano” - consultas médicas necessárias - estão baseados nos parâmetros da Portaria MS/GM nº 1.631/2015 (consolidada pela Portaria de Consolidação n.1/2017). É importante destacar que apesar desse parâmetro não ter caráter impositivo ou obrigatório, pode nortear o que está ocorrendo em relação às especialidades médicas, o acesso à saúde e o diagnóstico em tempo oportuno e adequado.

A **Tabela 86** traça um comparativo entre a necessidade estimada de consultas médicas em determinadas especialidades e a produção real no ano de 2024, com base nos parâmetros da Portaria MS/GM nº 1.631/2015 (consolidada pela Portaria de Consolidação n.1/2017). Os dados revelam situações extremas:

- Superprodução em especialidades como Nefrologia (530%), Gastroenterologia (231%) e Endocrinologia (152%), o que pode indicar excesso de encaminhamentos não qualificados ou falhas no acolhimento da APS. Há necessidade de uma análise mais detalhada nas programações anuais sobre essas especialidades.

- Déficits relevantes em Coloproctologia (22,2%), Cirurgia Vascular (38,6%), Otorrinolaringologia (72%), Ortopedia (63,1%) e Oftalmologia (62,7%), apontando para a existência de 'filas de espera' e dificuldade de acesso ao diagnóstico e tratamento em tempo oportuno.

Essas distorções refletem a ausência de regulação efetiva do cuidado especializado, a escassez de profissionais contratados diretamente pela gestão municipal e a dependência da oferta da gestão estadual. Há necessidade de racionalizar os fluxos de encaminhamento e estabelecer políticas de contrarreferência eficaz, para que o usuário retorne à APS com plano terapêutico consolidado e continuidade do cuidado garantida.

Em relação às “filas de espera”, entendemos que a saúde suplementar consegue absorver parte da demanda por consultas especializadas. No entanto, essa absorção não se estende, na mesma proporção, aos procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT), seja pelo alto custo envolvido ou pela dificuldade de acesso aos exames. Isso acaba gerando uma “fila” de exames que não acompanha a realização das consultas especializadas — e, em alguns casos, nem mesmo há o devido encaminhamento a partir da atenção básica ou de unidades com Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que compromete a continuidade do cuidado.

Diferentemente da Atenção Básica, que assume a corresponsabilidade pelo cuidado do usuário ao longo de toda a sua trajetória no sistema de saúde, a Atenção Especializada é caracterizada por uma grande autonomia no processo de trabalho. No entanto, sem a devida regulação — tanto do cuidado quanto da organização dos serviços —, há um risco de desresponsabilização dos serviços e dos profissionais pelo acompanhamento dos usuários. O aspecto mais relevante é garantir que os usuários sejam, de fato, referenciados e contrarreferenciados, permitindo a entrada de novos casos. Isso evita a permanência indefinida dos mesmos usuários no serviço, o que reduz a quantidade de retornos desnecessários e amplia a oferta de novas consultas especializadas.

Apesar da existência de formulários de contrarreferência, atualmente não é prática comum o retorno do paciente dos atendimentos de nível secundário e terciário com dados qualificados para continuidade e coordenação do cuidado na atenção básica.

A análise dos dados evidencia que o estrangulamento da atenção ambulatorial de média complexidade potencializa agravos evitáveis, gera sobrecarga na atenção terciária e acarreta maiores custos ao sistema. A ausência de contrarreferência qualificada, a descontinuidade do cuidado e o subdimensionamento de especialidades críticas acentuam as desigualdades no acesso.

Portanto, o município de Rio Claro/SP precisa avançar na consolidação de uma rede regionalizada e hierarquizada, com regulação clínica efetiva, ampliação de oferta nas

especialidades com maior déficit, reorganização dos fluxos entre os pontos de atenção e valorização da APS como coordenadora do cuidado.

1.3.4. Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISMETRO)

Em abril de 2020, o município de Rio Claro conseguiu aprovação para aderir ao Consórcio Intermunicipal de Saúde na Região Metropolitana de Campinas (CISMETRO), formado por 14 cidades da região, entre elas Limeira, Cordeirópolis, Santa Gertrudes e Ipeúna. A aprovação foi formalizada em 15 de abril na assembleia do consórcio realizada por videoconferência, quando a adesão de Rio Claro teve aprovação unânime dos prefeitos participantes do Consórcio. A adesão foi aprovada ainda no Conselho Municipal de Saúde e na Câmara Municipal, através da Lei Municipal nº 5382, de 19/05/2020 que *autoriza o município de Rio Claro a integrar o Consórcio Intermunicipal de Saúde na região metropolitana de Campinas - Norte - CISMETRO, aderindo ao seu contrato de Consórcio / Estatuto Social e dá outras providências.*

Após a pandemia, alguns municípios se reorganizaram e criaram o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Metropolitana de Piracicaba – CISMETRO LIMEIRA que reuniu inicialmente os municípios de: Águas de São Pedro, Charqueada, Cordeirópolis, Engenheiro Coelho, Ipeúna, Iracemápolis, Limeira, Pirassununga, Santa Gertrudes, Santa Maria da Serra, São Pedro e Rio Claro. O CISMETRO LIMEIRA foi fundado em 02/09/2022. No mesmo mês, a Câmara Municipal de Rio Claro autorizou a adesão ao consórcio, por meio da Lei Municipal nº 5.654, de 20/09/2022, que ratificou, para os efeitos do disposto no art. 5º da Lei Federal nº 11.107, de 06/04/2005, o Protocolo de Intenções do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Metropolitana de Piracicaba – CISMETRO LIMEIRA.

1.3.5. Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

A gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no âmbito público, ganha contornos exclusivos pelas características especiais do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS é o maior e um dos mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo uma infinita rede de ações e serviços norteado por princípios (Universalidade; Equidade e Integralidade) e diretrizes (Descentralização; Regionalização/Hierarquização e Participação da comunidade) para efetivar o acesso universal e a atenção integral à saúde. E são as pessoas (trabalhadores do SUS e gestores) que conectam os infinitos pontos da rede de atenção para que a pessoa (cidadão) receba a atenção integral à saúde na ponta.

Diante deste cenário, a preocupação com a permanente qualificação do trabalho, dos serviços, das ações e da formação, deve estar em consonância com a gestão do Sistema Único de Saúde e não apenas circunscrito à espaços para treinamentos e capacitações.

Na nossa cidade, a Fundação Municipal de Saúde é o SUS, assim como cada pessoa (trabalhador do SUS e gestores) representa esse elo entre a pessoa (cidadão) e os serviços prestados. A qualificação e o investimento no trabalhador do SUS é o investimento nesse elo entre a pessoa e o serviço prestado e é uma forma efetiva de fortalecer o SUS. Portanto, reconhecer na Política nacional de educação permanente em Saúde e na Política nacional de Humanização as diretrizes para a gestão do trabalho e da educação na saúde, eleva o trabalhador da saúde como sujeito ativo e condutor dos seus processos formativos.

O trabalho na saúde é essencialmente humano, relacional, e é no encontro entre pessoas, trabalhadores – usuários – gestores que são produzidos as ações e os serviços, é nessa interação que o cuidado acontece.

No âmbito da educação em saúde, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) entende que a transformação dos serviços, do ensino e da gestão do sistema de saúde vai além de uma questão meramente técnica. Trata-se de um processo que envolve a mudança nas relações interpessoais, nos modos de organização do trabalho, nos processos e práticas de cuidado, e, sobretudo, nas pessoas que integram e constroem o sistema de saúde.

Nesse contexto, é essencial distinguir as diferentes dimensões da educação no campo da saúde, a fim de orientar adequadamente as ações e o planejamento municipal:

- **Educação para a Saúde:** apresenta uma abordagem pedagógica tradicional, baseada na transmissão de conhecimentos dos profissionais de saúde para os usuários, com foco na prevenção de doenças e na promoção de comportamentos saudáveis;

- **Educação em Saúde.** envolve práticas educativas incorporadas ao processo de cuidado. Toda ação no serviço de saúde deve ter intencionalidade pedagógica, com o objetivo de formar sujeitos críticos, autônomos e corresponsáveis pelo cuidado com a própria saúde.
- **Educação na Saúde:** refere-se à produção e sistematização de conhecimentos voltados à formação e ao desenvolvimento de profissionais para atuação no SUS, incluindo práticas de ensino, diretrizes didático-pedagógicas e organização curricular. Essa dimensão, também conhecida como educação no trabalho em saúde, abrange duas modalidades complementares: **Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde (EPS).**

A **Educação Continuada** tem como objetivo a atualização periódica dos profissionais, com foco na melhoria técnica e científica. Já a **EPS** propõe um modelo crítico-reflexivo de formação, no qual os trabalhadores são incentivados a repensar suas práticas cotidianas como estratégia para a qualificação das ações e serviços de saúde.

Dessa forma, a efetivação de uma política municipal voltada à educação na saúde exige o fortalecimento da gestão do trabalho, que compreende o planejamento estratégico da força de trabalho, a valorização dos profissionais, a melhoria das condições laborais e o desenvolvimento de processos formativos que promovam o fortalecimento do SUS.

Apesar de sua importância para uma saúde pública de qualidade, a gestão do trabalho e da educação na saúde ainda recebe pouca atenção dos gestores e carece de custeio fixo pelas três esferas de governo. O PMS estabelece diretrizes, objetivos e metas relacionadas à melhoria da gestão do trabalho e da educação na saúde, com vistas a tentar reverter essa situação

A Política Nacional de Humanização (PNH) orienta as práticas de saúde em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo-se como uma política de transformação e construção de novas realidades no processo de cuidado. Fundamenta-se em três princípios estruturantes: **a transversalidade**, entendida como a ampliação da comunicação entre sujeitos e serviços, promovendo transformações nos territórios e nas relações de trabalho; **a indissociabilidade entre atenção e gestão**, articulando o modo de cuidar e de gerir; e **o protagonismo e a autonomia dos sujeitos e coletivos**, estimulando atitudes de corresponsabilidade na promoção da saúde (BRASIL, 2010).

A temática da humanização da atenção à saúde ganhou destaque a partir de 2003, com a publicação da PNH pelo Ministério da Saúde, sendo regulamentada por diversas normas infralegais — como decretos, portarias e resoluções. No entanto, esse princípio ainda não era formalmente reconhecido na legislação que rege o SUS, até a promulgação da **Lei Federal nº 15.126, de 28 de abril de 2025**, que alterou a **Lei nº 8.080, de 19 de**

setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para incluir a atenção humanizada como um dos princípios do SUS (art. 7º, inciso XVI).

A consolidação desse princípio implica o reconhecimento da importância das condições adequadas de trabalho e da valorização profissional como elementos diretamente relacionados à qualidade do atendimento. Destaca-se, ainda, a necessidade da **formação permanente dos profissionais de saúde**, que deve contemplar não apenas aspectos técnicos, mas também o desenvolvimento de habilidades interpessoais e atitudes pautadas na empatia.

Assim, a efetivação das diretrizes da PNH e da atenção humanizada como princípio legal do SUS, no âmbito da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro (FMSRC), fortalece as bases para uma **gestão do trabalho e da educação na saúde qualificada, corresponsável e centrada nas necessidades das pessoas**.

1.3.5.1. Breve Histórico e a atual estrutura funcional da FMSRC

A FMSRC foi criada em 1995 e já na sua estrutura existia um Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos (PCCV); mas na prática, o mesmo não era efetivado e aplicado. Em 2007, no âmbito do município foi criado o Instituto de Previdência do Município de Rio Claro (IPRC), através da Lei Municipal Complementar nº 23 de 20/09/2007 para todos os servidores municipais, incluindo os servidores da FMSRC, efetivando a previdência própria de todos os servidores; no mesmo ano, foi criado o Estatuto dos Servidores Municipais, através da Lei Municipal Complementar nº 17 de 16/02/2007.

Em 1996, através da Lei Municipal nº 2.814, de 07/05/1996 a Fundação Municipal de Saúde, foi denominada de **Fundação Municipal de Saúde “Rafael Raya”**.

Em 2014 houve uma nova estruturação no âmbito da FMSRC; através da reformulação do PCCV foi elaborada e aprovada uma nova estrutura, com nova configuração dos cargos e funções e a estrutura de evolução de carreira com a criação das progressões horizontal e vertical, através da Lei Municipal Complementar nº 94, de 22/12/2014.

O Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos (PCCV) da FMSRC constituiu-se num grande avanço na valorização dos servidores do SUS municipal. O PCCV de 2014 propiciou a criação de novos cargos, a progressão no cargo efetivo e ainda garantia de cargos exclusivos de servidores para a direção e assessoramento. No entanto, ainda há lacunas e aperfeiçoamentos que não foram possíveis naquele momento de serem implementados e que necessitam de estudo e avaliação para o contínuo aperfeiçoamento.

Em toda a gestão do trabalho e das pessoas deve ser observado o tripé da fixação e melhoria qualitativa dos recursos humanos do SUS: a) valorização salarial; b) condições dignas e adequadas de trabalho e, por fim, c) desenvolvimento e qualificação pessoal.

Outro destaque na gestão do trabalho na FMSRC foi a alteração da forma de contratação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate as Endemias (ACE) através de concurso público com a criação dos cargos em Lei Complementar e a efetivação daqueles que prestaram e se efetivaram através do concurso público de provas e títulos. Essa efetivação se deu através da Lei Municipal Complementar nº 085, de 12 de dezembro de 2013. Essa lei é o PCCV dos ACS e dos ACEs.

Por fim, não há como deixar de fazer um destaque em relação aos impactos da emergência de saúde pública no ano de 2020, bem como a edição da Lei Federal Complementar nº 173, de 27 de maio de 2020 que gerou uma série de entraves em relação à efetivação da valorização profissional e uma insegurança jurídica para a aplicação de evolução funcional no contexto da calamidade pública no município. No entanto, passado esse momento, há a necessidade de voltar à implementação da PNH nos seus diversos aspectos no âmbito da gestão do trabalho e da educação em saúde.

Na prática, as lacunas deixadas do PCCV de 2014 e do PCCV específico do ACS/ACE (2013) devem ser revistos, mas o contexto atual brasileiro e municipal não são favoráveis à valorização salarial, considerando a retratação econômica e ainda à crescente demanda por serviços públicos e a necessidades de maior quantidade de pessoal e a ausência de efetiva reposição.

Em 2009, a Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro – SP criou seu primeiro Núcleo de Educação em Saúde. Com a evolução dos processos e a ampliação das ações, a atual estrutura da FMSRC conta com uma Divisão de Desenvolvimento Profissional e uma Seção de Educação em Saúde, responsáveis pelo gerenciamento e execução da PNEPS, além da elaboração e coordenação de ações voltadas à educação continuada e permanente, bem como à integração ensino-saúde, dentro do Departamento de Gestão de Pessoas (DGP). A atual da FMSRC (2021) do Departamento de Gestão de Pessoas é composta das seguintes estruturas (Divisão e Seção):

I - Divisão de Gestão de Pessoas:

- a) Seção de Pagamento de Pessoal;
- b) Seção de Cadastros;

II - Divisão do Serviço Especializado em Engenharia e em Medicina do Trabalho (SESMT);

III - Divisão de Desenvolvimento Profissional:

- a) Seção de Educação em Saúde, Treinamento e Desenvolvimento;

IV - Divisão de Gestão de Carreiras e Desempenho.

Nesse contexto, a Educação em Saúde, o Treinamento e o Desenvolvimento dos servidores passaram a contar com uma estrutura definida e direcionada, diferentemente de períodos anteriores, nos quais essas atividades careciam de organização e sistematização.

Na **Tabela 87** podemos verificar os cargos e funções de assessoramento e direção da FMSRC.

Na **Tabela 88** podemos verificar a composição da força de trabalho da FMSRC. Nessa **Tabela** podemos verificar a quantidade de servidores da FMSRC e assim diagnosticar a quantidade de cargos/funções ocupadas.

No total de servidores efetivos e comissionados, o total são de 1.635 (um mil seiscentos e trinta e cinco) servidores entre os diversos cargos/funções ocupadas, conforme levantamento da Diretoria de Gestão de Pessoas da FMSRC.

Tabela 87 – Quantidade de Cargos/Funções ocupados na FMSRC (Assessoramento e Direção) (2025).

CARGO/FUNÇÃO – ASSESSORAMENTO E DIREÇÃO	VAGAS OCUPADAS
ASSESSOR ADMINISTRATIVO	6
ASSESSOR TECNICO	6
CHEFE DE DIVISAO	30
CHEFE DE GABINETE	1
CHEFE DE SECAO	56
COORDENADOR CONTROLE INTERNO	1
DIRETOR DE DEPARTAMENTO	7
OUVIDOR GERAL	1
PRESIDENTE	1
PROCURADOR GERAL	1
SUPERVISOR DE CAMPO	6

FONTE: DGP DA FMSRC. ELABORAÇÃO PRÓPRIA. DADOS DE 30/06/2025.

Tabela 88 – Quantidade de Cargos/Funções ocupados na FMSRC (2025).

FUNÇÃO/CARGO	VAGAS OCUPADAS	FUNÇÃO/CARGO	VAGAS OCUPADAS
AGENTE DE SAÚDE DENGUE	2	ENGENHEIRO CIVIL	2
AGENTE DE SAÚDE PSF	4	ENGENHEIRO SEGURANCA TRABALHO	3
AGENTE COMBATE AS ENDEMIAS	49	FARMACÊUTICO	23
AGENTE COMUNITÁRIO SAÚDE	200	FISCAL DE VIG. SANITÁRIA	11
AGENTE CONTROLE DE VETORES	6	FÍSICO	2
AGENTE CONTROLE ZONÓSES	2	FISIOTERAPEUTA	10
AGENTE DE SERVIÇOS GERAIS	97	FONOAUDIÓLOGO	5
AGENTE ADMINISTRATIVO	174	MÉDICO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	13
ANALISTA DE MEIO AMBIENTE	2	MÉDICO AMBULATORIAL	39
ANALISTA ECON. FINANCEIRO	4	MÉDICO DO TRABALHO	2
AGENTE DE TELECOMUNICAÇÕES	34	MÉDICO ESPECIALISTA	6
ASSISTENTE GESTÃO MUNICIPAL	67	MÉDICO PLANTONISTA	92
AGENTE DE MANUTENÇÃO	7	MÉDICO VETERINARIO	4
ASSISTENTE SOCIAL	21	MOTORISTA	76
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	19	NUTRICIONISTA	5
AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	40	PEDAGOGO	4
BIÓLOGO	3	PODÓLOGO	1
BIOMÉDICO	8	PROCURADOR JUDICIAL	4
BIOQUÍMICO	3	PSICÓLOGO	28
CADASTRADOR DO SUS	1	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	243
CIRURGIÃO DENTISTA PROGRAMA DE SAÚDE FAMILIA	18	TÉCNICO DE NUTRIÇÃO DIETÉTICA	4
CIRURGIÃO DENTISTA	34	TÉCNICO DE PROC DADOS	3
CITOTÉCNICO	1	TÉCNICO DE SAÚDE - LABORATÓRIO	9
CONTADOR	1	TÉCNICO EM GESSO	2
EDUCADOR FÍSICO	2	TÉCNICO EM RADIOLOGIA	17
ENFERMEIRA PROGRAMA DE SAÚDE FAMÍLIA	29	TÉCNICO EM SEG TRABALHO	5
ENFERMEIRO	64	TÉCNICO IMOBILIZAÇÃO ORTOPEDICA	2
ENFERMEIRO DO TRABALHO	2	TERAPEUTA OCUPACIONAL	7
		VISITADOR SANITÁRIO	1

FONTE: DGP DA FMSRC. ELABORAÇÃO PRÓPRIA. DADOS DE 30/06/2025.

1.3.5.2. Residência Médica e Integração Ensino-Serviço

O município de Rio Claro integra atualmente o programa de Residência Médica do Claretiano – Centro Universitário, com três modalidades: Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica e Pediatria. Dentre essas, apenas a Residência em Ginecologia e Obstetrícia ocorre no território municipal, com seis residentes (dois R1, dois R2 e dois R3) atuando nos serviços da Fundação Municipal de Saúde. Essa inserção representa um avanço importante na qualificação da força de trabalho especializada, ampliando a capacidade da rede municipal de acolher profissionais em formação e fortalecendo a atenção à saúde da mulher.

As demais residências – Clínica Médica e Pediatria – são desenvolvidas atualmente na Santa Casa de Limeira, o que representa um desafio estratégico para o município. Um dos objetivos para o próximo quadriênio é viabilizar a expansão da residência médica para o território de Rio Claro, incorporando também a Residência em Saúde da Família e Comunidade, componente essencial do Programa Mais Médicos e alinhado à diretriz de consolidação da Atenção Primária como ordenadora do cuidado.

A recente inauguração do Hospital Municipal oferece uma oportunidade concreta para o fortalecimento da integração ensino-serviço, desde que sejam garantidas as condições estruturais e a presença de médicos efetivos com titulação e experiência adequadas para atuarem como preceptores. A consolidação desse cenário exige a articulação dos gestores da Fundação Municipal de Saúde, das direções clínicas das UPAs e do Hospital e o compromisso conjunto com uma política de formação em serviço que alavanque a qualidade da atenção e da gestão em saúde.

Atualmente, o município já conta com a presença de médicos preceptores nas unidades de saúde, ainda que com diferentes modalidades de vínculo. Parte desses profissionais são servidores concursados, enquanto outros são contratados diretamente pelas instituições de ensino ou via prestadores de serviço terceirizados. Essa diversidade de vínculos evidencia a necessidade de construção de diretrizes locais que reconheçam as especificidades de cada modalidade, sem perder de vista que todos esses profissionais compõem, de fato, a força de trabalho do SUS em Rio Claro.

Reconhecer e integrar esses profissionais às estratégias de gestão do trabalho e educação permanente é fundamental para a construção de um sistema municipal de saúde que valorize a formação em serviço, o compromisso com o cuidado e a continuidade das ações voltadas à consolidação do SUS no município.

1.4. Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)

Não há como deixar de mencionar sobre a Emergência em Saúde Pública de importância internacional (ESPII) decorrente da pandemia do novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2.

Em dezembro de 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) foi informada sobre casos de pneumonia de etiologia desconhecida detectada na cidade de Wuhan, capital da província de Hubei, na China. As autoridades chinesas identificaram um novo tipo de coronavírus, que foi denominado SARS-CoV-2, causador da doença chamada COVID-19 (WHO, 2020).

A Covid-19, causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) representa a maior pandemia da história recente da humanidade. Trata-se de uma doença de elevada transmissibilidade e distribuição global. A transmissão ocorre principalmente entre pessoas por meio de gotículas respiratórias ou contato com objetos e superfícies contaminadas, causando infecção respiratória aguda, podendo-se manifestar de forma assintomática, leve, moderada, grave ou crítica, com mortalidade em torno de 2 a 3%.

Decorrente da magnitude pandêmica e gravidade da infecção humana pelo novo Coronavírus, em 30 de janeiro de 2020, a OMS decretou a COVID-19 como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Foram levados em conta vários aspectos epidemiológicos, incluindo o potencial de transmissão, a população suscetível, a severidade da doença, a capacidade de impactar viagens internacionais, entre outros fatores específicos (OPAS, 2023). O Ministério da Saúde do Brasil (MS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) por meio da Portaria MS/GM nº 188, de 3 de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2021). No dia 11 de março de 2020, o diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, anunciou que a COVID-19 estava caracterizada como uma pandemia (OPAS, 2023).

Oficialmente, segundo Portarias do Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde, a COVID-19 se tornou emergência de saúde pública no Brasil e teve a duração de 809 dias. Foi declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) em 3 de fevereiro de 2020, através da Portaria Ministerial nº 1881, e seu encerramento declarado em 22 de abril de 2022, através da Portaria Ministerial nº 9132. Se consideramos o número de óbitos por milhão de habitantes, que constitui um indicador do impacto da pandemia e das capacidades de respostas dos países, até 22 de abril de 2022 a pandemia resultou em 701,42 óbitos por milhão de habitantes globalmente, com o Brasil sendo um dos epicentros da pandemia no mundo, com um número quatro vezes maior ($n=2.895,78$) (ALVES et al, 2023).

Em Rio Claro/SP, segundo o Decreto n. 11.784, de 17/03/2020, o Prefeito criava o Comitê Municipal de Enfrentamento da Pandemia de infecção humana pelo novo coronavírus (COVID 19), 3 (três) dias depois, o município já decretava estado de emergência no município através do Decreto n. 11.791, de 20/03/2020, e 5 (cinco) dias depois, o município já confirmava o primeiro caso de COVID-19.

Durante o ano de 2021 foi elaborado e colocado em execução o Plano Municipal de Contingência e ação para a infecção humana COVID-19 (ficou na 4ª versão em abril de 2021).

As emergências em saúde pública são caracterizadas por situações que exigem a adoção imediata de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos ou agravos à saúde coletiva. Essas situações podem decorrer de surtos, epidemias, desastres ou da desassistência à população, contribuindo significativamente para o aumento da morbimortalidade, tanto em nível global quanto local.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturado como uma articulação interfederativa, e, diante de eventos dessa magnitude, torna-se evidente que nenhum ente federado, isoladamente, tem capacidade plena de resposta. A pandemia de COVID-19 evidenciou de forma clara a fragilidade da coordenação nacional, resultando em desarticulações e falhas no enfrentamento da crise sanitária. Essa ausência de liderança integrada comprometeu a efetividade das ações, acarretando o aumento do número de óbitos e consequências marcantes na desorganização dos serviços de saúde.

E o encerramento da pandemia na cidade foi decretado em 03 de junho de 2022, através do Decreto n. 12.602, de 03/06/2022 que revoga todos os decretos municipais relacionados à pandemia da COVID-19.

O município de Rio Claro teve o seu primeiro caso confirmado em 25 de março 2020 (13ª Semana Epidemiológica) e o primeiro óbito ocorrido em 09/04/2020 (15ª Semana Epidemiológica).

Na **Tabela** a seguir (**Tabela 89**), apresentamos a quantidade de casos confirmados de COVID-19 e o número de óbitos especificamente causados pela doença, ressaltando a importância da crise sanitária como fator determinante na mortalidade dos residentes de Rio Claro/SP.

Tabela 89 - Número de Casos confirmados e de óbitos de COVID-19 no município de Rio Claro/SP no período de 2020-2024.

Ano	Casos	Óbitos
2020	3.900	173
2021	13.158	427
2022	13.537	111
2023	2.609	26
2024	224	3
Total	33.428	740

FONTE: DADOS INFORMADOS PELAS SECRETARIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Nas **Tabelas** a seguir apresentaremos a Taxa de letalidade por sexo, a Taxa de letalidade por idade e a Taxa de letalidade por raça/cor.

A **Tabela 90** apresenta a Taxa de Letalidade separado por sexo do município de Rio Claro/SP. O cálculo adotado para a taxa de letalidade foi realizado dividindo o número de mortes conhecidas separadas por sexo pelo número de casos confirmados separadas por sexo. A **Tabela 91** apresenta a Taxa de Letalidade separado por raça/cor do município de Rio Claro/SP. O cálculo adotado para a taxa de letalidade foi realizado dividindo o número de mortes conhecidas separadas por raça/cor pelo número de casos confirmados separadas por raça/cor do município de Rio Claro/SP.

Tabela 90 - Taxa de Letalidade separado por sexo. **Tabela 91**- Taxa de Letalidade separado por raça/cor.

Ordem	Sexo	Letalidade
1 ^a	Masculino	5,90%
2 ^a	Feminino	4,60%

Ordem	Raça/Cor	Letalidade
1 ^a	Preta	11,20%
2 ^a	Parda	6,00%
3 ^a	Branca	5,10%
4 ^a	Amarela	2,70%
5 ^o	Indígena	0,0%

Observação: Informações sobre raça/cor estão disponíveis para cerca de 74% dos casos e 87% dos óbitos. Atualizado em 06/12/2023.

FONTE: CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (CVE); COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS (CCD); SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SES); CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS) E ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE DA ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (OMS/ONU). A PARTIR DE DADOS DO SEADE CORONAVIRUS. DADOS ATUALIZADOS ATÉ 18/11/2023. DADOS RELACIONADOS AO MUNICÍPIO DE RIO CLARO/SP. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Evidentemente, não cabe uma análise mais detalhada sobre esses percentuais de letalidade mais preponderante para o sexo masculino e para a raça/cor preta neste documento.

Mas, sobre esse tema, destacamos trechos de matéria do Jornal da USP sobre essa prevalência:

Os achados demonstram que, mesmo exercendo as mesmas ocupações, a mortalidade pela covid-19 é diferente para homens e mulheres, entre pessoas brancas e negras. Porém, as assimetrias de raça e gênero são distintas. Os dados estimam as razões de chance de morte pela doença, comparando homens brancos, homens negros, mulheres brancas e mulheres negras (JORNAL DA USP, 2021).

O padrão é bastante demarcado. Os homens negros morrem mais de covid-19 do que os homens brancos em praticamente todas as ocupações – as únicas exceções são os trabalhadores agrícolas (JORNAL DA USP, 2021).

A desigualdade racial nas chances de morte pela covid-19 entre os homens é transversal a todo o mercado de trabalho, independentemente do tipo de atividade, do setor, de se tratar de ocupações que se encontram no topo ou na base da pirâmide social. Os motivos para esse padrão podem ser encontrados em dois fatores principais. Em primeiro lugar, nas diferentes formas de inserção laboral. Mesmo exercendo as mesmas ocupações, negros tendem a uma inserção significativamente mais precária, seja em razão do tipo de vínculo (formal ou informal) ou da natureza dos estabelecimentos (mais ou menos estruturados). Essa precariedade acaba por implicar, também, condições mais vulneráveis de exercício das atividades e exposição ao vírus, mesmo que aconteça nas mesmas ocupações (JORNAL DA USP, 2021).

O segundo motivo é por conta das desigualdades de acesso a recursos que se somam a fatores ambientais. Além de estarem, eventualmente, mais expostos a fatores ambientais que afetam as condições de saúde (moradias mais insalubres, acesso inadequado à água, dieta com baixa qualidade nutricional, espaços que afetam o estado psíquico, entre outros), homens negros também tendem a registrar um acesso mais escasso aos serviços de saúde (JORNAL DA USP, 2021).

A seguir a **Tabela 92** apresenta a Taxa de Letalidade separado por faixa etária (por idade) do município de Rio Claro/SP. O cálculo adotado para a Taxa de letalidade foi realizado dividindo o número de mortes conhecidas separadas por faixa etária pelo número de casos confirmados separadas por faixa etária.

Tabela 92 - Taxa de Letalidade separado por faixa etária (por idade) do município de Rio Claro/SP.

Faixa Etária	Letalidade
90 anos ou mais	41,30%
80 a 89 anos	33,20%
70 a 79 anos	22,80%
60 a 69 anos	11,70%
50 a 59 anos	5,80%
40 a 49 anos	2,60%
30 a 39 anos	0,80%
20 a 29 anos	0,40%
10 a 19 anos	0,10%
Até 9 anos	1,20%

FONTE: CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (CVE); COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS (CCD); SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SES); CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS) E ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE DA ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (OMS/ONU). A PARTIR DE DADOS DO SEADE CORONAVIRUS. DADOS ATUALIZADOS ATÉ 18/11/2023. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Segundo a OPAS/OMS, pessoas idosas estão mais suscetíveis a contrair a COVID-19, porque os problemas de saúde se agravam em uma maior velocidade e, consequentemente, aumentam o número de mortes causadas pela doença. Assim, estão entre os grupos que apresentam maior risco, principalmente devido às patologias crônicas e imunocomprometidas (OPAS/OMS,2020).

Comparativamente, o enfrentamento da pandemia pode ser mensurado pela capacidade de resposta, ou seja, o número de óbito por milhão de habitantes, ou por cem mil habitantes. Para se ter uma ideia de como foi o enfrentamento apresentamos algumas cidades do Estado de São Paulo e próximas de Rio Claro/SP.

Na **Tabela** a seguir apresentamos sete municípios paulistas e a cidade de Rio Claro/SP com a quantidade de população considerada, os casos de COVID-19 acumulados, a incidência da COVID-19 por 100 mil habitantes, a quantidade de óbitos acumulados por COVID-19 e a taxa de mortalidade por COVID-19 por 100 mil habitantes. A **tabela** a seguir (**Tabela 93**) permite comparar a resposta de diferentes municípios à pandemia de COVID-19, por meio do indicador de mortalidade por 100 mil habitantes. Esse indicador reflete tanto o impacto da pandemia quanto a capacidade de resposta dos municípios: quanto maior a taxa de mortalidade, menor foi a efetividade da resposta e maior o impacto da crise sanitária no território.

Tabela 93 - Número de Casos acumulados, incidência de COVID 19 por 100 mil habitantes, óbitos acumulados e Taxa de mortalidade de COVID 19 por 100 mil habitantes de municípios paulistas e de Rio Claro (dados até a última SE 2024), ordenados por Taxa de mortalidade.

Município	População (Censo 2022)	casos acumulados	óbitos acumulados	incidência por 100 mil hab	mortalidade por 100 mil hab	Letalidade
Leme	98.161	24.537	481	24.997	490	1,96%
Limeira	291.869	44.013	1.338	15.080	458	3,04%
Americana	237.240	29.911	1.059	12.608	446	3,54%
Piracicaba	423.323	110.075	1.725	26.003	407	1,57%
Rio Claro	201.418	36.428	740	18.086	367	2,03%
Araras	130.866	20.536	473	15.692	361	2,30%
Araraquara	242.228	76.632	709	31.636	293	0,93%
São Carlos	254.857	38.435	666	15.081	261	1,73%

FONTE: PAINEL DE CASOS DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19) NO BRASIL PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE.
DADOS INFORMADOS PELAS SECRETARIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Com os dados apresentado na **Tabela** anterior (**Tabela 93**), observamos que a capacidade de resposta de Rio Claro foi melhor do que os municípios de: Leme, Americana, Limeira e Piracicaba. Por outro lado, a capacidade de resposta de Rio Claro foi pior do que os municípios de: Araras, Araraquara e São Carlos. Em relação ao Estado de São Paulo, especificamente, a resposta foi melhor do que o conjunto do Estado, pois a taxa de mortalidade do Estado de São Paulo por 100 mil habitantes foi de 402,95.

A incidência da COVID-19 revela outro aspecto relevante: a quantidade de pessoas acometidas pela doença e o desfecho final, considerando os óbitos entre a população contaminada. Por meio desse indicador, observa-se o esforço do município em relação à testagem em massa da população, o número de munícipes atendidos e a eficácia da resposta municipal para evitar a progressão dos casos ao óbito.

No caso analisado na tabela anterior, a taxa de mortalidade foi calculada com base no número de óbitos por COVID-19, dividido pelo número total de habitantes do município. Por esse motivo, a população considerada para o respectivo cálculo está especificada na tabela.

Entre os municípios selecionados com mais de 100 mil habitantes, Rio Claro ocupa a 5ª posição em taxa de mortalidade por 100 mil habitantes, dentre os sete analisados.

Esse indicador é amplamente utilizado para avaliar o impacto de uma doença ou condição sobre a população de uma determinada região ou município.

Já em relação à **taxa de letalidade** dos municípios analisados, considerando a **Tabela** anterior (**Tabela 93**), o resultado é bastante diferente e veremos a seguir na próxima **Tabela**, com os mesmos municípios selecionados. O cálculo adotado para a taxa de letalidade foi realizado dividindo o número de mortes conhecidas pelo número de casos confirmados. Na **Tabela** a seguir apresentamos sete municípios paulistas selecionados e a cidade de Rio Claro/SP, os mesmos da **Tabela** anterior, com a taxa de letalidade por ordem crescente, sendo que quanto maior a taxa de letalidade pior foi a resposta do município de Americana em relação ao enfrentamento da pandemia de COVID-19. Ficamos com uma letalidade menor do que o Estado de São Paulo e maior do que a do Brasil.

Tabela 94 - Taxa de letalidade de COVID 19 de municípios paulistas selecionados e de Rio Claro (dados até a última SE 2024), por ordem de classificação, Taxa de Letalidade do Brasil e do Estado de São Paulo.

Ordem	Município	Letalidade
1ª	Araraquara	0,93
2ª	Piracicaba	1,57
3ª	São Carlos	1,73
4ª	Leme	1,96
5ª	Rio Claro	2,03
6ª	Araras	2,3
7ª	Limeira	3,04
8ª	Americana	3,54

UF	Letalidade
São Paulo	2,66

Pais	Letalidade
BRASIL	1,83

FONTE: DADOS INFORMADOS PELAS SECRETARIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE. DADOS ATÉ A ÚLTIMA SE 2024.
ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Já em relação ao Estado de São Paulo e ao Brasil, apresentamos a **Tabela** relacionada do Brasil, Regiões do Brasil e o Estado de São Paulo com a quantidade de população considerada, os casos de COVID-19 acumulados, a incidência da COVID-19 por 100 mil habitantes, a quantidade de óbitos acumulados por COVID-19 e a taxa de mortalidade por COVID-19 por 100 mil habitantes. As taxas de letalidade do Brasil e do Estado de São Paulo, respectivamente, ficaram em 1,83 e 2,66, considerando os dados até a última SE 2024, conforme mencionado anteriormente.

Se consideramos o número de óbitos por milhão de habitantes, que constitui um indicador do impacto da pandemia e das capacidades de respostas dos países, até 22 de abril de 2022 a pandemia resultou em 701,42 óbitos por milhão de habitantes globalmente,

com o Brasil sendo um dos epicentros da pandemia no mundo, com um número quatro vezes maior. O Brasil é o segundo país com mais mortes por Covid-19 no mundo, apenas atrás dos EUA. (ALVES et al, 2023).

Tabela 95 - Número de Casos acumulados, incidência de COVID 19 por 100 mil habitantes, óbitos acumulados e Taxa de mortalidade de COVID 19 por 100 mil habitantes do Brasil, Regiões do Brasil e o Estado de São Paulo.

Região	População	Casos novos notificados na semana epidemiológica	Casos Acumulados	Incidência covid-19 (100 mil hab)	Óbitos novos notificados na semana epidemiológica	Óbitos Acumulados	Taxa mortalidade (100 mil hab)
Totais	210.147.125	19.950	39.073.544	18.593,42	101	714.597	340,05
Norte	18.430.980	3.237	2.985.023	16.195,68	31	52.129	282,83
Nordeste	57.071.654	9.712	7.586.489	13.292,92	26	137.011	240,07
Sudeste	88.371.433	3.601	15.635.652	17.693,11	17	344.777	390,15
Sul	29.975.984	2.439	8.290.839	27.658,27	14	113.413	378,35
Centro-Oeste	16.297.074	961	4.575.541	28.075,84	13	67.267	412,76

Região	População	Casos novos notificados na semana epidemiológica	Casos Acumulados	Incidência covid-19 (100 mil hab)	Óbitos novos notificados na semana epidemiológica	Óbitos Acumulados	Taxa mortalidade (100 mil hab)
Totais	45.919.049	0	6.917.079	15.063,64	0	184.290	401,34
SP	45.919.049	0	6.917.079	15.063,64	0	184.290	401,34

FONTE: PAINEL DE CASOS DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19) NO BRASIL PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE. DADOS INFORMADOS PELAS SECRETARIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE. DADOS ATÉ A ÚLTIMA SE 2024.

Ainda, em outro trecho deste documento abordaremos os aspectos da vacinação e as consequências do fortalecimento de grupos antivacina que, até então, estavam adormecidos e que foram estimulados pela gestão do governo federal, além dos desencontros e a ausência de um plano de imunização nacional no período da pandemia de COVID-19.

Evidentemente, não cabe uma análise mais detalhada sobre esses dados relacionados ao nosso município, mas evidentemente deve servir para que possamos realizar, a partir da constatação dos dados apresentados, uma análise dos erros e dos acertos em relação à condução da maior crise sanitária que assolou o nosso país.

Ainda a título de breve conclusão desse subcapítulo, trago as considerações do Observatório da COVID 19 do Rio de Janeiro, que fez uma análise do enfrentamento da pandemia de COVID 19. Destaco alguns trechos que podem servir de uma breve conclusão:

“(....) A pandemia foi permeada por disputas políticas e narrativas importantes, que afetaram a boa condução da resposta nacional. Algumas políticas econômico-sociais acionadas para mitigar os efeitos da pandemia não foram suficientes para atender às necessidades de populações há muito vulnerabilizadas. O ano de 2020 foi marcado pela reabertura precoce e por uma influência importante da resposta europeia nas ações locais.

Foi um ano de aprendizado, por cientistas, governos e sociedade, sobre formas possíveis de lidar com uma situação que se revelou dramática. Entramos em 2021 com a continuação e a potencial exacerbação de uma crise que não é apenas sanitária, mas conjuga elementos sociais e econômicos evidentes (....)” (MATTA et al, 2021, p. 36).

(....) De maneira geral, as respostas às emergências sanitárias devem ser progressivas e cumulativas, da mera informação adequada até as medidas mais severas que podem restringir o direito de ir e vir e as liberdades individuais em geral. No início da pandemia a orientação desestimulava o uso de máscaras e a busca rápida por serviços de saúde. Sabemos hoje que essa orientação não era a mais apropriada, embora entendamos que a escassez de recursos de proteção individual e o receio de uma sobrecarga no sistema foram, provavelmente, a justificativa. E a sugestão de que a população evitasse, se pudesse, sair de casa mostrou-se discriminatória quando não foi ofertada qualquer alternativa para que trabalhadores de serviços não essenciais ou pessoas com amplas camadas de vulnerabilidade pudessem enfrentar a pandemia em segurança.

O que seria um certo padrão-ouro de vigilância em uma pandemia, a testagem massiva de pessoas sintomáticas e de seus contatos, também não foi uma constante no país. Testamos pouco e muitas vezes com o teste errado, usando o teste rápido quando se desejaria fazer diagnóstico da presença do vírus, como relatado em ações de algumas organizações privadas. É preciso que o país se prepare seriamente para os picos das taxas de contágio, para realizarmos uma vigilância eficaz em todos os rincões nacionais e implementarmos a vigilância efetiva nos portos, aeroportos e fronteiras, como já se ensaiou em outras pandemias” (MATTA et al, 2021, p.68).

“(....) Se o legado da pandemia será de longo prazo, as ações devem ser coletivas e capazes de construir estratégias para a proteção das populações hoje, mas também no futuro pós-pandemia. E a transformação do futuro será baseada nas respostas que oferecermos no presente. O trabalho de cuidado, que é especialmente exercido pelas mulheres, evidencia que sem cuidado e solidariedade nenhum de nós sobreviveria. Por isso, aqui entendemos o cuidado como interdependência. Os valores liberais da individualidade e autossuficiência não nos protegem, mas nos desamparam, nos abandonam – especialmente durante crises sanitárias” (MATTA et al, 2021, p.70).

2. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

As DIRETRIZES do Plano Municipal de Saúde de 2026-2029 contemplam os compromissos assumidos pelo Gestor Municipal; baseiam-se na análise situacional de saúde do município, nos eixos temáticos e nas propostas aprovadas das Conferências Nacional, Estadual e Municipal de Saúde como balizadores; no Plano Nacional e Estadual de Saúde e, por fim, no Programa de Governo do Prefeito Gustavo Ramos Perissinotto, eleito democraticamente pela população (2020 e reeleito em 2024).

As DIRETRIZES são transversais e as divisões têm como objetivo facilitar o processo de planejamento e o entendimento dos compromissos assumidos no Plano. Para cada DIRETRIZ foram definidos OBJETIVOS, METAS e INDICADORES para o quadriênio.

A Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro, através dos trabalhadores e da sua direção, é coletivamente responsável pela execução do Plano Municipal e pelos resultados a serem alcançados pela gestão municipal, cabendo ao Conselho Municipal de Saúde a análise e aprovação do Plano e também acompanhar e fiscalizar o seu desenvolvimento, além dos órgãos de controle e de fiscalização próprios.

As diretrizes estabelecidas e definidas pelas equipes gestoras, em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde, são as seguintes:

DIRETRIZ 1 - GARANTIR E QUALIFICAR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, EM TEMPO ADEQUADO, COM ÊNFASE NOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE IDENTIFICADOS NO MUNICÍPIO.

DIRETRIZ 2 - REDUZIR E PREVENIR RISCOS, DOENÇAS E AGRAVOS À SAÚDE DA POPULAÇÃO POR MEIO DE AÇÕES NA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE.

DIRETRIZ 3 - APRIMORAR A GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE EM POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO, DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE, DA INSERÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS E DE INOVAÇÃO NO SUS.

DIRETRIZ 4 - VIABILIZAR INVESTIMENTO PARA OFERECER ESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E AMBIÊNCIA ADEQUADOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

DIRETRIZ 5 - FORTALECER O CONTROLE SOCIAL NO SUS NO MUNICÍPIO DE RIO CLARO.

2.1. **DIRETRIZ 1** - GARANTIR E QUALIFICAR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, EM TEMPO ADEQUADO, COM ÊNFASE NOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE IDENTIFICADOS NO MUNICÍPIO.

DIRETRIZ I - GARANTIR E QUALIFICAR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, EM TEMPO ADEQUADO, COM ÊNFASE NOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE IDENTIFICADOS NO MUNICÍPIO.

OBJETIVO	META	INDICADOR
1.1-Propiciar acesso em tempo oportuno e qualificação aos serviços ofertados APS	1-Ampliar a cobertura populacional da atenção básica com estratégia de saúde da família para 80% do seu território (13 equipes de ESF em quatro anos), incluindo as equipes de saúde bucal.	Nº de equipes com estratégia de saúde da família implantadas Nº de equipes de saúde bucal.
	2-Qualificar as ações de assistência às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DM e HAC) para reduzir em 5% ao ano o número de internações sensíveis a AB. Linha base inicial de ICSAP – 10,08%	Taxa de internações por CSAPS por 10 mil habitantes Nº de óbitos prematuros (<70 anos) por DM e HAC.
	3-Qualificar as ações de assistência às pessoas com Doenças Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), através da elaboração de protocolos para otimização de exames e de medicações disponíveis na RAS.	Nº de protocolos implantados
	4-Qualificar as ações de assistência à saúde da mulher através da atualização e implementação dos protocolos: Planejamento Familiar e Assistência ao pré-natal, parto e puerpério na AB.	Nº de protocolos implantados
	5-Implantar o Programa Rede Alyne do governo federal que visa reduzir a mortalidade materna e infantil, e combater desigualdades raciais e regionais.	Programa Implantado. Nº de capacitações realizadas do Programa Rede Alyne
	6-Qualificar as ações de assistência à saúde da mulher no rastreamento e diagnóstico de neoplasias ginecológicas para diminuição do diagnóstico em estágio avançado.	Aumentar a Cobertura de exames em faixa etária-alvo (%).
	7-Qualificar as ações de assistência à saúde de pessoas em situação de rua, através da implantação de uma equipe de consultório na rua.	Equipe de consultório na rua implantada
	8-Qualificar as ações de assistência à saúde do homem através do rastreio do CA de próstata.	Cobertura de PSA (%) na faixa etária preconizada
	9-Aumentar a oferta de testes para ISTs	Aumentar em 10% de testes de ISTs. Testes de ISTs . Base inicial de testes: ____
	10 – Manter em zero casos de HIV + em menores de 5 anos.	Nº de casos de HIV+ em menores de 5 anos
	11-Elaborar protocolo de assistência a vítima de violência sexual e protocolo do aborto legal.	Nº de protocolos elaborados e implantados
	11-Qualificar o atendimento a criança através da elaboração e implementação de protocolo de assistência aos agravos na infância.	Nº óbito infantil evitável Protocolo elaborado.
	12- Ampliar horário de atendimento nas UBS.	Horário de atendimento das UBS ampliado
	1-Qualificar as ações de assistência à saúde da mulher através da criação do protocolo de assistência ao pré-natal de alto risco.	Nº de internações por pré-eclâmpsia. Nº de partos prematuros. Protocolo elaborado.

1.2- Propiciar acesso em tempo oportuno e qualificação aos serviços ofertados AAE	2-Qualificar as ações de assistência à saúde da mulher através da criação do protocolo da cirurgia ginecológica benigna.	Nº de cirurgias ginecológicas realizadas. Protocolo elaborado.
	3-Qualificar a assistência ao recém-nascido através das ações previstas no protocolo do “bebê de risco” durante a alta.	Nº de lactantes de risco acompanhado e monitorados pela rede Protocolo implementado.
	4- Implementação do Serviço de Atendimento Domiciliar para 24h com ampliação da equipe de atendimento.	Equipe EMAD implantada Nº de idosos atendidos (AD1, AD2 e AD3) Horário de atendimento ampliado.
	5-Elaborar protocolos para qualificação dos atendimentos na reabilitação física e visual no CER II.	Nº de atendimentos em reabilitação física e visual Protocolo elaborado.
	6-Implementar o Programa Nacional de Mais Acesso a especialidade (PNMAE) nas especialidades de: oncologia, cardiologia, otorrinolaringologia, ortopedia e oftalmologia.	Nº de atendimentos nestas especialidades Tempo de espera por essas especialidades Programa implementado.
	7-Elaborar e atualizar os protocolos médicos e de exames média e alta de complexidade.	Nº protocolos novos implementados Nº protocolos atualizados.
	8 – Qualificar a assistência das feridas complexas e elaborar protocolo de atendimento das feridas complexas.	Protocolo elaborado Nº de internações de pé diabético ou de feridas complexas Nº de amputações.
1.3- Propiciar acesso em tempo oportuno e qualificação aos serviços ofertados na Urgência/Emergência	1 – Qualificar o atendimento das emergências pediátricas nas UPA's com a realização de treinamentos, estabelecimentos de fluxos e protocolos para a emergência pediátrica.	Nº óbito infantil na UPA Fluxo elaborado Protocolo elaborado Treinamento elaborado Treinamento realizado.
	2-Qualificar as equipes para alta responsável com a realização de treinamentos, estabelecimentos de fluxos e protocolos.	Nº de reinternações pelo mesmo motivo Fluxo elaborado Protocolo elaborado Nº Treinamento elaborados Nº Treinamentos realizados.
	3 – Qualificação da Unidade de Suporte Básico (USB) do SAMU/192 Regional (BRAVO 6).	Unidade qualificada
	4-Implementar e atualizar os protocolos de Urgência/ Emergência na linha de cuidado do AVC, IAM e trauma.	Nº de Protocolos atualizados Nº de Protocolos implantados Nº de Treinamentos e atualizações realizadas.
	6-Qualificar o atendimento nas urgências e emergências através da atualização permanente dos profissionais.	Nº de Treinamentos e atualizações realizadas.

1.4- Propiciar acesso em tempo oportuno e qualificação aos serviços ofertados na Rede de Atenção Psicossocial	1-Elaborar projetos que propiciem a reabilitação através da geração de renda.	Nº de projetos elaborados e realizados.
	2-Qualificar os serviços da RAS para implementação dos fluxos e protocolos existentes na linha de cuidado em saúde mental.	Nº de Treinamentos e atualizações realizadas.
	3- Reestruturar o serviço do CAPS III para adequação as diretrizes do Ministério da Saúde.	Nº de leitos de psiquiatria em Hospital Geral.
1.5- Propiciar acesso em tempo oportuno e qualificação aos serviços ofertados na Saúde bucal	1-Realizar o pré-natal odontológico em 100% das gestantes.	Nº de atendimentos em gestantes.
	2-Desenvolver ações educativas e preventivas junto à população para diminuir patologias odontológicas.	Nº ações desenvolvidas Nº de exodontias.
	3-Garantir 80 próteses/mês, e reduzir o prazo de entrega delas para menos de 12 meses.	Nº de próteses finalizadas Tempo de espera de entrega das próteses.
	4-Qualificar as ações de assistência à saúde bucal no rastreamento e diagnóstico de neoplasias através da elaboração e implementação de protocolos.	Nº de atendimentos no CEO Tempo de espera para diagnóstico de neoplasias na saúde bucal Protocolo elaborado Protocolo implementado.
	5-Garantir o atendimento no serviço especializado (CEO) dentro de 90 dias para encaminhamentos da AB e 30 dias em caso de PCD.	Tempo de espera de atendimento do serviço especializado em saúde bucal.
1.6 Qualificar a gestão da assistência farmacêutica por meio de acesso à medicamentos de forma segura e com qualidade	1-Garantir o abastecimento acima de 90% dos medicamentos padronizados (REMUME) nas unidades que realizam a dispensação de medicamentos.	Percentual de medicamentos padronizados (REMUME) distribuídos nas unidades que realizam dispensação de medicamentos.
	2-Atualização da REMUME de forma periódica com base no uso racional e nas necessidades da população.	REMUME atualizada (publicização da atualização).
	3-Implantação do Cuidado Farmacêutico (Serviço Clínico Farmacêutico)	Serviço Clínico Farmacêutico implantado.
	4- Ampliação do horário de funcionamento das farmácias da Avenida 29 e do Chervezon.	Horário de atendimento das farmácias ampliado

2.2. DIRETRIZ 2 - REDUZIR E PREVENIR RISCOS, DOENÇAS E AGRAVOS À SAÚDE DA POPULAÇÃO POR MEIO DE AÇÕES NA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE.

DIRETRIZ II - REDUZIR E PREVENIR RISCOS, DOENÇAS E AGRAVOS À SAÚDE DA POPULAÇÃO POR MEIO DE AÇÕES NA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE.		
OBJETIVO	META	INDICADOR
2.1-Garantir ações de promoção de saúde e prevenção de agravos a população na APS	1- Acompanhar 95% das famílias do programa bolsa família	% de famílias acompanhadas.
	2- Realizar a consulta na primeira semana de vida (75%) e do acompanhamento na APS (100%).	Percentual de crianças com consulta até 7 dias Percentual de crianças com 6 consultas no 1º ano de vida
	3-Elaborar protocolo de assistência à saúde da mulher no climatério e menopausa.	Protocolo elaborado Protocolo implementado.
	4-Ampliar os grupos na temática de antitabagismo na RAS.	Número e percentual de UBS ou USF com grupo antitabagismo ativo
	5- Implementar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no município.	Nº de ações realizadas e relacionadas à PNSIPN Comitê Técnico de Saúde da População Negra em funcionamento e realizando as ações
	6 – Implementar e manter os programas de saúde bucal da primeira infância.	Nº de programas de saúde bucal da primeira infância em funcionamento.
2.2- Garantir ações de promoção de saúde e prevenção de agravos a população na Vigilância em Saúde	1-Fortalecer do Programa Nacional de Imunização (PNI) através da oferta ampliada da vacina do HPV (95% dos adolescentes) e da dengue (90% da faixa etária preconizada), e intensificação da oferta de vacina de COVID.	% de Cobertura vacinal contra HPV em meninas e meninos (9–14 anos) % de Cobertura da vacina dengue na faixa etária preconizada.
	2-Reduzir a mortalidade de agravos por arboviroses urbanas através do tratamento dos casos confirmados.	Taxa de Internações e óbitos por 100 mil habitantes
	3 – Mitigar a transmissão através do controle de vetores das arboviroses urbanas realizando mapeamento dos bairros e visitas domiciliares dos ACE e ACS	Nº de ciclos realizados (visitas domiciliares) Realização do Levantamento Rápido de Índices para <i>Aedes aegypti</i> (LIRAA)
	4-Desenvolver ações para atingir 80% de cura dos casos novos de TB; examinar 100% dos contactantes dos casos confirmados; realizar o Tratamento Diretamente Supervisionado (100%).	Taxa de cura dos casos novos Percentual de contactantes examinados Percentual de TDO entre casos.
	5-Realizar teste rápido para principais ISTs (sífilis, HIV, HCV, HBV) em todos os pacientes com suspeita de tuberculose bem como a coleta de BAAR para pacientes suspeitos sintomáticos respiratórios	Percentual de testes realizados em pacientes sintomáticos respiratórios.

	6-Desenvolver ações para aumentar o percentual de cura dos casos novos de Hanseníase (95%) através de: exame de 100% dos contactantes intradomiciliares e tratamento conforme classificação do doente (PB e MB).	Percentual de pacientes com Hanseníase curados Percentual de paciente com tratamento concluído.
	7-Garantir a qualidade da água tratada conforme a legislação vigente.	Nº de amostras coletadas e analisada livre de contaminação.
	8 – Fortalecer as ações de vigilância ambiental, ampliando a análise da qualidade do ar, tendo em vista seus impactos na saúde da população	Sistema Mínimo de monitoramento da qualidade do ar implantado
	9-Qualificar as ações de vigilância em saúde do trabalhador através da identificação das doenças relacionadas ao trabalho e do preenchimento completo do Sinan (+ de 90%).	Nº de notificações com preenchimento do campo “ocupação” e CNAE.
	10-Elaborar e implementar os protocolos clínicos para as doenças relacionadas ao trabalho: Dermatose ocupacional, PAIR e LER/DORT.	Nº protocolos elaborados Nº protocolos implantados.
	11-Investigar todos os acidentes de trabalho fatais e graves, incluindo os com menores de 18 anos.	Percentual de acidentes investigados.
	12-Manter ações de prevenção da Raiva Animal através do bloqueio dos casos confirmados (100%), coleta e envio das amostras de quirópteros e de animais relevantes.	Nº de casos notificados Nº de casos investigados.
	13-Manter ações de prevenção da transmissão de: leishmaniose, leptospirose e febre maculosa	Nº de casos notificados Nº de casos investigados
	14- Implantar o protocolo de Enfrentamento à Sífilis, visando tratamento adequado e diminuição da sífilis congênita	Protocolo implantado.
	15- Estudo para a implementação do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS-RIO CLARO) como uma estrutura a ser criada na FMSRC vinculada à Diretoria de Vigilância em Saúde.	Estudo a ser elaborado para a implementação do CIEVS-RIO CLARO. Definir estrutura a ser criada na FMSRC dentro da Diretoria de Vigilância em Saúde
2.3 - Garantir as ações de vigilância em saúde do trabalhador na área de abrangência do CEREST RIO CLARO	1- Desenvolver as ações indicadas pela Divisão de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde para atingir a máxima pontuação.	Pontuação obtida do CEREST junto a Divisão de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde.

2.3. DIRETRIZ 3 - APRIMORAR A GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE EM POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO, DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE, DA INSERÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS E DE INOVAÇÃO NO SUS.

DIRETRIZ III - APRIMORAR A GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE EM POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO, DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE, DA INSERÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS E DE INOVAÇÃO DO SUS		
OBJETIVO	META	INDICADOR
3.1- Garantir a promoção e divulgação de ações que oportunizem a educação em saúde aos profissionais e usuário da RAS	1-Implementar a carteira de serviços da APS de forma digitalizada para conhecimento dos serviços ofertado para a população.	Carteira de serviço da APS elaborada Carteira de serviços da APS implementada e divulgada.
	2-Elaborar programa de educação contínua e permanente (APS, AAE e urgência e emergência).	Nº de ações educativas realizadas por eixo (APS/AAE/Urgência)
	3- Realizar ações de educação em vigilância em saúde.	Ações realizadas.
	4-Manter e fortalecer as ações do COAPES (Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde).	Nº de avaliações conjuntas realizadas
3.2 - Garantir o trabalho intersetorial e intrasetorial em saúde	1-Implementar o apoio matricial em ginecologia, pediatria, saúde mental e saúde do trabalhador para qualificar o atendimento dos usuários através do telessaúde ou de forma efetiva.	Nº de encontros matriciais realizados por eixo temático
3.3 - Garantir a promoção de ações de inovação e de práticas integrativas e complementares do SUS	1-Implementar e manter 4 práticas integrativas e complementares (PIC).	Número de PICs implementada.
3.4 - Implantação do SUS DIGITAL, das inovações tecnológicas e gestão de documentos	1- Criar comitê de saúde digital para implementação do programa saúde digital	Comitê criado
	2-Implementar o Sistema Eletrônico de Informações (SEI) na FMSRC	Percentual de setores ativos no SEI na FMSRC (Sistema de produção e gestão de documentos e processos digitais)
	3 – Implementar a gestão do arquivo e de documentos conforme as normativas existentes e implantar arquivo intermediário da FMSRC.	Arquivo intermediário da FMSRC implantado Gestão do arquivo e documentos regularizados conforme as normativas existentes.

3.5 - Garantir a Gestão de Pessoas no SUS efetiva e eficaz	1-Realizar o dimensionamento e a adequação do número de trabalhadores no quadro da FMS.	Nº de servidores.
	2-Manter as ações para fixação dos profissionais na FMS e a integração dos novatos.	Nº de servidores submetidos a avaliação periódica Nº de profissionais integrados.

2.4. DIRETRIZ 4 - VIABILIZAR INVESTIMENTO PARA OFERECER ESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E AMBIÊNCIA ADEQUADOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

DIRETRIZ IV - VIABILIZAR INVESTIMENTO PARA OFERECER ESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E AMBIÊNCIA ADEQUADOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

OBJETIVO	META	INDICADOR
4.1-Garantir a construção, reforma e ampliação de infraestrutura para ampliar o acesso aos serviços	1-Construir três (03) unidade de saúde na APS com apoios financeiros das três esferas de governo.	Nº de unidades de saúde da família
	2-Reformar e ampliar dez (10) unidades de saúde com apoios financeiros das três esferas de governo.	Nº de unidades ampliadas e reformadas.
	3 – Implantação e implementação do Centro de Referência em Saúde da Mulher (ACOLHE).	Centro de Referência de Saúde da Mulher (ACOLHE) implantado.
	4-Reformar a UPA 29 para alteração do nível/tipo de credenciamento conforme critérios da portaria vigente.	Novo credenciamento publicado em portaria
	5- Construir o prédio do Centro de Atenção Psicossocial IJ (novo PAC).	Prédio construído
	6-Construir o prédio da Policlínica (CEAD) (novo PAC).	Prédio construído
	7 – Construir prédio próprio para a FMSRC.	Prédio construído
	8 - Construir prédio próprio para o CEO (Centro de Especialidades Odontológicas)	Prédio construído
	9 - Construir prédio próprio para a VISA (Vigilância Sanitária)	Prédio construído
	10 - Construir prédio próprio para o CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Regional).	Prédio construído
	11 – Implantação e implementação do Centro de Referência em Saúde do Idoso.	Centro de Referência de Saúde do Idoso implantado
	12-Adquirir Van adaptada como unidade móvel odontológica (Unidade Móvel Odontológica – UOM).	Unidade Odontológica Móvel (UOM) adquirida.
	13 – Renovação da frota de transporte sanitário e de veículos da FMSRC.	Percentual da frota renovada Nº de veículos adquiridos
	14 - Implantação do Centro de Referência do TEA Municipal com acréscimo da modalidade de reabilitação intelectual (CER).	Centro de Referência do TEA implantado.
	15 - Implementação do Centro de Oncologia através da Santa Casa de Misericórdia.	UNACON ampliado através da Santa Casa de Misericórdia.
	16 -Ampliação das modalidades da Rede da Pessoa com Deficiência (PCD) através do estabelecimento de parcerias com outras instituições ou através da própria FMSRC.	Nº de modalidades da rede da pessoa com deficiência habilitadas e credenciadas (Intelectual e Auditiva).

4.2 Garantir manutenção dos equipamentos de saúde	1 – Implementar o funcionamento do Hospital Municipal.	Cadastro do Hospital no CNES Nº de procedimentos realizados Nº de leitos em funcionamento.
	2- Manter o credenciamento e as habilitações dos serviços de saúde do município junto ao Ministério da Saúde.	Nº de equipamentos credenciados e habilitados junto ao Ministério da Saúde (UPA 29 e UPA Cheverzon, SAMU, SEPA, CER II, CAPS, RT, CEREST).
	3- Realização de manutenção predial das unidades de saúde com o objetivo de proporcionar o atendimento humanizado para os pacientes e um adequado ambiente de trabalho aos profissionais de saúde.	Nº de unidade com a realização de manutenção predial.
	4 – Implementação do Centro de Referência em Saúde da Criança (Crescer).	Unidade em funcionamento.

2.5. DIRETRIZ 5 - FORTALECER O CONTROLE SOCIAL NO SUS NO MUNICIPIO DE RIO CLARO.

DIRETRIZ V - FORTALECER O CONTROLE SOCIAL NO SUS NO MUNICIPIO DE RIO CLARO.		
OBJETIVO	META	INDICADOR
5.1- Fortalecer as atividades do Conselho Municipal de Saúde	1-Atualização do Regimento Interno do CMSRC.	Regimento Interno atualizado.
	2-Implementar e regularizar as comissões regimentais e sua estrutura.	Nº de comissões regularizadas / total existente
	3-Interação contínua entre CMSRC e Gestão.	Nº de reuniões conjuntas realizadas/ano Nº de pareceres/ofícios respondidos pela gestão
	4-Utilização do recurso financeiro e orçamentário destinado ao CMSRC.	percentual da execução orçamentária
	5-Realização das conferências e fóruns municipais de saúde.	número de conferências, plenárias e fóruns realizados
5.2 - Ampliar e fortalecer a gestão Participativa	1 - Efetivação das regras regimentais para manter a composição efetiva dos membros do CMS.	% de cadeiras do CMS ocupadas conforme regimento
	2 - Ampliação de ações para divulgação do papel do Conselho Municipal de Saúde e sua importância	Ações de divulgação realizada.
	3 - Implementar e reimplantar os Conselhos Gestores Locais.	Conselho gestor local revitalizado e reimplantado.
	4 - Revisão e revitalização dos conselhos gestores locais	Número de unidades com conselho gestor local.
	5. Reimplantação de um novo modelo participativo de conselho gestor local	Nº de unidades com modelo novo em funcionamento Modelo novo de conselho gestor implantado.
	6 - Realização/oferta de cursos de qualificação para controle social.	número de cursos ofertados e de pessoas envolvidas.
	7 - Criar novos mecanismos de participação social e de defesa do SUS.	número de mecanismos criados.
	8 - Criação do Fórum dos Presidentes de Conselho e Entidades de Controle Social do Município de Rio Claro.	fórum criado.
5.3 Fortalecer os canais de comunicações e as interações com os usuários dos serviços de saúde	1 - Garantir a resposta dos setores às demandas da ouvidoria em prazo compatível e adequado.	Resposta dos setores à ouvidoria em prazo adequado e oportuno.
	2- Implantação de sistema de gravação telefônica.	Sistema de gravação implantado
	3 - Ampliação de ações para divulgação do papel da Ouvidoria e sua importância.	nº de ações realizadas
	4 - Criação do 0800 - ouvidoria SUS.	0800 criado e implementado.
	5- Realizar ações de educação em Ouvidoria SUS.	Nº de servidores capacitados
5.4 - Fortalecer e regulamentar a Ouvidoria SUS	1 - Regulamentação da ouvidoria SUS através de lei específica da Saúde.	Projeto de lei elaborado Projeto de Lei Aprovado.

3. COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANO PLURIANUAL

O Plano Municipal de Saúde norteia a elaboração do orçamento do governo municipal no tocante à saúde, por isso guarda correlação com os instrumentos de gestão pública, sobretudo com o Plano Plurianual (PPA). Este apresenta os Programas de Governo com os respectivos objetivos, indicadores, custos e metas por um período de 04 anos, estabelecendo uma correlação entre as prioridades de longo prazo e a Lei Orçamentária Anual (LOA) que, por sua vez, estabelece a previsão de receitas (arrecadação) e despesas (gastos) do governo para o ano seguinte.

A integração entre esses instrumentos conforma um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada e sistêmica do SUS.

Para se ter uma ideia da aplicação em saúde no âmbito do município de Rio Claro, podemos ver a **Tabela 96** com o percentual e o valor aplicado em despesas de saúde com recursos próprios. A seguir **Tabela** com o percentual de aplicação de recursos próprios em serviços e ações de saúde no município no período de 2016 a 2024.

Tabela 96 – Percentual de aplicação em serviços e ações de saúde e os recursos financeiros próprios aplicados (R\$) ano a ano, no município de Rio Claro (2016-2024).

Ano	% de Aplicação	Recursos Próprios aplicados (R\$)
2016	28,73	112.204.069,12
2017	30,36	133.359.603,00
2018	29,78	138.958.222,11
2019	27,24	137.336.036,97
2020	30,44	154.422.466,49
2021	25,01	153.183.806,14
2022	25,16	181.847.119,51
2023	28,09	212.506.930,05
2024	27,49	224.999.988,37

FONTE: MS – SIOPS. ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Como pode ser observado na **Tabela** anterior, houve redução no percentual em relação aos anos anterior, apesar do valor absoluto ter ampliado, como se pode notar no

montante absoluto de recursos próprios investidos em saúde pública. A diferença entre o investimento financeiro da gestão (2017-2020) e da gestão (2021-2024) é de aproximadamente R\$ 52 milhões/ano a mais, em termos absolutos.

O financiamento para o Sistema Único de Saúde é responsabilidade das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios. O Fundo de Saúde está previsto na Constituição Federal nos Artigos 34,35,156,160,167 e 198 e a Emenda Constituição nº 29/2000. No município de Rio Claro, o Fundo Municipal de Saúde foi instituído pela Lei Municipal nº 2.491 de 30/07/1992.

Para acompanhamento da gestão financeira foi criado pelo Ministério da Saúde o relatório do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS que demonstra a despesa por categoria (corrente e capital), o investimento dos três níveis de governo, União, Estado e Município na Saúde, o percentual do investimento do município de acordo com a EC: 29 e os valores arcados anualmente.

A. Breve Diagnóstico

O (des)financiamento que o SUS historicamente vêm sofrendo por parte do gestor federal e do gestor estadual se revela como uma afronta ao princípio constitucional do **não retrocesso social**, visto que a **saúde**, além de um direito fundamental, é um direito social. Vale mencionar que tratados internacionais de direitos humanos, notadamente o Pacto Internacional de Direitos Sociais, Econômicos e Culturais, do qual o Brasil é signatário, estabelece o dever de **progressividade na realização do direito à saúde**.

Na luta pela garantia da execução das ações e serviços de saúde, as finanças municipais se vêem diretamente comprometidas pelo (des)financiamento dos outros entes, em especial do governo estadual, uma vez que o gestor municipal é obrigado, ano a ano, a direcionar maiores aportes de recursos próprios.

Os dados apresentados anteriormente na tabela, revelam o financiamento maior do ente municipal, muito além daquele mínimo estabelecido constitucionalmente. E não é de hoje que os municípios apresentam esse diagnóstico; para o governo federal e para o governo estadual, não se trata de realidade isolada do município de Rio Claro.

A demanda crescente de serviços é bem evidente, o propósito por resolver os problemas de saúde da população é maior ainda, aliado à proximidade das pessoas localmente. Além da maior participação dos outros entes federados no financiamento, fica bem clara a necessidade de gerir com eficiência e para isso, os indicadores de saúde são essenciais. Devemos focar onde estão ocorrendo os problemas de saúde da população e manter aqueles indicadores que estão bons.

A **Tabela 96** revela que os valores próprios investidos em saúde com ações e serviços aumentou de R\$ 112.204.069,12 (2016) para R\$154.422.466,49 (2020) (final da gestão passada) e posteriormente passando para R\$ 224.999.988,37 (2024) (final da gestão anterior do prefeito reeleito), em termos absolutos.

Não há como deixar de mencionar que os anos de 2020 e 2021 foram bastante atípicos, considerando a maior crise sanitária mundial, que também se abateu sobre o nosso município.

Em termos percentuais, o ano de 2020 foi o maior investimento em termos percentuais, mas não o maior em termos absolutos, como se pode verificar na tabela anterior.

A mudança dessa situação do (des)financiamento do SUS não é algo isolado, trata-se de uma política de governo que deve ser alterada para que a saúde se torne de fato prioridade, assim como a educação.

A viabilidade financeiro-orçamentária do Plano Municipal de Saúde está prevista nos programas do Plano Plurianual - PPA 2026 – 2029 e dependerá de aporte de outros entes para a sua execução. A apreciação da viabilidade da execução das diretrizes do Plano Municipal de Saúde 2026 -2029 deverá ser realizada durante todo o processo de implementação do plano.

4. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e a avaliação são cruciais para a **tomada de decisões**, para um planejamento **mais assertivo** e para a **orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde**. Os resultados obtidos através do monitoramento devem subsidiar a Programação Anual de Saúde (PAS) do ano seguinte e servir de base para ajustes no PMS vigente.

O monitoramento e a avaliação são faces complementares entre si, de um mesmo processo. O ato de avaliar (atribuir juízo de valor), inclusive, é inerente tanto ao processo de monitoramento quanto ao de avaliação (CONASS, 2022).

O monitoramento acompanha no tempo o desenvolvimento de determinadas atividades e formula hipóteses a respeito. Por outro lado, a avaliação aprofunda a compreensão sobre esse desenvolvimento, investigando as hipóteses geradas pelo monitoramento acerca das diferenças observadas entre planejado e executado (implementação) ou alcançado (resultado ou impacto) (CONASS, 2022).

Nesse sentido, **monitoramento** e a **avaliação** precisam estar intimamente vinculados aos instrumentos de planejamento em saúde, os quais representam a espinha dorsal da gestão em saúde (CONASS, 2022).

Outro aspecto essencial do monitoramento e da avaliação são os **indicadores**. Os indicadores constituem parte essencial do monitoramento e da avaliação; e constituem uma variável, uma característica ou atributo de estrutura, processo ou resultado, capaz de sintetizar e/ou representar e/ou dar maior significado ao que se quer monitorar (TANAKA, 2001).

O indicador é, por definição, uma unidade que permite medir o alcance de um objetivo ou meta. É expresso por um número, acompanhado da unidade de medida (número absoluto, percentual), ou por uma relação que traduz o resultado programado ou realizado de uma meta (TANAKA, 2001).

Na prática, são os indicadores que podem nos mostrar o desempenho de um programa, medindo o grau em que seus objetivos foram alcançados (eficácia), o nível de utilização de recursos (eficiência) ou as mudanças ocorridas (impacto ou efetividade). Mas, para que se possa comparar e emitir um juízo de valor, é necessário a adoção de parâmetros, ou seja, de um valor referencial para que se proceda a comparação. Os parâmetros devem ser criteriosamente selecionados e, portanto, devem ser sempre um referencial factível, devem-se considerar os recursos disponíveis e/ou passíveis de serem mobilizados e devem ser aceitos pela equipe de trabalho e por outros interessados no programa (TANAKA, 2001).

Um dos maiores desafios no serviço público como um todo, também no SUS, é a ausência de uma cultura organizacional de **monitoramento** e de **avaliação** (M&A). Apesar de defender o planejamento, muitas vezes ele não é praticado devido a uma tradição nos serviços públicos de tratá-lo como uma mera obrigação legal, o que leva à falta de motivação para avaliar planos que não se baseiam em necessidades reais.

O desinteresse profissional, incluindo os que ocupam cargos de chefia, assessoramento e direção e a desvalorização do planejamento no dia a dia contribuem para um monitoramento ineficaz. É fundamental que a FMSRC implemente uma cultura de **monitoramento** e de **avaliação** (M&A), verificando os resultados efetivos.

Essa não é uma realidade exclusiva do nosso município, pois é comum que o **monitoramento** e a **avaliação (M&A)** sejam tratados como uma “mera obrigação legal”, o que revela uma barreira cultural profunda à efetivação de um **M&A** eficaz. Isso indica a necessidade de reformular essa prática, transformando-a de um “fardo” de conformidade em uma verdadeira ferramenta de gestão que agregue valor. Superar esse desafio exige o compromisso do gestor maior, das chefias e dos diversos profissionais de saúde que enfatize o **“porquê”** do **monitoramento** e da **avaliação** e, possivelmente, a vinculação do desempenho do **monitoramento** e da **avaliação** ao desenvolvimento e reconhecimento profissional. Uma mentalidade burocrática em relação ao **M&A** leva a uma conformidade superficial, dados imprecisos e oportunidades perdidas de aprendizado e melhoria do serviço público. Cultivar uma cultura genuína de **monitoramento** e de **avaliação**, onde os

resultados são valorizados e utilizados, transforma-o em um poderoso motor para a melhoria contínua da qualidade e resultados melhores na saúde pública do município.

Nesse aspecto, o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde instituíram programas e ações relacionados ao atingimento de indicadores de saúde atrelados ao financiamento do setor. Ao longo de cada gestão, tanto federal quanto estadual, esses programas têm passado por alterações.

Esses indicadores, tanto em nível federal quanto estadual, devem servir como parâmetros básicos e iniciais para o **monitoramento** e a **avaliação** (M&A) dos serviços de saúde, além daqueles definidos nas diretrizes do presente Plano Municipal.

5. CONCLUSÕES

O Plano Municipal de Saúde de Rio Claro para o quadriênio 2026–2029 apresenta um panorama abrangente e realista dos principais desafios e potencialidades do SUS no nível local.

A análise situacional evidenciou que não houve avanços importantes na cobertura da Atenção Primária à Saúde. Por outro lado, revelou importantes avanços na organização da Rede de Atenção, mas também revelou persistentes desigualdades no acesso, limitações estruturais em algumas unidades e uma crescente demanda por atenção especializada e resolutiva.

Considerando o parâmetro do Ministério da Saúde de uma (01) equipe de Saúde da Família para uma população de até 4.500 pessoas (aproximadamente 1.000 famílias), haveria necessidade de aproximadamente 46 (quarenta e seis) equipes para uma cobertura de 100%, ou 36 (trinta e seis) equipes para uma cobertura superior a 80% da população. Esses dados evidenciam a existência de vazios assistenciais no território do município em relação à Atenção Primária à Saúde, nível inicial de acesso da população ao sistema de saúde.

O Plano também chama a atenção para o impacto do processo de transição demográfica e epidemiológica vivenciado pelo município, marcado pelo envelhecimento populacional acelerado e pelo aumento das vulnerabilidades sociais. Essa realidade amplia a complexidade da gestão local, especialmente quando associada à rotatividade de profissionais, à quantidade e qualidade das ações de promoção e prevenção, à dificuldade de fixação de médicos especialistas e à escassez de investimentos em áreas estratégicas, como reabilitação, cuidado continuado e ações intersetoriais. Esses fatores revelam

desafios significativos que deverão ser enfrentados pela saúde pública nos médio e longo prazos.

De forma bem resumida e sintética é apresentado um retrato minucioso do contexto municipal em saúde, destacando:

- a) Há uma estrutura organizacional consolidada em alguns pontos da rede, mas ainda coexistem gargalos significativos que comprometem a integralidade do cuidado em saúde da população;
- b) O modelo centrado na APS deve ser fortalecido com ações que envolvam monitoramento contínuo, supervisão técnica e revisão dos fluxos entre níveis de atenção;
- c) A vigilância em saúde precisa ser potencializada com investimento em tecnologia, pessoal e agilidade de resposta, principalmente na eminência de surtos/epidemias;
- d) Ações para enfrentamento das DCNT e da saúde mental devem ser intersetoriais, com educação em saúde e monitoramento contínuo de indicadores, bem como ampliação efetiva das ações de promoção e prevenção.

No Plano são observados alguns avanços em estruturação do modelo de atenção, mas alguns pontos demandam atenção estratégica:

- Indicadores de cobertura vacinal e pré-natal seguem abaixo das metas estabelecidas pelo MS;
- Crescente demanda reprimida em especialidades médicas e procedimentos cirúrgicos eletivos, com crescente realização de procedimentos eletivos de urgência revelando atendimento não oportuno;
- Baixa acesso à atenção primária, associada à ausência de linhas de cuidado bem definidas;
- Gasto público per capita ainda aquém da média nacional (% de aplicação em saúde e ausência de ampliação de investimentos), o que pode comprometer a sustentabilidade das metas;
- Pouca integração com setores intersetoriais (educação, assistência social, meio ambiente, segurança), revelando a necessidade de estabelecimento de parcerias para que possam melhorar indicadores que tem impacto direto na saúde, por exemplo, os óbitos por causas externas e as epidemias de arboviroses, por exemplo.

Assim, o PMS 2026–2029 reafirma a necessidade de uma saúde pública planejada com base em evidências, monitorada com rigor e executada com participação social. Assim como foi mencionado no plano anterior, elaborado durante a maior crise sanitária vivida pelo mundo e pelo Brasil, este Plano está sendo construído em um contexto pós-pandemia.

Ressalta-se que o Plano não se encerra em sua elaboração e conclusão formal, mas se concretiza em sua efetiva implantação e implementação ao longo do tempo. Daí a importância do acompanhamento e do monitoramento contínuo das ações, com o objetivo maior de garantir condições assistenciais adequadas, bem como a qualificação dos espaços e serviços de saúde, de forma que respondam às necessidades tanto dos usuários quanto dos trabalhadores da saúde — contribuindo, assim, para a construção de uma Rio Claro mais justa, saudável e comprometida com o bem-estar de sua população.

As diretrizes traçadas apontam caminhos possíveis e viáveis, mas a sua eficácia dependerá da governança efetiva e a colocação em prática dos objetivos, das metas e que sejam transformadas em ações no Plano Anual de Saúde (PAS) e sejam devidamente avaliadas no Relatório Anual de Gestão (RAG), com a adequada análise e não somente de maneira cartorial. Que este plano não seja apenas um instrumento legal, mas uma bússola viva, que oriente, corrija rumos e inspire transformações reais no cotidiano do SUS de Rio Claro.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, R. M.; CECATTI, J. G.; HARDY, E. E.; FAÚNDES, A. Causas e fatores associados à mortalidade de mulheres em idade reprodutiva em Recife, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 41-48, 1998.

ALVES, J. D.; OLIVEIRA, M. A.; SOUZA, T. C. Observatório Covid-19 Fiocruz: uma análise da evolução da pandemia de fevereiro de 2020 a abril de 2022. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 2845-2855, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2023.v28n10/2845-2855/>. Acesso em: 15 maio 2025.

BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; TORRE, G. D. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 911-926, 2006.

BRAGA, R. Estrutura urbana e sustentabilidade ambiental em cidades de porte médio: uma análise da cidade de Rio Claro. In: CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO PARA O PLANEJAMENTO URBANO, REGIONAL, INTEGRADO E SUSTENTÁVEL – PLURIS, 3., 2008, Santos. Anais [...]. Santos, 2008.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Manual de controle de roedores*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda e Cidadania. *Programa Bolsa Família e Cadastro Único no seu município (relatório completo): relatório gerado em 04 maio 2025, 13:27, Rio Claro/SP – Bolsa Família e Cadastro Único*. Brasília, DF, 2025. Disponível em: <https://aplicacoes.cidadania.gov.br/ri/pbfcad/relatorio-completo.html>. Acesso em: 4 maio 2025.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. *Novo PAC: conheça o programa*. [S. l.], 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/novopac>. Acesso em: 20 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana: relatório de recomendação (n. 179 – março/2016)*. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2016/relatorio_diretrizes-cesariana_final.pdf. Acesso em: 11 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim epidemiológico: HIV e Aids 2024*. Número especial, dez. 2024. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_hiv_aids_2024e.pdf. Acesso em: 20 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Avaliação de impacto das políticas de saúde: um guia para o SUS* [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (PrEP) oral à infecção pelo HIV* [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Manual de normas e procedimentos para vacinação*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia* [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde*. 2. ed., 2. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças Não Transmissíveis. *Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 – Covid-19* [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo*

coronavírus 2019 – Covid-19: vigilância de síndromes respiratórias agudas (Covid-19) [recurso eletrônico]. Versão de 05 ago. 2020. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Guia de vigilância epidemiológica*. 7. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Manual de vigilância, prevenção e controle de zoonoses: normas técnicas e operacionais* [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed., 4. reimpr. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. (Série Parâmetros SUS, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017: consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 3 out. 2017. p. 61, col. 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017: consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 3 out. 2017. p. 360, col. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de

Vigilância Epidemiológica. *Manual de aconselhamento em hepatites virais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Prevenção combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 1.311, de 12 de setembro de 1997: define a competência de janeiro de 1998, para que a CID-10 vigore em todo o território nacional, em morbidade hospitalar e ambulatorial*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 set. 1997. p. 20.518, col. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional* [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. *Guia de vigilância em saúde: volume 1*. 1. ed. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de vigilância da leishmaniose tegumentar americana*. 2. ed. atual. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. *Manual de planejamento no SUS*.

1. ed., rev. v. 4. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. (Série Articulação Interfederativa, v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM nº 2.135, de 25 de setembro de 2013: estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 26 set. 2013. Seção 1, p. 60, col. 1. Revogada pela Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017.

BRASIL. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona* [versão web]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em: 20 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Guia de vigilância epidemiológica*. 7. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça e Segurança Pública. *Mortes por causas externas: qualificação dos registros inespecíficos* [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Dengue: entenda o que são os sorotipos da doença e porque o tipo 3 é o que mais preocupa atualmente no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 22 jan. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saudealzheimer/pt-br/assuntos/noticias/2025/janeiro/dengue-entenda-o-que-sao-os-sorotipos-da-doenca-e-porque-o-tipo-3-e-o-que-mais-preocupa-atualmente-no-brasil>. Acesso em: 26 mai. 2025. (BRASIL, 2025d).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses. *Diretrizes nacionais para prevenção e controle das arboviroses urbanas: vigilância entomológica e controle vetorial* [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. (BRASIL, 2025a).

BEZERRA DE MENEZES. Hospital Bezerra de Menezes. *Casa de Saúde Bezerra de Menezes (história)*. Disponível em: <https://csbezerrademenezes.com/>. Acesso em: 27 mai. 2025.

COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (CDSS/OMS). *Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais: relatório final*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Guia de apoio à gestão estadual do SUS: monitoramento e avaliação*. Brasília, DF: CONASS, 2022. Disponível em: <http://www.conass.org.br/guiainformacao/monitoramento-e-avaliacao/>. Acesso em: 20 jul. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Recomendação CFM nº 2/2016 (21/01/2016): dispõe sobre a conveniência e oportunidade de os médicos oferecerem aos pacientes, em consulta médica, a solicitação de testes sorológicos para o HIV, sífilis, hepatites B e C, bem como orientá-los sobre a prevenção destas infecções*. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2016.

CORRÊA, Paulo Roberto Lopes; ASSUNÇÃO, Ada Ávila. A subnotificação de mortes por acidentes de trabalho: estudo de três bancos de dados. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 12, n. 4, p. 203-212, dez. 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000400004>. Acesso em: 20 jul. 2025.

DONABEDIAN, Avedis. *Aspects of medical care administration*. Boston: Harvard University Press, 1973.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Instituto René Rachou Fiocruz Minas. Dengue. Página sobre a Dengue [Internet], 2021. Disponível em: <https://minas.fiocruz.br/index.php>. Acesso em: 20 jul. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Biblioteca de Saúde Pública. Página sobre doenças [Internet]. 2022. Disponível em: <https://fiocruz.br/bibcb/cgi/cgilua.exe/sys/start76fb.html?sid=106>. Acesso em: 20 jul. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Laboratório de Informação em Saúde – ICICT. Programa de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (PROADESS) [Internet]. 2022. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php>. Acesso em: 24 jun. 2025.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). Perfil dos Municípios Paulistas [Internet]. São Paulo: SEADE, 2021. Disponível em: <https://perfil.seade.gov.br>. Acesso em: 12 maio 2021.

GERHARDT, P. C.; BORGHI, A. C.; FERNANDES, C. A. M.; MATHIAS, T. A. de F.; CARREIRA, L. Tendência das internações por diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica em idosos. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 21, n. 4, p. 1-10, out./dez. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010. Estimativas 2018. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Documentação do Censo 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas de população residente nos municípios brasileiros, com data de referência em 1º de julho de 2020

[Internet]. Brasília: IBGE, 2020. Publicado no *Diário Oficial da União*, 27 ago. 2020. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2020/estimativa_dou_2020.xls. Acesso em: 12 maio 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). O que é o câncer [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer>. Acesso em: 1 jun. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. 6. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: INCA, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *Atlas da mortalidade* [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Base de dados. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/app/mortalidade>. Acesso em: 21 jul. 2022.

JORNAL DA USP. Jornal da USP no ar [Internet]. Brasil terá redução populacional antes do previsto, aponta IBGE. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2024. Disponível em: <https://jornal.usp.br/?p=802744>. Acesso em: 12 maio 2025.

JORNAL DA USP. Jornal da USP no ar [Internet]. No Brasil, mulheres negras têm maior mortalidade por covid que qualquer grupo na base do mercado de trabalho. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2021. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/mulheres-negras-tem-maior-mortalidade-por-covid-19-do-que-restante-da-populacao/>. Acesso em: 16 maio 2025.

KANSO, Solange et al. A evitabilidade de óbitos entre idosos em São Paulo, Brasil: análise das principais causas de morte. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 735-748, abr. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/lj/csp/a/dy8ZcBDgdgZPG7DmVDNGC8x/?lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2025.

LACAZ, F. A. de C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/02.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2021.

MATTA, Gustavo Corrêa; REGO, Sérgio; SOUTO, Elen P.; SEGATA, Jean (eds.). *Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia* [Internet]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19; Editora Fiocruz, 2021. (Série Informação para Ação na Covid-19).

MATUS, Carlos. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, Francisco Javier Uribe (Org.). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989. p. 105-176.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Desafios do SUS*. Brasília: CONASS, 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2011.

MENDES, J. D. V. Mortalidade por causa mal definida no estado de São Paulo – atualização. *Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde – GAIS*. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, ano 10, n. 72, abr. 2018.

MERHY, Emerson Elias. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAYETANO, M. H.; CARRER, F. C.; GABRIEL, M.; MARTINS, F. C.; PUCCA JUNIOR, G. A. Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): um resgate da história, aprendizados e futuro. *Universitas Odontologica*, Bogotá, v. 38, n. 80, p. 1-20, jan./jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.pnsb>. Acesso em: 20 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Relatório de progresso: Marco de Parceria das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável Brasil – 2017-2021*. Rio de Janeiro, 2015. Documento obtido em maio de 2021 no portal brasileiro da ONU. Disponível em: https://brasil.un.org/sites/default/files/2021-02/Brasil_Relatorio_progresso_2018.pdf. Traduzido pelo Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil (UNIC Rio), última edição em 13 out. 2015. Acesso em: 20 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Agenda 2030* [Internet]. Nova Iorque: ONU, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 18 ago. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável* [Internet]. Nova Iorque: ONU, 2015. Versão traduzida pelo Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil (UNIC Rio), última edição em 13 out. 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19 [Internet]. Washington, D.C.: OPAS, 5 maio 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>. Acesso em: 15 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *COVID-19 e as pessoas idosas* [Internet]. Washington, D.C.: OPAS/OMS, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/envelhecimento-saudavel/covid-19-e-pessoas-idosas>. Acesso em: 15 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 9. ed. rev. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (RIPSA). *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RIBAS, R. P. Vulnerabilidade à pobreza no Brasil: medindo risco e condicionalidade a partir da função de consumo das famílias. *Pesquisa e Planejamento Econômico*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 233-260, ago. 2007. Disponível em: <http://ppe.ipea.gov.br/index.php/ppe/article/viewFile/109/1012>. Acesso em: 20 jul. 2025.

RODRIGUES FILHO, Edison. Caracterização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/192-Regional Rio Claro/SP. Trabalho acadêmico (especialização – Gestão em Saúde) - Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina de Botucatu/Universidade Aberta do Brasil. Orientadora: Dra. Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua–Botucatu/SP, 2011

SAAD, Leila Del Castillo; BARATA, Rita Barradas. *Surtos de febre amarela no estado de São Paulo, 2000-2010*. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília/DF, v. 25, n. 3, p. 531-

540, set. 2016. Disponível em:
<http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000300531&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2025.

SALEH, S.C.; OLIVEIRA, de N.; NEVES, L.M.; ARMOND, J.de E.; COLOMBO-SOUZA, P. *Modelos de Assistência e Taxa de Parto Cesáreo/Vaginal em Hospitais com diferentes tipos de gestão: uma análise de 2.558.496 partos*. Arquivos Catarinenses de Medicina, 2019 out-dez; 48(4):162-173. Disponível em:
<<https://revista.acm.org.br/arquivos/article/view/604/391>>. Acesso em: 20 jul.2025.

SANTA CASA DE RIO CLARO. Hospital Santa Casa de Rio Claro. Página institucional. Disponível em: <https://www.santacasaderioclaro.com.br/>. Acesso em: 27 maio 2025.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde; Superintendência de Controle de Endemias – SUCEN; Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD. *Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral americana do Estado de São Paulo*. Coord. Vera Lucia Fonseca de Camargo-Neves. São Paulo/SP: Secretaria de Estado da Saúde, 2006.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. *Plano Estadual de Saúde: diagnóstico PES 2020-2023*. São Paulo/SP: Secretaria de Estado da Saúde, 2020.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. *Tabela SUS Paulista* [Internet]. Página institucional da SES/SP. Disponível em:
<https://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/homepage/outros-destaques/tabela-sus-paulista>. Acesso em: 21 jun. 2025.

SARMENTO, J.; ROCHA, J. V. M.; SANTANA, R. Defining ambulatory care sensitive conditions for adults in Portugal (tradução livre: definição de condições sensíveis aos cuidados ambulatoriais para adultos em Portugal). *BMC Health Services Research*, v. 20, n. 754, 15 ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05620-9>. Acesso em: 24 jun. 2025.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO (SES/SP). *Diretrizes para implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/AIDS: manual de gestão da rede e dos serviços de saúde, CRT – DST/AIDS*. São Paulo/SP: SES/SP, 2017. (Série Diretrizes para Implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/AIDS).

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO (SES/SP). Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” – CCD/SES-SP. *Boletim Epidemiológico de Febre Amarela – 01/2025*. São Paulo/SP: SES/SP, 2025. Disponível em:

<https://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/agrivos/febre-amarela/boletim-epidemiologico-febre-amarela>. Acesso em: 26 maio 2025.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO (SES/SP). Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde (GAIS); Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS). *GAIS Informa* n. 68, dez. 2017 (ano 9). Boletim atualiza as informações sobre a mortalidade materna do Estado de São Paulo até 2015. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/informacoes-de-saude/gais-informa>. Acesso em: 22 jun. 2025.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO (SES/SP). Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde (GAIS); Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS). *GAIS Informa* n. 90, nov. 2019 (ano 11). Boletim atualiza as informações sobre a mortalidade infantil e na infância (óbitos em menores de cinco anos) do Estado de São Paulo. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/informacoes-de-saude/gais-informa>. Acesso em: 22 jun. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL (SBMT). Movimento antivacina é uma das dez ameaças para a saúde mundial [Internet]. Brasília/DF: SBMT, 2019. Disponível em: <https://sbmt.org.br/anti-vaccine-movement-is-one-of-the-ten-threats-to-global-health/>. Acesso em: 20 jul. 2025.

SODELLI, Francielle Calixto. *Indicadores socioeconômicos e ambientais para a análise da vulnerabilidade socioambiental do município de Rio Claro/SP*. Rio Claro/SP, 2016.

SOUZA, M. F. M. et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas unidades federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro/RJ, v. 23, n. 6, p. 1737-1750, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04822018>. Acesso em: 12 maio 2025.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília/DF: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO); Ministério da Saúde, 2002.

TANAKA, O. Y. *Avaliação do programa de saúde do adolescente: um modo de fazer*. São Paulo/SP: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL (TSE). *Rio Claro merece mais: plano de governo Gustavo Perissinotto e Rogério Guedes (2021-2024)*. Disponível em: <https://divulgacandcontas.tse.jus.br/divulga/#/candidato/SUDESTE/SP/2030402020/250000993743/2020/69795>. Acesso em: 3 maio 2021.

TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL (TSE). *Pra Rio Claro continuar mudando: plano de governo Gustavo Perissinotto – Prefeito e Maria do Carmo – Vice (2025-2028)*. Disponível em: <https://divulgacandcontas.tse.jus.br/divulga/#/candidato/SUDESTE/SP/2045202024/250001967717/2024/69795>. Acesso em: 20 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. Geneva/Switzerland: WHO, 30 jan. 2020. Disponível em: [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 20 jul. 2025.

7. ANEXOS

RELATÓRIO FINAL DA 16ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO

https://www.dosp.com.br/exibe_do.php?i=NjU5OTAy

RESOLUÇÃO N.006/2025 – CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO



IMPrensa Oficial - RIO CLARO

Publicado em 25 de julho de 2025 | Edição nº 1821 | Ano XX

Entidade: Fundação Municipal de Saúde | Seção: Conselhos Municipais | Subseção: Conselho Municipal de Saúde

RESOLUÇÃO Nº 006/2025

O Conselho Municipal de Saúde de Rio Claro, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei Federal Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, pela Lei Federal Nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990, pela Lei Municipal Nº 3.072 de 17 de Novembro de 1999, alterada parcialmente pela Lei Municipal Nº 5.370 de 20 de Março de 2020, pelo Decreto Municipal Nº 13.437, de 07 de Outubro de 2024, pelo Decreto Municipal Nº 13.454, de 25 de Outubro de 2024, pelo Decreto Municipal Nº 13.503, de 18 de Dezembro de 2024, pelo Decreto Municipal Nº 13.601, de 30 de Maio de 2025 e pelo Decreto Municipal Nº 13.629, de 21 de Julho de 2025;

CONSIDERANDO a Resolução Nº 453 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de Maio de 2012, a qual Aprova as Diretrizes para Instituição, Reformulação, Reestruturação e Funcionamento dos Conselhos de Saúde e Trata da Competência do Conselho Municipal de Saúde de Definir Diretrizes para Elaboração dos Planos de Saúde e Deliberar sobre o seu Conteúdo;

CONSIDERANDO o Encaminhamento para Análise e Discussão do Plano Municipal de Saúde 2026–2029 na 6ª Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de 2025, realizada no dia 18 de Junho de 2025;

CONSIDERANDO a Apreciação do Plano Municipal de Saúde 2026-2029 e a Votação realizada na 7ª Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de 2025, realizada no dia 23 de Julho de 2025;

RESOLVE:

Artigo 1º - Aprovar o Plano Municipal de Saúde 2026-2029.

Artigo 2º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Rio Claro, 25 de Julho de 2025.

PROF. DR. AMÉRICO VALDANHA NETTO

CREF 061389-G/SP

Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Rio Claro

José Pedro S. Pacheco/Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde de Rio Claro

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.



ENDEREÇO E TELEFONE DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO

Setor/Unidade	Endereço	Telefone(s)
Administração - Sede Administrativa	R. 6 n° 2572 (avs. 30 e 32) - Centro	3522-3600 / 3522-1400
Administração - Sede Administrativa	R. 6 n° 2572 (avs. 30 e 32) - Centro	3522-3600 / 3522-1400
Agendamento Ambulância Intermunicipal	Av. 24 n° 1040 (ruas 8 e 9) - Santana	3524-0144 / 3533-6911
Agendamento Ambulância Municipal (Linha Saúde)	R. Dr. Eloy Chaves n° 3265 - Santana - NAM	160 / 3524-9775 / 3523-5468
Atenção Básica	R. 6 n° 2572 (avs. 30 e 32) - Centro	3522-1418
CAPS AD (Centro de Atendimento Psicosocial)	Av. 4 n° 1171 esquina c/ rua 13 - Centro	3525-7204 / 3533-2145 (Fax)
CAPS III "18 de Maio"	R. M9 n° 66 (avs. M17 e M17A) - Jd. Floridiana	3536-3365 / 3536-3077 / 3525-4940 / 3522-1423 / 3315-1450
CCZ (Centro de Controle de Zoonoses)	R. Alpha n° 287 Distrito Industrial	3533-7155 / 3535-4441 / 3536-3866 / 3522-1435 / 3315-1451
CEAD (Centro de Especialidades e Apoio Diagnóstico)	Av. 24 n° 1040 (ruas 8 e 9) - Santana	3525-2005 / 3525-2007 / 3524-1463 / 3524-1805 / 3524-2812 / 3534-0026 / 3522-1434
CEI "Antonio Carlos Rodrigues - TUTE" (CAPS IJ / CEO I - Ortodontia Infantil)	R. 15 n° 51 (avs. 23 e 25) - Consolação	CAPS IJ 3523-3754 / 3532-1522 / 3522-1421 (Chefia) / CEO I 3524-5770
Centro de Combate às Endemias (Dengue)	R. M14 n° 379 - Jd. Independência	3523-8663 / 3532-2777
CEO Unificado (CEO II / CEOSBI - CEO III)	R. 7 n° 1687, (avs.12 e 14) - Santa Cruz	3523-6702 / 3522-1427 / 3532-6089 (Chefia)
CER (Centro de Especialidade e Reabilitação "Princesa Victória") (antigo CHI)	R. José Felício Castellano n° 1700 - Vila Cristina	3527-1461 / 3535-4408
CEREST (Centro de Referência Saúde do Trabalhador)	Av. 1 n° 759 (esquina com rua 9) - Centro	3525-2080 / 3533-8339 / 3522-1424
Farmácia 29	R. 12 (avs. 29 e 31) - Bairro do Estádio	3522-1439
Farmácia de Alto Custo	Av. 2 n° 238 (ruas 3 e 4) - Centro	3533-8949

Farmácia do Chervezon	R. M9 nº 50 (avs. M17 e M17A) - Jd. Floridiana	3525-4941
Hospital Público Municipal "Maria Thereza Ramos Vitti"	Av. M15 nº 588 Jd. Independência	
Laboratório Municipal	R. M9 nº 50 - Parque das Indústrias	3532-1074 / 3523-8511 / 3532-1191 / 3524-0035 (Chefia) 3522-1444
CVZ Logística (Almoxarifado Administrativo)	R. Dr. Eloy Chaves nº 3265 - Santana - NAM	3524-2610 / 3522-1432
Agendamento Ambulância Intermunicipal	Av. 24 nº 1040 (ruas 8 e 9) - Santana	3524-0144 / 3533-6911
Agendamento Ambulância Municipal (Linha Saúde)	R. Dr. Eloy Chaves nº 3265 - Santana - NAM	160 / 3524-9775 / 3523-5468
Atenção Básica	R. 6 nº 2572 (avs. 30 e 32) - Centro	3522-1418
CAPS AD (Centro de Atendimento Psicosocial)	Av. 4 nº 1171 esquina c/ rua 13 - Centro	3525-7204 / 3533-2145 (Fax)
CAPS III "18 de Maio"	R. M9 nº 66 (avs. M17 e M17A) - Jd. Floridiana	3536-3365 / 3536-3077 / 3525-4940 / 3522-1423 / 3315-1450
CCZ (Centro de Controle de Zoonoses)	R. Alpha nº 287 Distrito Industrial	3533-7155 / 3535-4441 / 3536-3866 / 3522-1435 / 3315-1451
CEAD (Centro de Especialidades e Apoio Diagnóstico)	Av. 24 nº 1040 (ruas 8 e 9) - Santana	3525-2005 / 3525-2007 / 3524-1463 / 3524-1805 / 3524-2812 / 3534-0026 / 3522-1434
CEI "Antonio Carlos Rodrigues - TUTE" (CAPS IJ / CEO I - Ortodontia Infantil)	R. 15 nº 51 (avs. 23 e 25) - Consolação	CAPS IJ 3523-3754 / 3532-1522 / 3522-1421 (Chefia) / CEO I 3524-5770
Centro de Combate às Endemias (Dengue)	R. M14 nº 379 - Jd. Independência	3523-8663 / 3532-2777
CEO Unificado (CEO II / CEOSBI - CEO III)	R. 7 nº 1687, (avs.12 e 14) - Santa Cruz	3523-6702 / 3522-1427 / 3532-6089 (Chefia)
CER (Centro de Especialidade e Reabilitação "Princesa Victória") (antigo CHI)	R. José Felício Castellano nº 1700 - Vila Cristina	3527-1461 / 3535-4408
CEREST (Centro de Referência Saúde do Trabalhador)	Av. 1 nº 759 (esquina com rua 9) - Centro	3525-2080 / 3533-8339 / 3522-1424
Famácia 29	R. 12 (avs. 29 e 31) - Bairro do Estádio	3522-1439

Farmácia de Alto Custo	Av. 2 nº 238 (ruas 3 e 4) - Centro	3533-8949
Farmácia do Chervezon	R. M9 nº 50 (avs. M17 e M17A) - Jd. Floridiana	3525-4941
Hospital Público Municipal "Maria Thereza Ramos Vitti"	Av. M15 nº 588 Jd. Independência	
Laboratório Municipal	R. M9 nº 50 - Parque das Indústrias	3532-1074 / 3523-8511 / 3532-1191 / 3524-0035 (Chefia) 3522-1444
CVZ Logística (Almoxarifado Administrativo)	R. Dr. Eloy Chaves nº 3265 - Santana - NAM	3524-2610 / 3522-1432
Logística (Almoxarifado de Insumos "Dispensário")	R. Dr. Eloy Chaves nº 3265 - Santana - NAM	3533-2141 / 3522-1431 / 3534-4660 (Fax)
NIRM (Núcleo Interno de Regulação Municipal)	Av. Brasil nº 880 - Vila Martins	3522-1426 / 3315-1452
Ouvidoria SUS	R. 6 nº 2572 (avs. 30 e 32) - Centro	3522-3600 / 3522-1420
Patrimônio	R. Dr. Eloy Chaves nº 3265 - Santana - NAM	3524-2610 / 3522-1433
Residência Terapêutica	Rua 15 nº 442 - Consolação	3523-3347
SAD (Serv. Atenção Domiciliar)	Av. 24 nº 1040 (ruas 8 e 9) - Santana	3532-5622
SAMU "Silvestre La Torre"	Av. Brasil nº 880 - Vila Martins	3522-4000- PABX / 192 URGÊNCIA
SAMU Base Descentralizada	Avenida Presidente Kennedy nº 900	3523-1899
SEPA "Graziela Osele Ferro Ramos"	Av. 19 nº 1045, esq. c/ rua 10 - Consolação	3533-3350 / 3523-3232 / 3523-2034 (Chefia)
SESMT/SESTD	Av. 2 nº 238 (ruas 3 e 4) - Centro	3532-6682 / 3522-1437
Tecnologia da Informação (CPD - NAM)	R. Dr. Eloy Chaves nº 3265 - Santana - NAM	3532-1236
Tecnologia da Informação (sede ADM)	R. 6 nº 2572 (avs. 30 e 32) - Centro	3522-1429
Transporte	R. Dr. Eloy Chaves nº 3265 - Santana - NAM	3525-2070 / 3524-8155
UBS 29 "Oreste Armando Giovani"	Av. 29 nº 1311 - Bairro do Estádio	3522-1815 / 3522-1440
UBS Ferraz	Av. 4 nº 385 - Distrito de Ferraz	3538-1268

UBS Jd. Chervezon "Dr. Nicolino Maziotti"	Av. M17 n° 739 - Jd. Chervezon	3522-1436 / 3523-7640 (Fax) / 3533-1108 / 3524-0348
UBS Vila Cristina "Dr. Sílvio Arnaldo Piva"	R. José F. Castellano, 1784 - Vila Cristina	3522-1438 / 3527-2908 (Fax) / 3527-0709 / 3525-6720
UBS Wenzel "Dr. Mario Fittipaldi"	R. 21 n° 4219 - Wenzel	3533-3343 / 3525-6000 (Chefia) / 3523-5595 (A.S.)
UPA 29	Av. 29 n° 1311 - Bairro do Estádio	3522-1818 / 3522-1811 / 3522-1812
UPA Chervezon	R. M9 n° 50 - Jd. Independência	3533-7272 / 3524-8828 / 3533-7277 / 3522-1425 / 3532-6471 (Chefia)
USF Ajapi "Farmacêutico Antonio Gilberto Fonseca"	R. 4 n° 365 (avs. 1 e 3) - Ajapi	3539-1255 / 3522-1406 / 3539-0215 (orelhão) / 3538-1265 (Enfª)
USF Assistência	Av. 1 s/n°	3523-7882 / 3522-1405
USF Bela Vista "Arindal Carneiro Cesar Pires"	Av. 1A n° 750 - Nossa Senhora da Saúde	3532-1075 / 3522-1417
USF Benjamim de Castro "Dr. Norberto Antonio Simão Caneiro"	Av. 8 n° 420 - Jd. Centenário	3524-0313 / 3522-1409
USF Bom Sucesso/Novo Wenzel "Célia Ap. Ceccato da Silva"	R. 6 n° 680 - Jd. Novo Wenzel	3534-0509 / 3522-1402
USF Jd. Boa Vista (Nosso Teto) "Dr. Antonio R. M. Santomauro"	Av. 88 n° 147 - Jd. Boa Vista	3533-3522 / 3523-1809 / 3525-6259 / 3522-1414 / 3531-4165 (Enfª)
USF Jd. Brasília "Neusa Maria Mortari"	Av. dos Costas n° 1349 (esquina c/ rua 30)	3532-3944 / 3522-1415
USF Jd. das Flores "Dr. Moacir Camargo"	Av. M51 - c/ rua 06, s/n° - Jd das Flores	3532-5783 / 3522-1410
USF Jd. das Palmeiras "Dr. Gilson Giovanni"	R. 8 n° 1102 - Jd. das Palmeiras	3524-2202 / 3522-1408 / 3532-6496 (Enfª)
USF Jd. Guanabara "Dr. Celestino Donato"	R. 9 s/n° - Jd. Guanabara	3532-6248 / 3522-1407 / 3532-1192 (Enfª)
USF Jd. Novo I "Dr. Dirceu Ferreira Penteado"	R. 8 n° 1012 - Jd. Novo I	3534-4975 / 3522-1404 / 3524-3652 (Enfª)
USF Jd. Panorama "Dr. Osvaldo Akamine"	Av. 64 PA n° 1390 - Jd. Panorama	3532-5377 / 3522-1411
USF Jd. Progresso "José Carlos da Silva"	R. M35 n° 1909 (esquina com av. M37) - Jd. Progresso	3533-3391 / 3522-1412 / 3532-1439 (Enfª)

USF Jd. Santa Elisa "Dr. Acacio Jorge"	R. 25 s/nº (avs. 42 e 48)	3531-3617 / 3522-1413
USF Mãe Preta "Dr. Eduardo Reis"	R. 12RV nº 80, com rua 19RV - Vila Verde	3536-3396 / 3522-1403 / 3527-0164 (Enfª)
USF São Miguel "Jorcelindo Quintino de Faria"	Av. 62A nº 1750, com rua 18A - Oreste Armando Giovani	3535-4140 / 3522-1416
USF Terra Nova	Av. Marco Antonio Padula nº 1043 - Terra Nova	3532-5385 / 3522-1401 / 3524-2162 (Enfª)
VE - Vigilância Epidemiológica	R. 10 nº 152 - Centro	3315-1457
VISA - Vigilância Sanitária	R. 13 nº 2077 (avs. 18 e 20) - Vila do Rádio	3533-1275 / 3523-7218 / 3522-1419
Zeladoria e Manutenção	Rua 28 nº 2138 (avs. 10 e 12) - Jd. São Paulo	3527-2796 / 3527-1129 / 3522-1430



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



CORREÇÃO NO PAS (ACRESCIDO ITEM 9)

1.1. DIRETRIZ 1 - GARANTIR E QUALIFICAR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, EM TEMPO ADEQUADO, COM ÊNFASE NOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE IDENTIFICADOS NO MUNICÍPIO.

DIRETRIZ I - GARANTIR E QUALIFICAR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, EM TEMPO ADEQUADO, COM ÊNFASE NOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE IDENTIFICADOS NO MUNICÍPIO.

**1.2- Propiciar acesso em tempo oportuno e qualificação
aos serviços ofertados AAEH**

9 - Garantir o incremento financeiro, a sustentabilidade do custeio e ampliar a oferta assistencial dos serviços hospitalares de Média e Alta Complexidade (MAC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), visando a manutenção da oferta de Procedimentos Clínicos e o suporte às Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) contratualizadas junto à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro, permitida a complementação da assistência mediante a contratação de serviços de terceiros para a realização de procedimentos clínicos regulados.