



FUNDAÇÃO /
SECRETARIA DE
SAÚDE



PREFEITURA DE
RioClaro

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

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
DE RIO CLARO/ SP

2018-2021

Djair Claudio Francisco

Secretário Municipal de Saúde/

Presidente da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro

João Teixeira Junior

Prefeito Municipal de Rio Claro

RIO CLARO – SP

2018





FUNDAÇÃO /
SECRETARIA DE
SAÚDE



PREFEITURA DE
RioClaro

COORDENAÇÃO GERAL

Eleny Freitas de Almeida

Diretora da Gestão do SUS da FMSRC

CONTRIBUIÇÃO TÉCNICA

Diretores, Assessores, Gerentes e Chefes de Núcleo de todas as áreas da FMSRC

PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Conselho Municipal de Saúde de Rio Claro – SP.



ÍNDICE

APRESENTAÇÃO.....	5
INTRODUÇÃO	6
ESTRUTURA	8
DESENVOLVIMENTO DO PLANO	9
ANÁLISE SITUACIONAL	10
1 Aspectos Demográficos e Sócio Econômicos.....	11
1.1 Pirâmide Populacional	12
1.2 Aspectos Social, Econômico e Educacional	13
2 Perfil de Morbimortalidade	15
2.1 Características Gerais da Mortalidade	15
2.2 Óbitos por Capítulo da CID 10	16
2.3 Mortalidade Infantil	20
2.4 Nascidos Vivos	22
2.5 Mortalidade Materna	24
2.6 Morbidade Hospitalar SUS	26
2.7 Doenças Endêmicas e Epidêmicas e Outros Fatores de Risco para a Saúde	31
2.7.1 Doenças Transmissíveis	32
2.7.1.1 Tuberculose.....	32
2.7.1.2 Hanseníase	32
2.7.1.3 Meningites	33
2.7.1.4 AIDS	34
2.7.1.5 Sífilis congênita	36
2.7.1.6 Transmissão vertical do HIV e sífilis	37
2.7.1.3 Hepatites	38
2.8 Imunização	39
2.9 Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT	40
2.10 Doenças Transmitidas por Vetores e Antropozoonoses	41
2.10.1 Dengue.....	41
2.10.2 Chikungunya	43
2.10.3 Leptospirose	44



2.10.4 Leishmaniose Visceral Americana	45
2.11 Acidentes e Violência	46
2.12 Promoção da Saúde	47
3GESTÃO DO SUS	49
3.1 Regionalização	50
3.2 Capacidade Instalada SUS	53
3.3.Assistência Ambulatorial	55
3.3.1 Atenção Básica	55
3.3.2 Atenção Especializada	60
3.3.3 Saúde Mental – Atenção Psicossocial	64
3.3.4 Habilitação/Reabilitação	66
3.3.5 Assistência a Urgência e Emergência	68
3.3.6 Apoio Diagnóstico e Terapêutico	72
3.3.7 Oncologia	75
3.3.8 Laboratório Municipal de Análises Clínicas	76
3.3.9 Produção Ambulatorial	78
3.4 Assistência Hospitalar	80
3.4.1 Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro	80
3.4.2 Casa de Saúde e Maternidade Santa Filomena	85
3.4.3 Casa de Saúde “Bezerra de Menezes”	86
3.4.4 Produção Hospitalar	86
EIXOS, DIRETRIZES E OBJETIVOS	89
VIABILIDADE – VINCULAÇÃO COM O PLANO PLURIANUAL – PPA	135
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	137
CONSIDERAÇÕES FINAIS	138
ANEXOS	139



APRESENTAÇÃO

O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (PMS) de Rio Claro - SP apresenta as diretrizes para a gestão da saúde municipal no período de 2018 a 2021, tendo como base as orientações da Portaria nº 2135, de 25 de setembro de 2013 que estabelecem o sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde.

O Plano Municipal de Saúde - PMS 2018 -2021 deve ser compreendido como o instrumento de referência para a atuação da Secretaria/Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro, objetivando o contínuo aperfeiçoamento e a concretização do SUS, fundamentado nas suas diretrizes: universalização, integralidade e a equidade da atenção à saúde no município de Rio Claro

A Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro tem atribuição de coordenar a Política Municipal de Saúde em consonância com as diretrizes definidas pelo SUS explicitadas na Lei Orgânica do Município. O Plano Municipal de Saúde é o instrumento que norteia todas as medidas e iniciativas para o cumprimento dos preceitos do SUS na esfera municipal, coerentes e devidamente expressadas nas Programações Anuais de Saúde tendo seus resultados avaliados nos Relatórios Anuais de Gestão com a participação e controle da comunidade a partir do Conselho Municipal de Saúde e da realização das Conferências Municipais de Saúde. O PMS orienta a definição do Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) se consolidando como fundamental instrumento de planejamento.

A gestão participativa e o controle social são fundamentais nesse contexto, uma vez que permite o planejamento horizontal e ascendente e a garantia de transparência na gestão e desenvolvimento de ações e serviços. Para análise e definição do eixo central foram priorizados dados destacados dentre os indicadores de saúde da população que proporcionou o planejamento de programas e ações nas áreas da gestão da saúde, promoção e assistência à saúde e investimentos em infraestrutura bem como as diretrizes da Política Estadual e Federal e da Conferência Municipal de Saúde do ano de 2017. Esse Plano Municipal foi elaborado pela equipe técnica representativa das diretorias e comissão de conselheiros municipais de saúde.



INTRODUÇÃO

A Gestão da Assistência à Saúde de Rio Claro – SP, é responsabilidade da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro, onde o município em Gestão Plena do Sistema de Saúde, através da Portaria/GM de 04/05/1998, assumindo as competências e responsabilidades do Sistema Único de Saúde – SUS no âmbito municipal, o qual confere a finalidade de coordenar as políticas de saúde no Município de Rio Claro, em consonância com as diretrizes definidas pelo Sistema Único de Saúde, promover a saúde e qualidade de vida da população, implementando políticas que, direta ou indiretamente, estão relacionadas à saúde, através de ações integrais e intersetoriais, de forma resolutiva, humanizada, com equidade e participação popular.

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

A Autarquia Municipal de Saúde é constituída das seguintes unidades organizacionais: Presidência, Diretoria Médica, Diretoria de Gestão do SUS, Diretoria de Administrativa e Financeira, Diretoria de Vigilância em Saúde, Diretoria de Gestão de Pessoas e o Conselho Municipal de Saúde.

A Política Municipal de Saúde tem como objetivo promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando à redução do risco de agravos e o acesso universal e igualitário às ações para a sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a equidade na atenção, diminuindo as desigualdades e promovendo serviços de qualidade, observando os princípios da integralidade e intersetorialidade nas ações e nos serviços de saúde, ênfase em programas de ação preventiva, humanização do atendimento e gestão participativa do Sistema Municipal de Saúde.

Este plano se propõe a desenvolver ações combinadas a partir da noção ampliada de saúde, interdisciplinaridade nos processos de trabalho, e humanização das práticas e da atenção, buscando a satisfação do usuário pelo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão e qualidade de vida.



É necessário o contínuo esforço no sentido de aprimorar o funcionamento das Redes já implantadas, Rede da Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de cuidado da Pessoa com Deficiência, e com isso programar o pleno funcionamento das incipientes como a Linha de Cuidados do Sobrepeso e da Obesidade e Linha de Cuidados do Doente Renal Crônico.

Este Plano Municipal de Saúde tem vigência de 2018 – 2021 e seu detalhamento e acompanhamento pelas Programações Anuais de Saúde, atualizações pelas Conferências de Saúde, relatórios trimestrais e dos Relatórios Anuais de Gestão.

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

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

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

A elaboração do Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021 consideraram a legislação descrita acima e teve com subsídios: a análise situacional; a avaliação preliminar sobre a execução das metas do Plano 2014 – 2017; as recomendações do Relatório de Gestão - RAG 2016; as Políticas Nacionais de Saúde, os Programas e indicadores de saúde; os Eixos Temáticos das Conferências Nacional e Estadual de Saúde e as propostas aprovadas na Conferência Municipal de Saúde.



ESTRUTURA

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

1. Análise situacional: identificação e priorização de problemas de saúde e de gestão;

2. Definição dos objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos.

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

- As condições de saúde da população: compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde;

- Os determinantes e condicionantes de saúde: concentra medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores;

- A gestão em saúde: medidas que se configuram essenciais à melhoria e/ou ao aperfeiçoamento da gestão da saúde, tais como recursos humanos, participação social, infra-estrutura, descentralização, regionalização, regulação.

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

Para cada eixo são estabelecidos:

Diretrizes: indicam as linhas de ação a serem seguidas.

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

Metas: concretizam o objetivo, sendo expressões quantitativas.

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



DESENVOLVIMENTO DO PLANO

O Plano Municipal de Saúde - PMS 2018 - 2021 foi elaborado, a partir de um conjunto de processos articulados e integrados, sob a coordenação da área de Planejamento da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro – FMSRC.

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

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

A versão preliminar foi discutida com a equipe técnica em 09/01/2018, sendo encaminhada para análise e complementações.

A versão do Plano Municipal de Saúde foi apresentado para o Conselho Municipal de Saúde, em reunião realizada em 06/02/2018.

O Conselho Municipal de Saúde aprovou o Plano Municipal de Saúde - PMS 2018 – 2021, em 27/02/2018.



ANÁLISE SITUACIONAL

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

Os aspectos desenvolvidos na análise situacional são:

I – Aspectos Demográficos e Sócio-Econômicos

II – Perfil da Morbimortalidade

III - Gestão do SUS



1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SÓCIO ECONÔMICOS

Com relação aos **aspectos demográficos**, o município de Rio Claro apresenta Densidade Demográfica de 404,22 habitantes/km², com 97,75 % de grau de urbanização (SEADE 2017, TCU – TABNET/DATASUS).

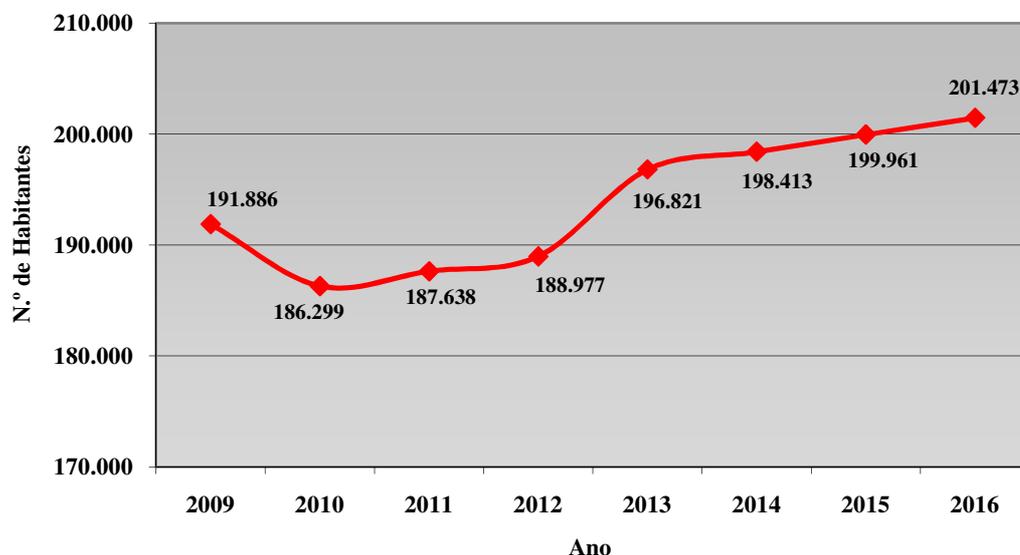
A Taxa de Natalidade é de 12,32 (nascidos vivos por mil habitantes - 2016), porém no estado de São Paulo a Taxa é de 13,84, onde é observado que primeira vez o Município de Rio Claro está com a Taxa de Natalidade abaixo da totalidade do Estado de SP em 1,52%.

Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População no período de 2014 a 2017 foi de 0,81 % ao ano.

A população estimada do município de Rio Claro é de 201.473 habitantes, para o ano de 2017 (Censo IBGE).

Crescimento Populacional do Município de Rio Claro/SP

Período: 2009 a 2016

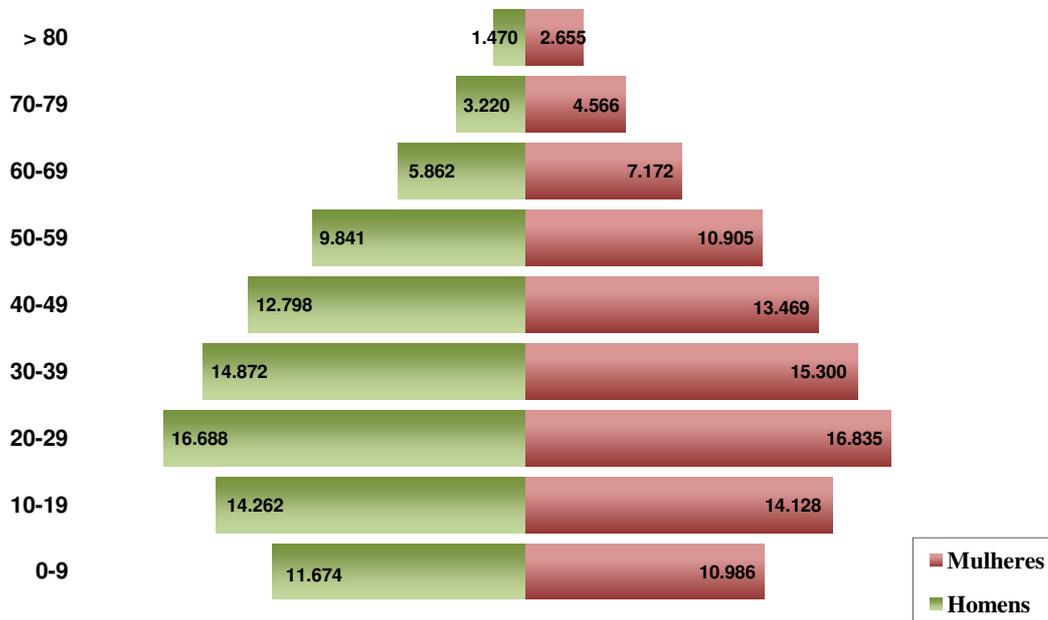


Fonte: População Residente – Estimativas para o TCU – TABNET/DATASUS



Pirâmide Etária - Município de Rio Claro/SP

Ano: 2010



Fonte: População Residente – Censo IBGE 2010 – TABNET/DATASUS

1.1 Pirâmide Populacional

Comparando o gráfico de crescimento populacional de 2010 á 2016, observa-se o crescimento populacional de 15.174 habitantes, sendo um impacto de 7.50% no crescimento da população como um todo.

Considerando o gráfico municipal por faixa etária, observa-se que temos menor população abaixo de 19 anos, e maior expressão de habitantes entre a faixa etária dos 20 aos 29 anos de idade, porém o sexo feminino prevalece na idade entre 30 aos 39 anos, onde há um déficit discreto no número de habitantes.

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

As faixas etárias economicamente produtivas – 20 a 59 anos representam 67.07% da população total estimada 2017 de 201.473 habitantes.



1.2 Aspectos Social, Econômico e Educacional.

O município de Rio Claro conta com aproximadamente 100 % da população atendida pela coleta de lixo (99,79 %); abastecimento de água tratada (99,67 %) e esgoto sanitário (98,99 %).

A Renda per Capita municipal média é de R\$ 840,39 por habitante, de acordo com a distribuição de renda por domicílios, a renda per Capita de até ¼ do salário mínimo contempla 4,81% dos domicílios, e com renda per Capita de até ½salário mínimo contempla 12.87% dos domicílios.

A Taxa de Analfabetismo dos munícipes com mais de 15 anos de idade é de 3.46%, e da população entre 18 e 24 anos com o ensino médio completo é de 67.24.

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

A Participação no PIB do Estado (2015) é de 0,43%%, sendo que a participação dos Serviços representa 55,52%, da Indústria 43,12% e da Agropecuária 1,17%.

Dados populacionais	Ano	
Área – Km ²	2017	498,42
População Residente	2017	196.904
Densidade Demográfica – Hab/Km ²	2017	395,05
Taxa Geométrica de Crescimento Anual 2010/2017 (%a.a)	2017	0,81
Grau de Urbanização (%)	2017	97,75
População com menos de 15 anos (%)	2017	17,37
População com 60 anos e mais (%)	2017	15,56
Índice de Envelhecimento (%)	2017	89,56
Razão de Sexos	2017	94,72
Estatísticas Vitais	Ano	
Taxa de Natalidade (por 1000 habitantes)	2016	12,32



Taxa de Fecundidade Geral (por 1000 mulheres entre 15 e 49 anos)	2016	44,62
Condições de Vida	Ano	
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM	2010	0,803
Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS	2014	Grupo 1
Renda per Capita Média (R\$)	2010	840,39
Domicílios com renda per Capita de até ¼ do Salário Mínimo (%)	2010	4,81
Domicílios com renda per Capita de até ½ do Salário Mínimo (%)	2010	12,87
Educação	Ano	
Taxa de Analfabetismo da população de 15 anos e mais (%)	2010	3,46
População 18 a 24 anos com ensino médio completo (%)	2010	67,24
Economia	Ano	
PIB (em reais corrente)	2015	8.531.051,24
PIB per Capita (em reais corrente)	2015	43.954,78
Participação PIB Estado (%)	2015	0,4398
Habitação e infraestrutura urbana	Ano	
Abastecimento de Água – Nível de atendimento (%)	2010	99,67
Esgoto Sanitário – Nível de atendimento (%)	2010	98,99
Coleta de Lixo - Nível de atendimento (%)	2010	99,79

Fonte: Fundação SEADE



2. PERFIL DA MORBIMORTALIDADE

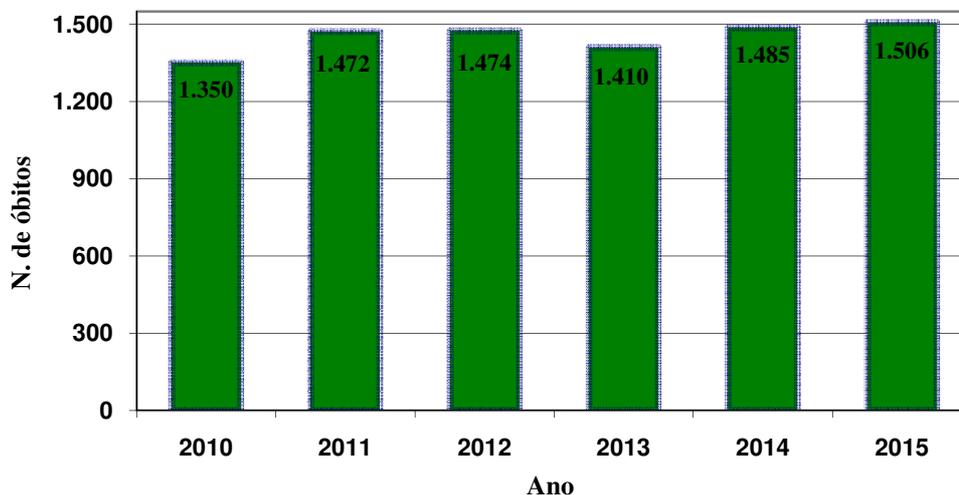
A análise da mortalidade e morbidade municipal considerou os dados dos sistemas nacionais e estaduais de informação sobre mortalidade e internações hospitalares, de notificação de doenças e agravos e dos diversos programas de saúde.

2.1 Características Gerais da Mortalidade

A Taxa de Mortalidade Geral apresenta os seguintes indicadores no período de 2010 – 2015:

Houve um aumento 153 óbitos, observando os números dos anos de 2010 e 2015, porém as populações como observaram acima, também cresceu nesse período, em 13.662 habitantes.

Óbitos por residência - Rio Claro/SP
2010 a 2015



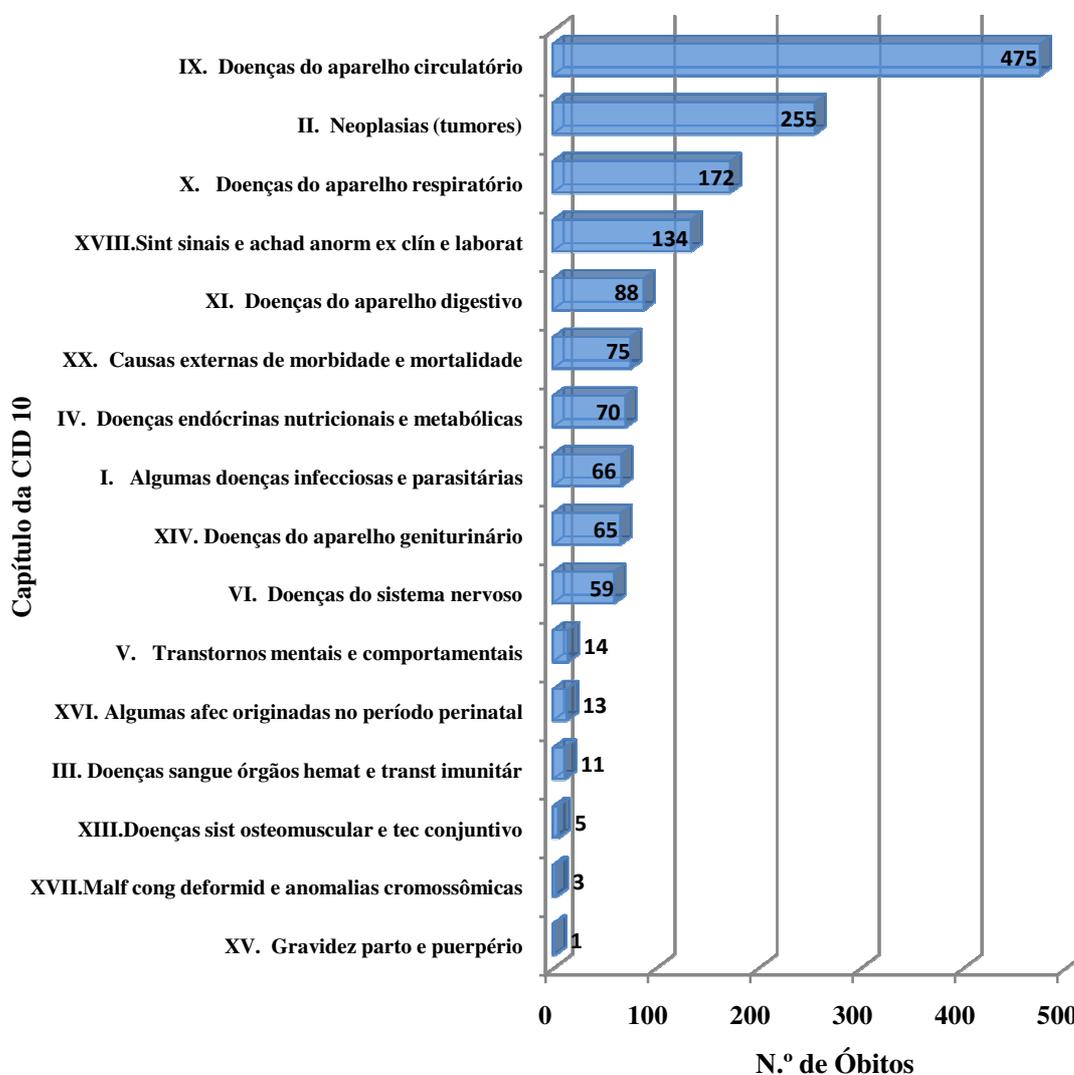
Fonte: TABNET/DATASUS



2.2 Óbitos por Capítulo da CID 10

Os dados evidenciados no gráfico indicam a causa do óbito dentro da realidade nacional atual, onde as doenças do aparelho circulatório é a causa que mais ceifam vidas (475 óbitos - 31.42%); a segunda causa de óbito apontada pelo estudo é a neoplasia (255 - 16.94%); seguindo da terceira causa que ficou evidenciada pelas Doenças do aparelho respiratório (172 - 11.42%).

Óbitos por Capítulo da CID 10 - Rio Claro/SP - 2015



Fonte: TABNET/DATASUS



As causas de óbito por faixa etária foi observado que na faixa etária dos 20 - 39 anos as causas de óbito de maior magnitude foram às causas externas, ou seja, também uma realidade nacional, onde o trauma, caracterizado por causa externa é a maior incidência (32 - 37.20%); seguido pela faixa etária de 40 aos 49 anos onde a maior causa observada foi às doenças do aparelho circulatório (20 - 22.47%); e dos 50 aos 59 anos a prevalência da causa de óbito foi caracterizada por Neoplasias (45 - 24%) e na faixa etária dos 60 aos 80 anos a causa de óbito foi caracterizada pelas doenças do aparelho circulatório (406 - 36.31%).

Nos óbitos dos menores de um ano, foi apontada como causa as afecções originadas no período perinatal (13 - 72.22%).

O comitê materno - infantil realizou propostas que estão sendo efetivadas a fim de minimizar a causa de óbito em questão, saliento ainda que no SISPACTO 2018 e no Plano Municipal de Saúde 2018 a questão também foi levantada.

Em suma, dos 1.506 óbitos, que ocorreram no ano de estudo, 2015, 794 (52.72%) foram pertinentes do sexo masculinos e 712 (47.28%) do sexo feminino.

Óbitos por Capítulo da CID 10 e Sexo - Rio Claro/SP - 2015

Capítulo CID-10	Masc	Fem	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	37	29	66
II. Neoplasias (tumores)	129	126	255
III. Doenças sangue órgãos hemat. e transt. Imunitár.	6	5	11
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	29	41	70
V. Transtornos mentais e comportamentais	12	2	14
VI. Doenças do sistema nervoso	19	40	59
IX. Doenças do aparelho circulatório	245	230	475
X. Doenças do aparelho respiratório	92	80	172
XI. Doenças do aparelho digestivo	61	27	88
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	2	3	5
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	23	42	65



XV. Gravidez parto e puerpério	-	1	1
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	6	7	13
XVII. Mal form. Cong. Deformid. e anomalias cromossômicas	-	3	3
XVIII. Sint. sinais e achad. Anorm. Ex. clín. e laborat.	69	65	134
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	64	11	75
Total	794	712	1.506

Fonte: TABNET/DATASUS

Óbitos por Capítulo da CID 10 e Faixa Etária - Rio Claro/SP - 2015

Capítulo CID-10	Idade													Total
	< 1 ano	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 anos e +	Ign.	
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	1	-	1	1	3	8	10	14	6	11	10	-	66
II. Neoplasias (tumores)	1	2	-	-	-	7	6	13	42	63	64	57	-	255
III. Doenças sangue órgãos hemat. e transt. Imunitár.	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1	2	5	-	11
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	-	-	-	-	1	-	3	8	16	13	29	-	70
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	-	-	3	4	4	1	-	2	-	14
VI. Doenças do sistema nervoso	-	-	1	-	-	-	4	1	4	3	10	36	-	59
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	-	-	2	4	20	43	94	115	197	-	475
X. Doenças do aparelho respiratório	-	2	-	-	1	1	-	4	14	18	39	92	1	172
XI. Doenças do aparelho digestivo	-	-	-	-	-	-	4	10	15	20	25	14	-	88
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	2	-	5
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	-	-	-	1	-	5	6	10	43	-	65
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13



XVII. Mal form. Cong. Deformid. e anomalias cromossômicas	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
XVIII. Sint. sinais e achados anorm. Ex. clín. e laborat.	-	-	1	-	1	2	6	14	13	19	25	53	-	134
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	2	1	4	17	15	9	12	5	4	6	-	75
Total	18	5	4	2	7	33	53	89	176	252	320	546	1	1.506

Fonte: TABNET/DATASUS

Óbitos por Grupo da CID 10 - Causas Externas e Sexo - Rio Claro/SP - 2015

Grupo CID-10	Masc	Fem	Total
<u>Acidentes</u>	<u>32</u>	<u>6</u>	<u>38</u>
. Acidentes de transporte	25	5	30
... Pedestre traumatizado em um acidente de transp.	4	-	4
... Ciclista traumatizado em um acidente de transp.	2	-	2
... Motociclista traumat. em um acidente de transp.	8	-	8
... Ocupante triciclo motorizado traumat. acid. trânsito	1	-	1
... Ocupante automóvel traumat. acidente transporte	3	3	6
... Ocupante caminhonete traumat. acidente transpor	1	-	1
... Outros acidentes de transporte terrestre	6	2	8
. Outras causas externas de traumatismos acidentais	7	1	8
... Quedas	4	-	4
... Exposição a forças mecânicas inanimadas	1	-	1
... Afogamento e submersão acidentais	1	-	1
... Outros riscos acidentais à respiração	1	-	1
... Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	-	1	1
<u>Lesões autoprovocadas intencionalmente</u>	<u>9</u>	<u>3</u>	<u>12</u>
<u>Agressões</u>	<u>23</u>	<u>1</u>	<u>24</u>
<u>Seqüelas causas externas de morbidade e mortalidade</u>	-	<u>1</u>	<u>1</u>
Total	64	11	75

Fonte: TABNET/DATASUS



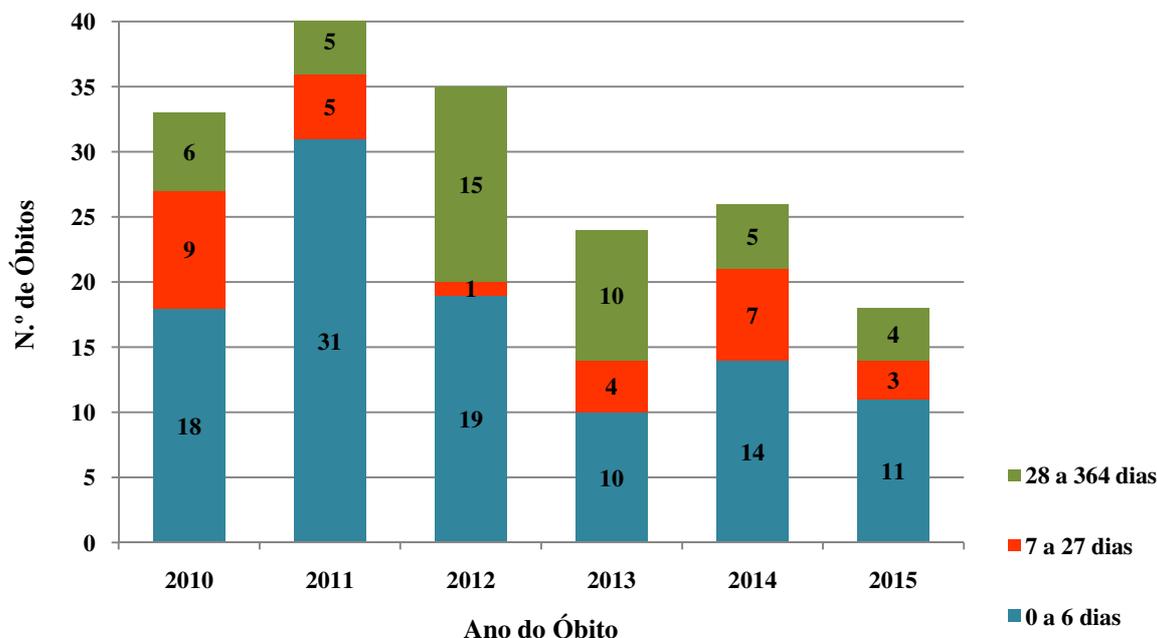
2.3.Mortalidade Infantil

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um indicador social representado pelo número de crianças que morreram antes de completar um ano de vida a cada mil crianças nascidas vivas no período de um ano. É um importante indicador da qualidade dos serviços de saúde, saneamento básico e educação de uma cidade, país ou região.

Em 2015 ocorreram 18 óbitos de crianças menores de 1 ano de idade residentes em Rio Claro. Em 2011, esse valor era de 41 óbitos infantis, sendo observado então um déficit no número de óbitos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), Rio Claro tem um índice de mortalidade considerado baixo, pois a classificação da mortalidade infantil é considerada alto quando ocorre uma média de 50 mortes de criança de até um ano de idade ou mais por mil nascidos vivos (CMI); médio quando fica entre 20 a 49 por mil nascidos e, baixo quando o índice fica em menos de 20 mortes, onde é observado que em mil nascidos vivos tivemos 18 óbitos de crianças com menos de um ano de idade.

Óbitos Infantis por Residência segundo Faixa Etária e Ano do Óbito

Rio Claro/SP - 2010 a 2015



Fonte: SIM – TABNET/DATASUS



A mortalidade infantil é composta pelos componentes:

Neonatal (0 – 27 dias) - subdividido em:

Neonatal Precoce (0 – 6 dias)

Neonatal Tardio (7 – 27 dias)

Pós Neonatal (28 dias – 01 ano);

Após análise dos óbitos infantis de 2015 foi observado:

Neonatal apresentou 77.77% de óbitos, sendo 61.11% no componente Neonatal Precoce (0 – 6 dias).

A função da melhoria do acesso e da assistência de saúde, assim como do aumento da viabilidade fetal e maior investimento na gravidez de alto risco e utilização de UTI neonatal tem como consequência a diminuição da mortalidade fetal e deslocamento destes óbitos para o período neonatal precoce, contribuindo, pelo menos por um período de transição, para a manutenção das taxas de mortalidade infantil. A mortalidade neonatal reflete principalmente nas condições de assistência a gravidez, ao parto e ao período perinatal (0 – 6 dias). A redução da mortalidade infantil neste componente depende da qualidade da assistência básica à gestante (pré-natal) e da estruturação da assistência médica hospitalar como a Maternidade, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal convencional (UCINCO), Unidade de Cuidados Intermediários canguru (UCINCA) que devem compor a Rede de Atenção Materno Infantil -Rede Cegonha.

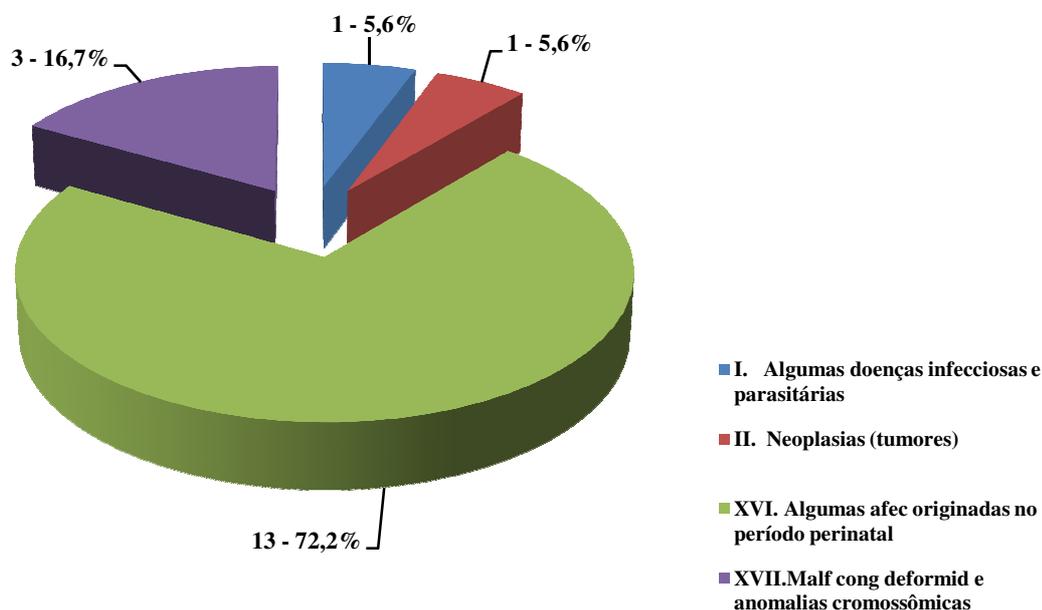
A mortalidade pós neonatal é mais sensível às ações de saúde pertencentes ao escopo da atenção primária, como o pré-natal, aleitamento materno, imunização e programas da saúde da criança que norteiam e garantem a qualidade dos serviços de saúde, saneamento básico e educação de uma cidade.

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



Óbitos em Menores de 1 Ano por grupo da CID 10

Rio Claro/SP - 2015



Fonte: SIM – TABNET/DATASUS

O Comitê Municipal de Mortalidade Infantil investiga 100 % dos óbitos fetais, de menores de 01 ano e de mulheres em idade fértil, discutindo e encaminhando propostas de atuação para redução da mortalidade infantil e materna em toda rede da regional em Saúde, junto com o DRS X e aplicando no SISPACTO, Plano Anual de Saúde e Plano Municipal de Saúde.

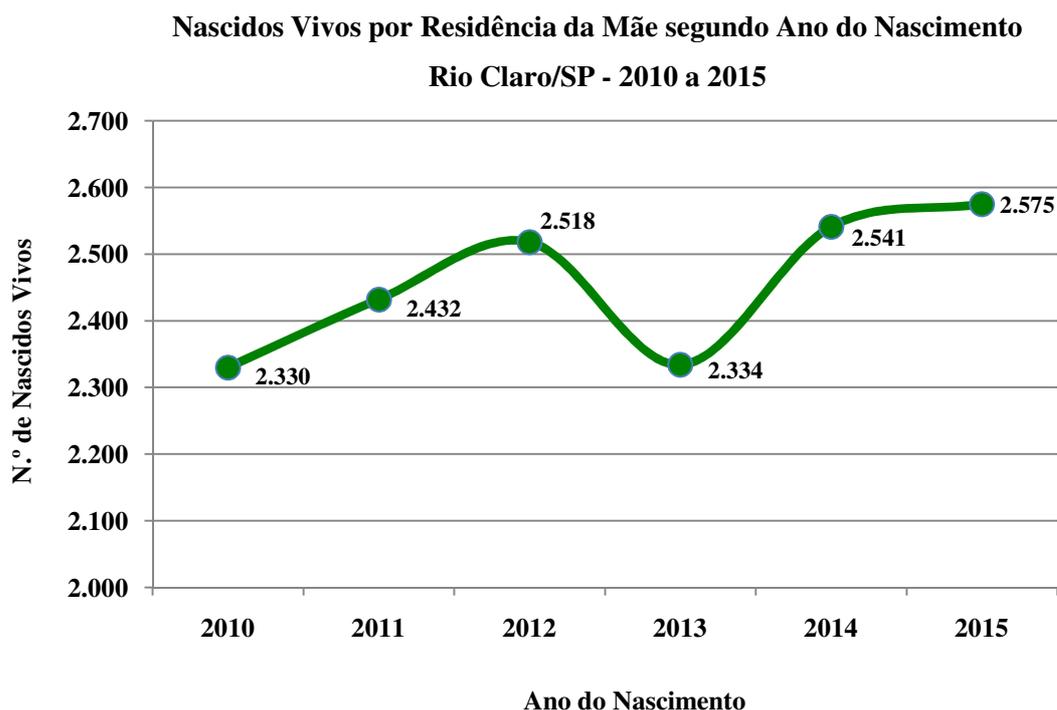
2.4 Nascidos Vivos

As informações dos nascimentos ocorridos no território municipal são obtidas pelo Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) a fonte dos dados é a Declaração de Nascido Vivo (DNV), padronizada pelo Ministério da Saúde, com 52 campos, entre as quais podem ser destacadas: duração da gestação, peso do recém-nascido, idade da mãe, local de ocorrência e tipo do parto.

A partir da base de dados do SINASC é possível conhecer o perfil de nascidos vivos, identificando seus diversos aspectos: peso ao nascer, condições de vitalidade, idade da mãe, prematuridade, distribuição espacial e temporal, entre outros, oferecerem



subsídios para o desenvolvimento de ações para melhorar o atendimento às gestantes e aos recém-nascidos, identificando situações de risco, calcular indicadores tais como percentual de partos cesariana, nascidos vivos com baixo peso e por faixa etária da mãe. O número de nascidos vivos também é utilizado como denominador para cálculo da cobertura vacinal, coeficiente de mortalidade infantil e materna.



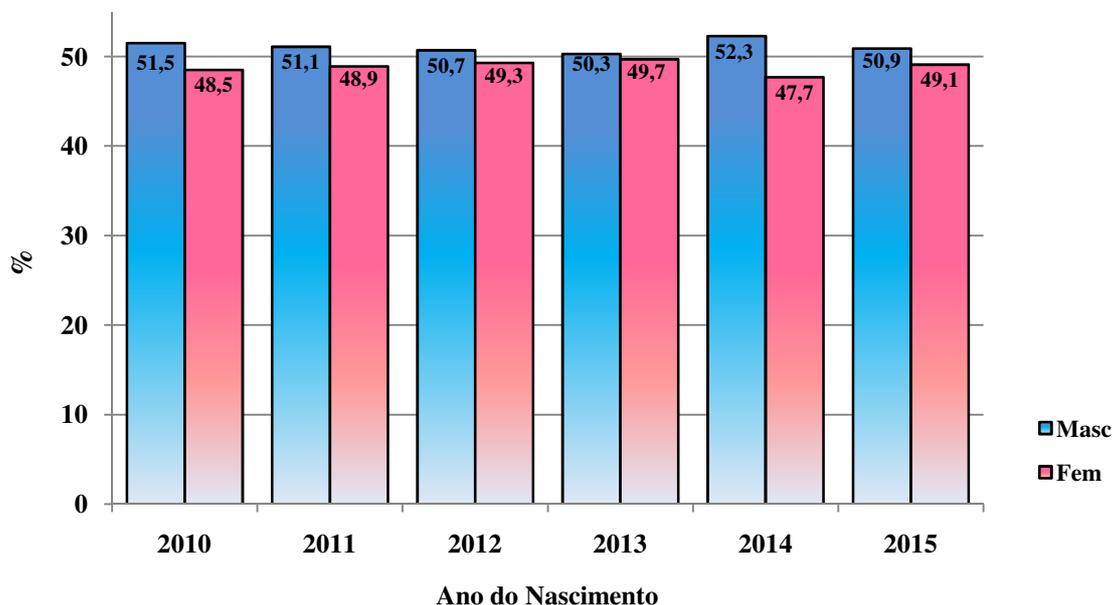
Fonte: SINASC – TABNET/DATASUS

Analisando o gráfico de Nascidos Vivos por Residência da mãe entre o período de 2010 a 2015, houve um crescimento de 9.42% na Taxa de Nascidos Vivos.

Comparando o Percentual de Nascimento por Sexo, no ano de 2015 nasceram 50.09% de sexo masculino e 49.1% feminino, não apresentando discrepância.



Percentual de Nascidos Vivos por Sexo - Rio Claro/SP - 2010 a 2015



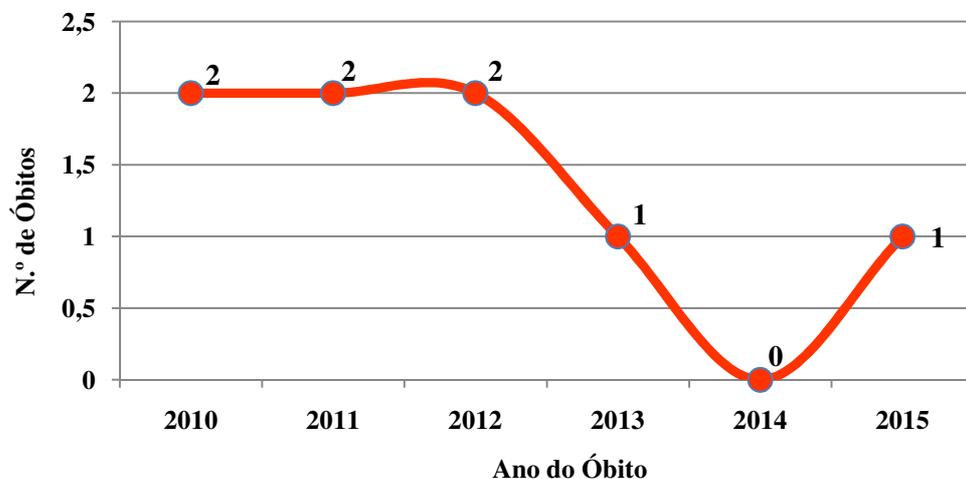
Fonte: SINASC – TABNET/DATASUS

2.5 Mortalidade Materna

A mortalidade materna é um indicador de saúde que reflete as condições de saúde e da atenção à saúde da população feminina e suas desigualdades. Valores elevados estão associados à qualidade da assistência, incluindo pré-natal, parto, puerpério e planejamento familiar. Observando o gráfico materno por óbito entre os anos de 2010 á 2015, a redução da morte materna e infantil foi alcançada, onde como é observado no gráfico, no ano de 2014 foi zerada a taxa de mortalidade materna, sendo um compromisso assumido pela Gestão Municipal, pactuando metas e programando ações estratégicas, vigilância ao óbito materno e infantil, organização do acesso, qualificação da assistência ambulatorial e hospitalar para gravidez de risco, em conformidade com a Rede de Atenção Materna Infantil/Rede Cegonha, na referência de compilação de dados estava disponível as informações até o ano de 2015, porém no ano de 2016 e 2017 não tivemos nenhuma morte materna no município de Rio claro.



Óbitos Maternos por Ano do Óbito - Rio Claro/SP - 2010 a 2015



Fonte: SIM – TABNET/DATASUS

Óbitos Maternos Por Faixa Etária - Rio Claro/SP - 2010 a 2015

Faixa Etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
20 a 29 anos	2	-	2	1	-	-	5
30 a 39 anos	-	2	-	-	-	1	3
Total	2	2	2	1	-	1	8

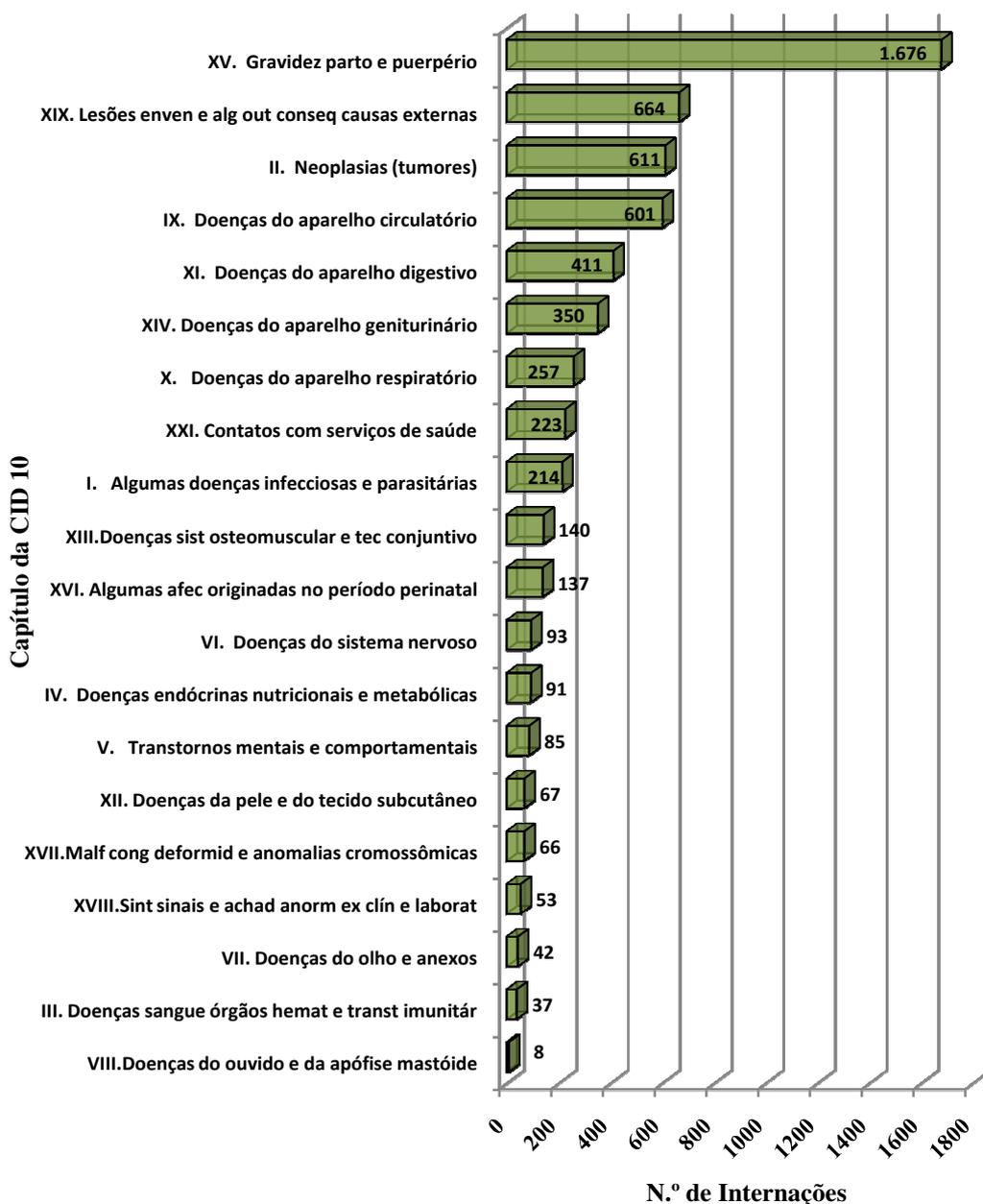
Fonte: SIM – TABNET/DATASUS



2.6 Morbidade Hospitalar SUS

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

Internações por Capítulo da CID 10 - Rio Claro/SP - 2016



Fonte: SIHD – TABNET/DATASUS



Observando as internações por sexo, no ano de 2016, observamos o maior percentual no sexo masculino nas doenças por causas externas 454 internações, seguida pelas doenças no Aparelho Circulatório 375 internações e pelas Neoplasias e tumores 300 internações. O sexo feminino apresenta maior percentual nas internações por Gravidez, parto e puerpério 1.676 internações, neoplasias 311 internações e seguida pelas doenças do aparelho circulatório 226 internações.

Internações por Capítulo da CID 10 e Sexo - Rio Claro/SP - 2016

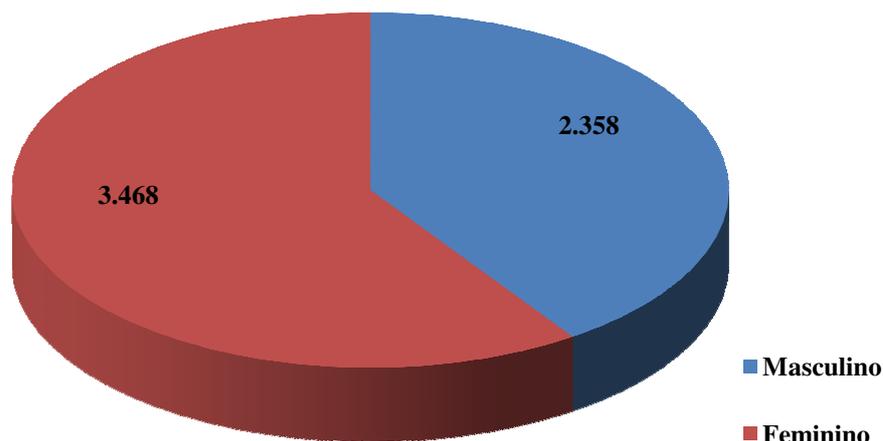
Capítulo CID-10	Sexo		Total
	Masc	Fem	
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	123	91	214
II. Neoplasias (tumores)	300	311	611
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	16	21	37
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	41	50	91
V. Transtornos mentais e comportamentais	51	34	85
VI. Doenças do sistema nervoso	54	39	93
VII. Doenças do olho e anexos	23	19	42
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	3	5	8
IX. Doenças do aparelho circulatório	375	226	601
X. Doenças do aparelho respiratório	136	121	257
XI. Doenças do aparelho digestivo	241	170	411
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	29	38	67
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	79	58	137
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	178	172	350
XV. Gravidez parto e puerpério	-	1.676	1676
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	62	78	140
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	38	28	66
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	29	24	53
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	454	210	664
XXI. Contatos com serviços de saúde	126	97	223
Total	2.358	3.468	5.826

Fonte: SIHD – TABNET/DATASUS



Em 2016, o sexo masculino representou 2.358 internações sendo 40,47% do total geral das internações (5.826), e o sexo feminino apresentou 3.468 sendo 59,53% das internações hospitalares.

Internação Hospitalar por sexo - Rio Claro/SP - 2016



Fonte: SIHD – TABNET/DATASUS

No ano de 2016 as internações dos menores de 01 ano de idade totalizaram 265 internações onde 49,8% das internações foi por Doenças por afecções originadas no período Peri natal.

Na faixa etária de 01 a 09 anos de idade, totalizaram 259 internações, onde a maior causa de internação é classificada por doenças do aparelho respiratório

Foi observado na faixa etária de 20 a 39, um total de 2.130 internações, sendo 59% (1.262 internações) por causa de gravidez, parto e puerpério, seguido pelas causas externas 11% (192 internações), seguindo como segunda causa as doenças do aparelho digestivo 4,88% (104 internações) e as Neoplasias 4,83% (103 internações).

A faixa etária dos 50 anos e mais, totalizaram 1.956 internações no período de 2016, onde a causa mais frequente foi por Doenças do Aparelho Circulatório – 25,25% (494 internações), seguida pelas Doenças por Neoplasias – 21,72% (425 internações).



Internações por Faixa Etária e Capítulo da CID 10 - Rio Claro/SP - 2016

Capítulo CID-10	Idade (anos)												Total
	< 1 ano	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais	
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	26	6	3	7	8	14	12	20	27	35	37	19	214
II. Neoplasias (tumores)	1	26	16	20	13	7	31	72	163	143	77	42	611
III. Doenças sangue órgãos hemat. e transt. Imunitár.	2	3	4	1	-	1	5	3	7	4	5	2	37
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3	1	1	5	1	8	17	14	13	17	7	4	91
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	6	18	23	22	14	2	-	-	85
VI. Doenças do sistema nervoso	4	4	4	6	7	16	11	12	15	9	3	2	93
VII. Doenças do olho e anexos	1	1	-	-	1	1	1	4	8	10	5	10	42
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	5	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	8
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	2	1	5	5	12	29	53	145	171	125	53	601
X. Doenças do aparelho respiratório	41	33	17	6	9	14	11	25	30	29	23	19	257
XI. Doenças do aparelho digestivo	12	17	17	24	19	43	42	62	73	41	39	22	411
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3	7	7	3	4	3	5	5	7	15	7	1	67
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	-	-	2	4	5	17	28	18	31	22	9	1	137
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3	3	23	8	25	43	47	55	55	55	21	12	350
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	1	22	352	885	377	39	-	-	-	-	1.676
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	132	-	-	-	-	6	1	1	-	-	-	-	140
XVII. Mal form. cong. deformid. e anomalias cromossômicas	31	13	3	5	6	1	1	2	2	1	1	-	66
XVIII. Sint. sinais e achad. anorm. ex. clín. e laborat.	2	1	2	1	3	4	9	12	7	10	1	1	53
XIX. Lesões enven. e alg. out conseq. causas externas	4	10	17	7	70	141	102	90	92	56	35	40	664
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	2	7	3	3	51	91	42	13	9	2	-	223
Total	265	134	125	127	538	1.286	844	551	702	629	397	228	5.826

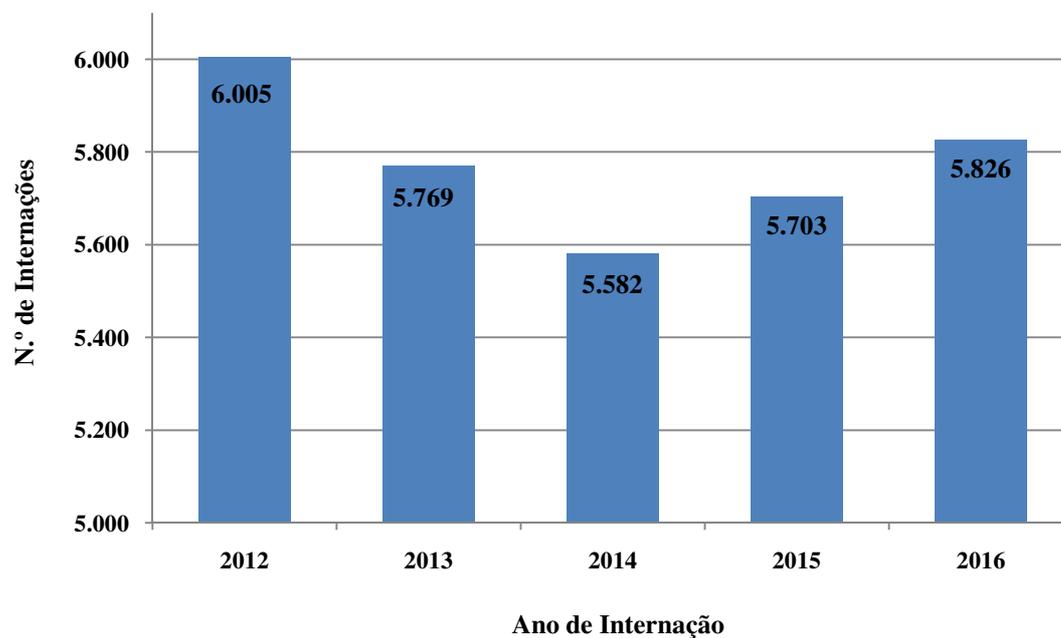
Fonte: SIHD – TABNET/DATASUS

Observando o Número de Internações realizadas em Rio claro, foi observado que houve um déficit de 176 internações, 2.99%, comparado o ano de 2012 e 2016.



Número de Internações Residentes em Rio Claro/SP

2012 - 2016



Fonte: SIHD – TABNET/DATASUS



2.7 Doenças Endêmicas e Epidêmicas e Outros Fatores de Risco para a Saúde

O estudo da frequência dos agravos em saúde é de suma importância para que políticas de saúde sejam traçadas a fim de evitar uma epidemia, por exemplo, então o levantamento dos dados e o estudo e a aplicação das Redes de Atenção a Saúde é a luz para o planejamento e efetividade das ações de prevenção, tratamento e reabilitação em saúde.

Distribuição de frequência de agravos por ano de primeiros sintomas e sexo de pacientes residentes em Rio Claro

AGRAVO	2014		2015		2016		2017	
	M	F	M	F	M	F	M	F
MENINGITES/DOENÇA MENINGOCÓCICA	8	5	6	2	4	8	7	6
AIDS	22	7	51	17	36	9	26	11
HEPATITES VIRAIS	27	17	61	37	47	22	26	12
TUBERCULOSE (casos novos)	30	13	33	13	21	13	28	14
HANSENÍASE	4	3	4	5	1	0	5	2
DENGUE	291	359	9744	11897	49	49	4	7
CHIKUNGUNYA	0	0	0	1	2	4	4	6
DOENÇA -ZIKA VÍRUS	0	0	0	0	1	0	0	0
LEPTOSPIROSE	2	0	0	0	3	0	0	0
LEISHMANIOSE TEGUMENTAR	0	2	1	0	1	0	1	0
LEISHMANIOSE VISCERAL	0	0	0	0	0	0	0	0
SÍFILIS CONGÊNITA	0	7	0	11	1	9	0	6
HEPATITE – VÍRUS A	0	0	0	1	0	1	2	0
HEPATITE – VÍRUS B	4	8	9	12	2	1	2	1
HEPATITE – VÍRUS C	23	11	53	24	45	18	16	10
HEPATITE – VÍRUS B E C	0	0	1	0	0	0	7	1
OUTRAS HEPATITES	0	1	0	0	0	0	0	0
HEPATITE – FORMA	2	1	2	0	5	4	4	0

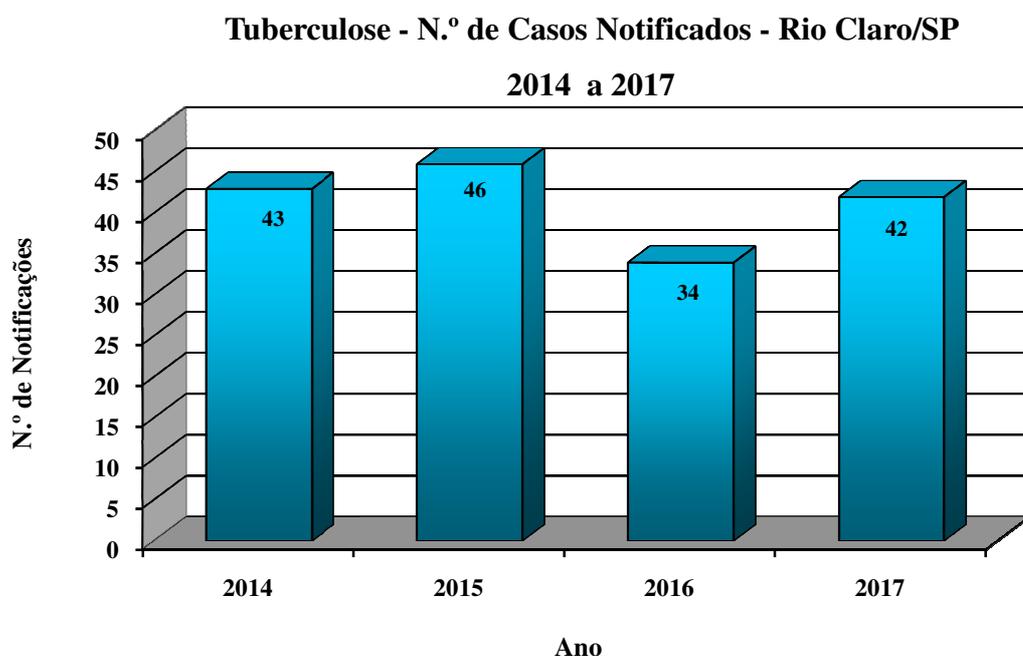
Fonte: SINAN - VE Municipal



2.7.1 Doenças Transmissíveis

2.7.1.1 Tuberculose

O município de Rio Claro está entre os 73 municípios paulistas prioritários para o controle da doença no Estado. Para atingir as metas de cura pactuadas, a rede básica vem desenvolvendo e ampliando a cobertura do tratamento supervisionado - Directly Observed Therapy – DOT, comparando os casos entre os anos de 2014 e 2017, foi observado um caso a menos, a Tuberculose constitui em um grave problema de saúde pública no país.



Fonte: SINAN - VE Municipal

2.7.1.2 Hanseníase

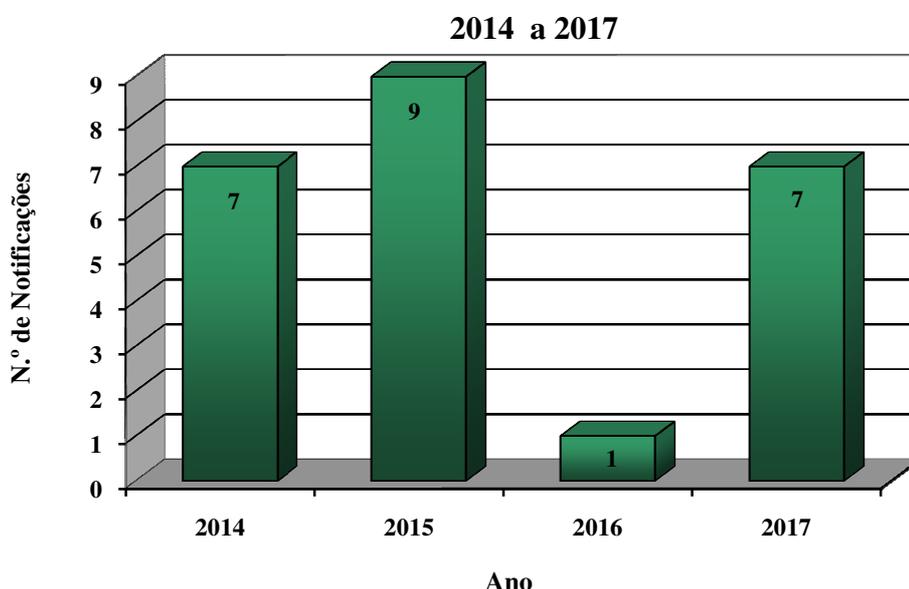
Rio Claro no último ano registrou 07 casos de Hanseníase, de acordo com a estimativa de magnitude da hanseníase na população, no Brasil as taxas são classificadas em: baixa (menos de 1 caso por 10 mil), média (1 a 4), alta (5 a 9), muito alta (10 a 19)



e situação hiperendêmica (maior ou igual a 20). Quando a prevalência se mantém baixa (menor que 1), a hanseníase não é considerada um problema de saúde pública.

O município de Rio Claro está classificado numa situação de baixa endemicidade, onde no último ano apresentou sete casos (0,34 casos por 10.000 habitantes), somente com a implementação das ações na rede de atenção básica voltadas ao diagnóstico precoce, tratamento oportuno, prevenção de incapacidades e vigilância de comunicantes é possível alcançar cada vez melhores resultados na qualidade da saúde pública.

Hanseníase - N.º de Casos Notificados - Rio Claro/SP



Fonte: SINAN - VE Municipal

2.7.1.3 Meningites

No Brasil, diferentemente de outros Países da América Latina, a maior parte dos casos de Meningite é causada pelo Meningococo C, tornando uma vacinação contra o Meningococo C de grande utilidade. Este é um fato que diferencia o Brasil da Argentina e outros países da América do Sul. Além disso, o número de casos de Doença Meningocócica reportado atinge 2000 casos ao ano. Em vista disso no final de 2010 foi introduzida a vacina meningocócica conjugada para o sorogrupo C a partir dos três

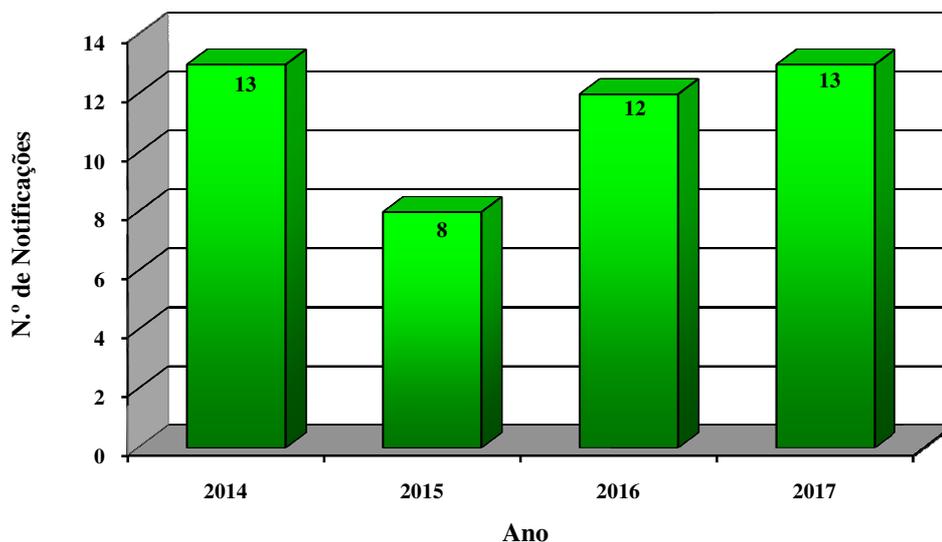


meses de idade. Além da vacinação específica para a Imunização do Meningococo C, a introdução no calendário de vacinação, da vacina Pentavalente, as Meningites por Haemophilus Influenzae mantêm-se sob controle.

A vigilância das Meningites tem como principal objetivo observar o comportamento epidemiológico para efetivar ações específicas conforme a etiologia, o estado de São Paulo e os Estados da Região do Sul, são as que mais notificam esse tipo de patologia, porém devemos nos atentar a qualidade das notificações, considerando que a Região Centro-oeste é a que mais apresenta letalidade, mesmo com o número de notificações menores.

Meningites/ Doença Meningocócica - N.º de Casos

Notificados - Rio Claro/SP - 2014 a 2017



Fonte: SINAN - VE Municipal

2.7.1.4 AIDS

A gestão municipal como um todo, atua desde o esclarecimento à população para evitar o crescimento da infecção, onde observamos em 2015, que houve um aumento expressivo no número de casos, dentro da realidade municipal, então a ação de educação em saúde com a população é permanente, aproveitando todas as oportunidades de contato com o usuário para realizar as orientações de prevenção, sempre no intuito de



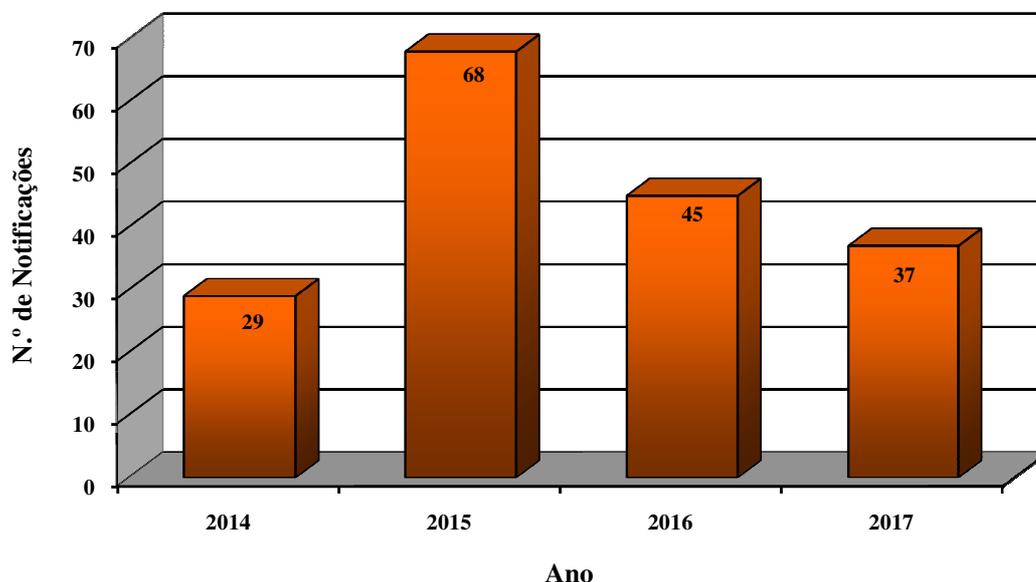
orientação educacional voltada para a saúde preventiva, a discriminação aos portadores da doença também é abordada.

A garantia de atendimento aos casos verificados e orientação aos profissionais de saúde, de forma contínua, a mortalidade por AIDS tem apresentado decréscimo contínuo, onde em 2016, segundo o Ministério da Saúde houve um decréscimo de 42%, a redução aponta para a importância do Programa das Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST/AIDS, que trabalha pela garantia do acesso universal à assistência gratuita, vigilância epidemiológica, esclarecimento da população e orientação aos profissionais de saúde.

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

A Taxa de Incidência de Rio Claro é de 18,4, considerando que a Taxa de Incidência da Região Sudeste é de até 19 casos novos para 100.000 habitantes.

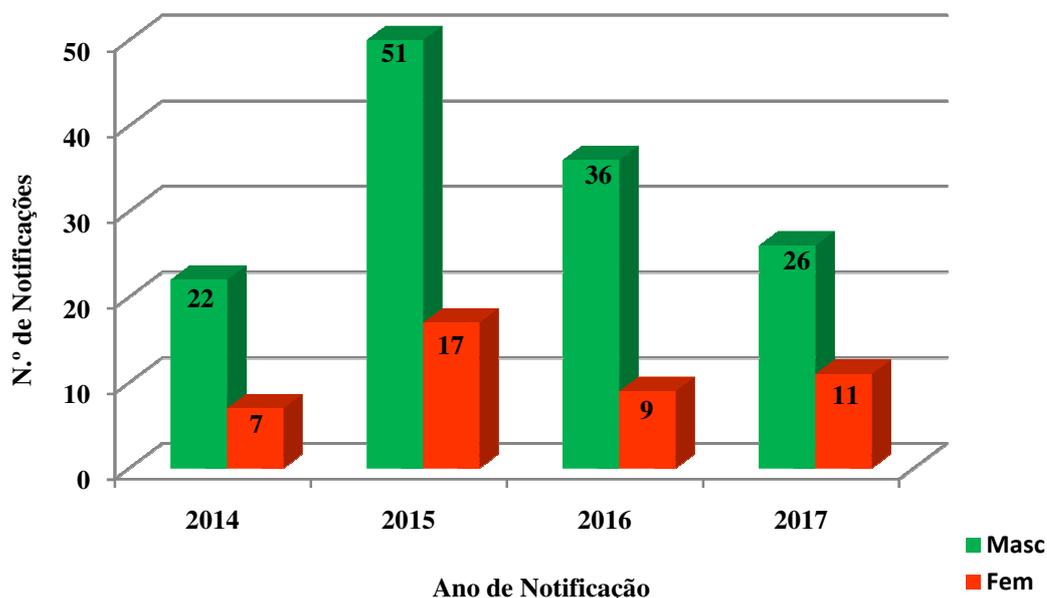
AIDS - N.º de Casos Notificados - Rio Claro/SP - 2014 a 2017



Fonte: SINAN - VE Municipal



AIDS - N.º de Notificações por Sexo - Rio Claro/SP - 2014 a 2017



Fonte: SINAN – VE Municipal

2.7.1.5 Sífilis Congênita

As ações de prevenção e controle da transmissão vertical da sífilis estão diretamente relacionadas a assistência ao pré-natal e ao parto. Apesar de ser um agravo totalmente prevenível, ainda permanece sendo um grande problema de saúde pública mundial e nacional, com grandes consequências como óbito infantil, abortos e natimortalidade, além das sequelas advindas de seu diagnóstico tardia, ou tratamento inadequado, com prejuízos irreparáveis no desenvolvimento dessas crianças.

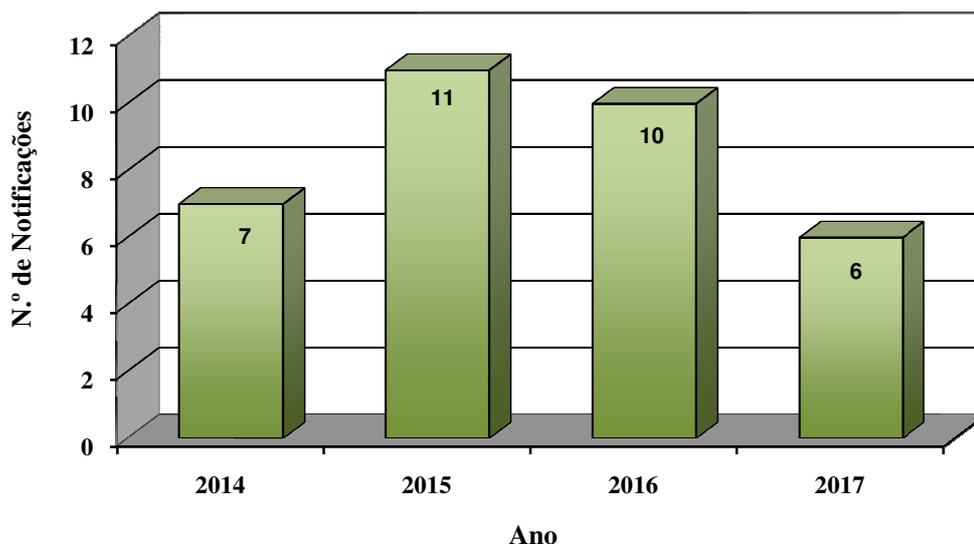
O diagnóstico precoce da sífilis no pré-natal possibilita o tratamento adequado para à fase da doença da gestante e de seu parceiro sexual, viabiliza a garantia do controle da patologia, evitando assim, a transmissão ao conceito e como consequência, evitar agravos de maiores proporções.

Como observado no gráfico, estamos buscando e alcançando minimizar ao máximo o índice de infecção congênita pela Sífilis, e para isso estão sendo realizadas várias oficinas, Simpósios, com todos os colaboradores da FMSRC, sempre em parceria



com o SEPA e NESTD, a fim de garantirmos o atendimento de excelência para a população mais vulnerável.

**Sífilis Congênita- N.º de Casos Notificados - Rio Claro/SP
2014 a 2017**



Fonte: SINAN – VE Municipal

2.7.1.6 Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis

Ao ser dado início ao Pré Natal, a gestante deve-se sentir acolhida, e com isso será possível estreitar o vínculo de confiança, onde será possível identificara vulnerabilidade na transmissão vertical do HIV e Sífilis, e com isso evitar a Transmissão Vertical.

A identificação da condição sorológica antes do pré-natal, possibilita medidas exitosas de intervenção precoce e visibilidade ao planejamento reprodutivo da mulher HIV positivo. O Comitê de Mortalidade Materno Infantil faz o acompanhamento de qualquer evento de agravo que acomete gestantes e a criança, e a Rede Cegonha também estrutura essa rede de saúde, desde a atenção básica até a alta complexidade.



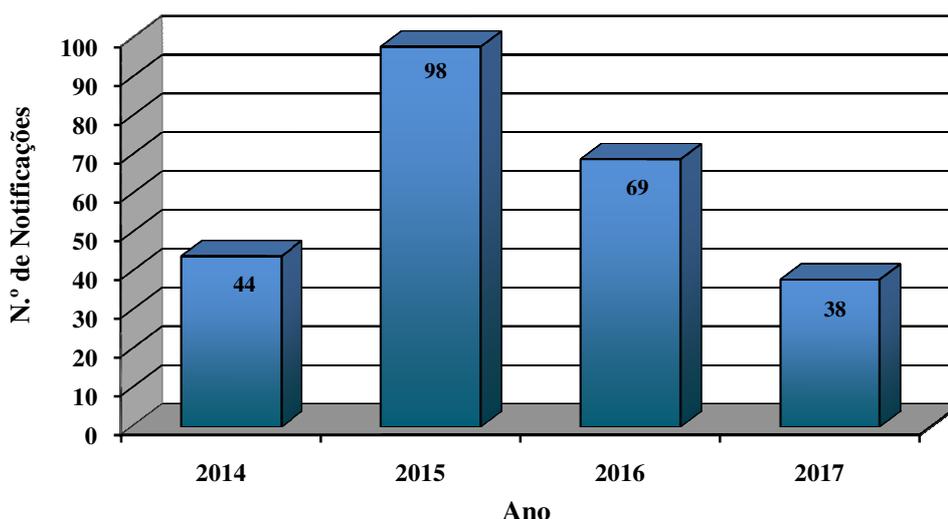
2.7.1.7 Hepatites

As Hepatites são um grave problema de saúde pública no Brasil e também no mundo, onde estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que milhões de pessoas são portadoras crônicas dos vírus das hepatites. No Brasil as Hepatites virais mais comuns é a do Tipo A, B e C, por ser uma doença silenciosa milhares de pessoas são portadoras do Tipo B e C, mas não sabe, essa doença pode causar danos mais graves ao fígado, como cirrose e câncer, porém é uma patologia que para as quais existem instrumentos específicos de prevenção e controle, permitindo a atuação concreta e efetiva dos serviços de saúde sobre indivíduos ou coletividades.

Rio Claro desenvolve as ações de promoção da saúde, prevenção e assistência aos pacientes com hepatites virais; reforçando a vigilância epidemiológica e sanitária; ampliando o acesso e incrementando a qualidade e a capacidade instalada dos serviços de saúde em todos os seus níveis de complexidade; visando organizar, regulamentar, acompanhar e avaliar o conjunto das ações de saúde na área de hepatites.

O Programa de Hepatites Virais atua na implementação das ações de prevenção e controle das hepatites virais B e C, para a redução da morbimortalidade. Observando o gráfico de casos novos, Taxa de incidência em 2017 é de 18.9.

**Hepatites Virais - N.º de Casos Notificados - Rio Claro/SP
2014 a 2017**

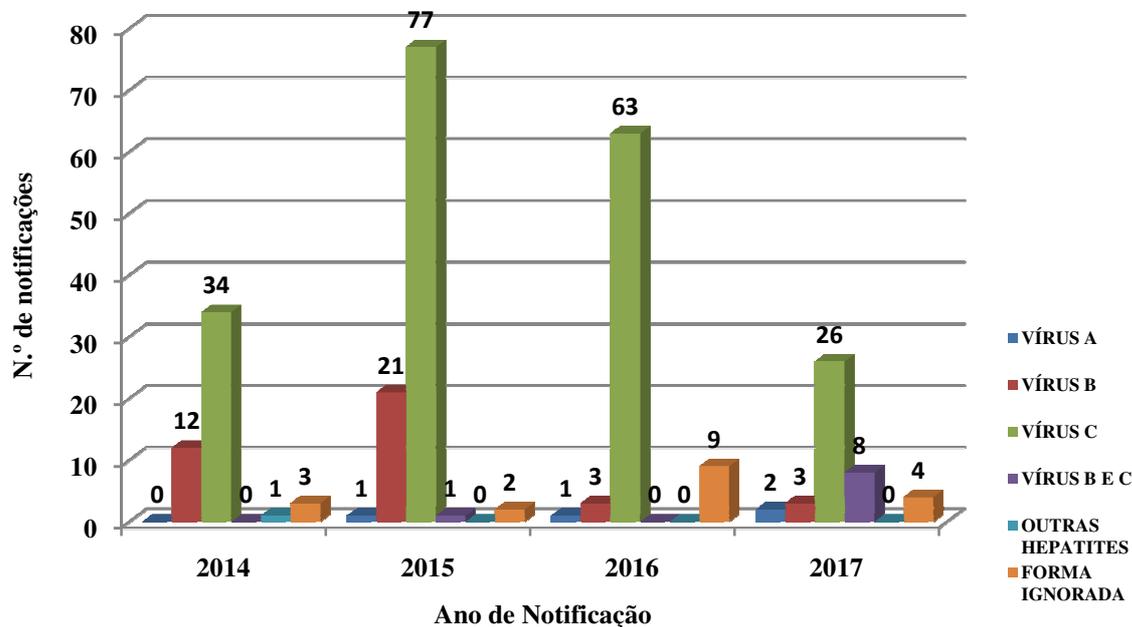


Fonte: SINAN - VE Municipal



Hepatites Virais - N.º de Notificações por Tipo de Vírus

Rio Claro/SP - 2014 a 2017



Fonte: SINAN – VE Municipal

2.8 Imunização

A primeira campanha de vacina foi em 1962, especificamente uma ação de imunização do estado de SP contra a poliomielite, utilizando a vacina de vírus vivos atenuados (Sabin), onde no período era uma epidemia em saúde.

Em 1968 foi realizada a publicação da primeira norma do Programa da Secretaria da Saúde Pública, e desde então, a saúde pública, através das políticas de programas de saúde, vem cada vez mais buscando mais tipos de coberturas vacinais, a fim de evitar maiores agravos em saúde, sempre de acordo com a realidade epidemiológica. Em 1973, foi formulado o Programa Nacional de Imunizações - PNI, por determinação do Ministério da Saúde, com o objetivo de coordenar as ações de imunizações que se caracterizavam, até então, pela descontinuidade, pelo caráter episódico e pela reduzida área de cobertura. O PNI segue o sucesso da Campanha de Erradicação da Varíola abrindo uma nova etapa na história das políticas públicas no campo da prevenção, temos um dos melhores programas de imunização do mundo.



A Rede de Frio, é o Sistema utilizado pelo programa Nacional de Imunização (PNI), é sistema amplo, inclui uma estrutura técnico-administrativa orientada pelo PNI, por meio de normatização, planejamento, avaliação e financiamento que visa à manutenção adequada da Cadeia de Frio.

A Cadeia de Frio é o processo logístico da Rede de Frio, desde o laboratório produtor até o usuário, incluindo as etapas de recebimento, armazenamento, distribuição e transporte, de forma oportuna e eficiente, garantindo a preservação e qualidade de suas características originais.

2.9 Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis respondem pelas maiores taxas de Morbimortalidade e por cerca de mais 70% dos gastos assistenciais com a saúde no Brasil, com tendência crescente.

A vigilância epidemiológica das DANT e dos seus Fatores de Risco é de fundamental importância para a implementação de políticas públicas voltadas para a prevenção, o controle dessas doenças e a promoção geral da saúde.

As doenças e agravos não transmissíveis - DANT (doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, diabetes e doenças musculoesqueléticas, entre outras) são doenças multifatoriais e têm em comuns fatores comportamentais de risco modificáveis e não modificáveis. Dentre os fatores comportamentais de risco modificáveis destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), a ingestão insuficiente de frutas e hortaliças e a inatividade física.

Diante desse cenário epidemiológico o Ministério da Saúde tem desenvolvido ações que visam reduzir o impacto dessas doenças, por meio do monitoramento da morbimortalidade e seus fatores de risco, análise de acesso e utilização de serviços de saúde, indução e apoio a ações de promoção à saúde, prevenção e controle, avaliação das ações, programas e políticas.

A consolidação do sistema de vigilância em doenças e agravos não transmissíveis (DANT) possibilitaram conhecer a distribuição, magnitude e tendência



dessas doenças e de seus fatores de risco na população, identificando seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, com o objetivo de subsidiar o planejamento, execução e avaliação da prevenção e controle das mesmas, fazendo a construção ou o cumprimento das Redes de Atenção em Saúde.

2.10 Doenças Transmitidas por Vetores e Antropozoonoses

As doenças transmitidas por vetores e as antropozoonoses constituem, ainda hoje, importante causa de morbidade no Brasil e no Mundo. A dengue é considerada a principal doença reemergente nos países tropicais e subtropicais, trazendo grande risco à saúde pública

Fatores de ordem biológica, geográfica, ecológica, social, cultural e econômica atuam sinergicamente na produção, distribuição e controle das doenças vetoriais. Se, para algumas delas, existe tratamento médico, preventivo ou curativo bastante eficaz e efetivo, como a vacina contra a febre amarela, e a oxamniquine e o praziquantel para as esquistossomoses, para a maioria, as medidas de controle são complexas por envolver diferentes elos da cadeia de transmissão.

O setor da saúde tem o objetivo de identificar esses fatores e promover a sua eliminação ou redução, tarefa em geral difícil e de pouca efetividade, e por isso sempre desenvolvendo ações de vigilância dos agravos objetivando identificação de áreas de transmissão, detecção precoce de casos e conhecimento do perfil epidemiológico, controle de vetores e reservatórios e outras relevantes para o controle destas doenças.

2.10.1 Dengue

É considerada uma doença decorrente da urbanização desordenada, principalmente em países em desenvolvimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que aproximadamente 2,5 bilhões de pessoas vivam em áreas com risco de infecção. O controle da dengue requer atuação conjunta das três esferas de governo – federal, estadual e municipal – por meio das ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle do mosquito (vetor), assistência médica e comunicação social, com a participação ativa de instituições públicas, privadas suplementar e de toda a população.

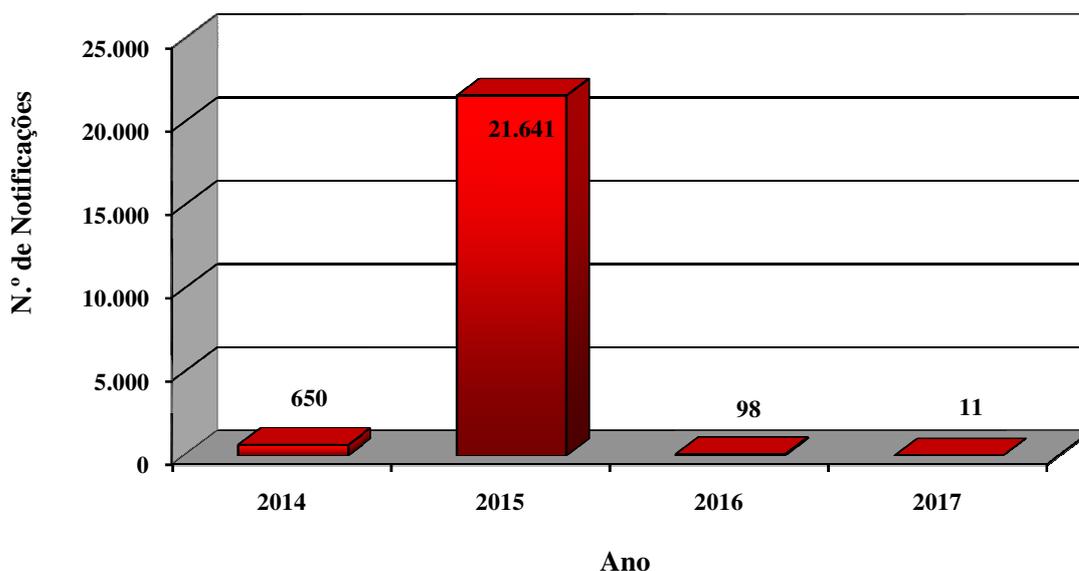


A vigilância epidemiológica tem como objetivos: evitar a introdução da doença em áreas livres, detectar precocemente a transmissão, reduzir os casos graves e, com isso, reduzir o número de óbitos e detectar os sorotipos circulantes, desenvolvendo ações de vistoria “casa a casa”, trabalhos educativos e ações intersetoriais objetivando a prevenção e o combate à dengue, onde é realizado o Dia D de combate à Dengue, por exemplo.

O município conta com o Comitê Municipal de Combate à Dengue, que tem atuado no acompanhamento, avaliação e implementação das ações de controle e combate à dengue, propondo mecanismos que possibilitem a sua plena execução, onde como é observado, no ano de 2015, tivemos uma epidemia de Dengue, situação essa que não se limitou apenas na região de Rio Claro.

Dengue - N.º de Casos Notificados - Rio Claro/SP

2014 a 2017



Fonte: SINAN - VE Municipal



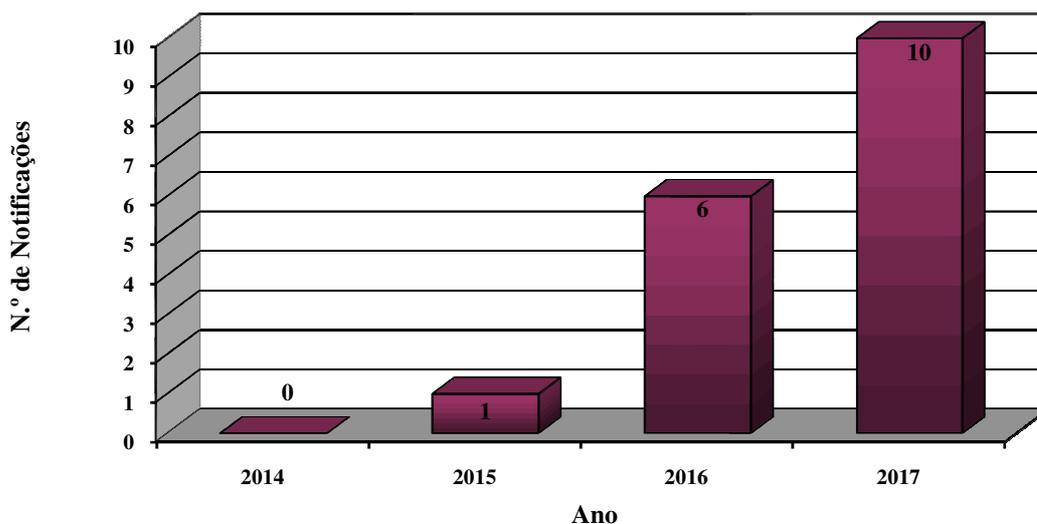
2.10.2 Chikungunya

Por se tratar de uma doença introduzida recentemente no Brasil, o nome Chikungunya deriva de uma palavra em Makonde, língua falada por um grupo que vive no sudeste da Tanzânia e norte de Moçambique. Significa “aqueles que se dobram”, descrevendo a aparência encurvada de pessoas que sofrem com a artralgia característica, doença viral isolada em 1952 na Tanzânia, porém nas Américas, em outubro de 2013, teve início uma grande epidemia de Chikungunya em diversas ilhas do Caribe.

Existe a possibilidade de ocorrência de epidemias no Brasil devido à alta densidade do vetor, à presença de indivíduos susceptíveis e à intensa circulação de pessoas em áreas endêmicas, considerando que o vetor é o *Aedes Aegypti*, mesmo vetor da Dengue e Zika Vírus.

A vigilância epidemiológica tem como objetivos: evitar a introdução da doença em áreas livres, detectar precocemente a transmissão, reduzir os casos graves e, com isso, reduzir o número de óbitos, desenvolvendo ações de vistoria “casa a casa”, trabalhos educativos e ações intersetoriais.

**Chikungunya - N.º de Casos Notificados - Rio Claro/SP
2014 a 2017**



Fonte: SINAN - VE Municipal



2.10.3 Leptospirose

A leptospirose é um importante problema de saúde pública no Brasil, e em outros países tropicais em desenvolvimento, devido à alta incidência nas populações que vivem em aglomerações urbanas sem a adequada infraestrutura sanitária e com altas infestações de roedores. Estes fatores, associados às estações chuvosas e às inundações, propiciam a disseminação e a persistência da *Leptospira* no ambiente, predis põem o contato do homem com águas contaminadas e facilitam a ocorrência de surtos

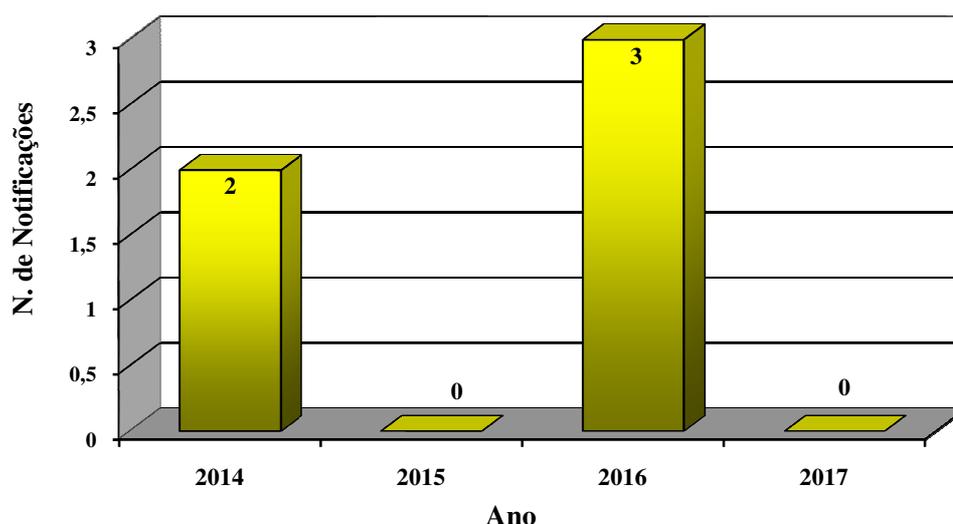
Os esforços para prevenir a doença incluem equipamento de proteção para evitar o contato quando se trabalha em locais de serviços de água e esgoto, lixeiros, tratadores de animais, plantadores de arroz, cortadores de cana-de-açúcar, magarefes entre outras. A lavagem após este contato, e a redução de roedores é uma maneira de minimizar a contaminação. Existem vacinas para os animais para determinado tipo de *Leptospira* o que pode diminuir o risco de propagação para os seres humanos.

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

O coeficiente médio de incidência anual de 1,9/100.000 habitantes, porém no ano de 2017 Rio Claro não registrou nenhum caso de Leptospirose.

Leptospirose - N.º de Casos Notificados - Rio Claro/SP

2014 a 2017



Fonte: SINAN - VE Municipal



2.10.4 Leishmaniose Visceral Americana

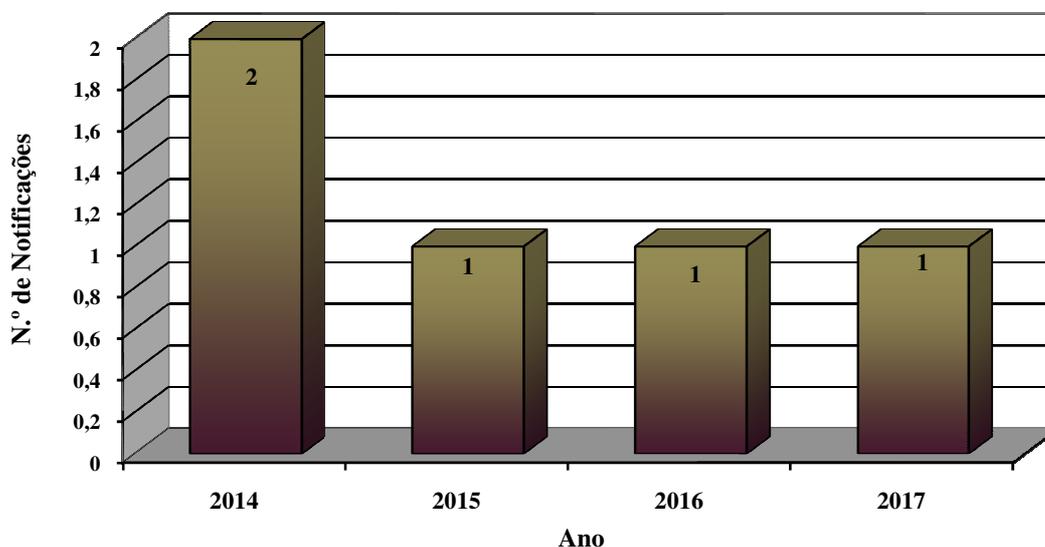
As leishmanioses são consideradas primariamente como uma zoonose, podendo acometer o homem, quando este entra em contato com o ciclo de transmissão do parasito, transformando-se em uma antropozoonose, transmitida por várias espécies de insetos vetores conhecidas como Flebotomíneos (mosquito Palha). Atualmente, encontra-se entre as seis endemias consideradas prioritárias no mundo. O Estado de São Paulo teve seu primeiro registro de LV em 1997, a SUCEN identificou o vetor em 116 municípios, receptivos para a ocorrência da doença e 326 municípios são monitorados quanto à receptividade.

A leishmaniose visceral, dada a sua incidência e alta letalidade, principalmente em indivíduos não tratados, em crianças menores de 10 anos (54,4%) que é explicada pelo estado de relativa imaturidade imunológica celular e agravado pela desnutrição, tão comum nas áreas endêmicas, além de uma maior exposição ao vetor no peridomicílio, sendo 41% dos casos registrados em menores de 5 anos. O sexo masculino é proporcionalmente o mais afetado (60%). 77% dos casos ocorrem na região Nordeste. E também considerada emergente em indivíduos portadores da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), tornando-se uma das doenças mais importantes da atualidade.

A Vigilância epidemiológica tem como objetivo reduzir as taxas de letalidade e grau de morbidade através do diagnóstico e tratamento precoce dos casos, bem como diminuir os riscos de transmissão mediante controle da população de reservatórios e do agente transmissor (CCZ e Antropozoonoses). A Taxa de Incidência de Rio Claro, em 2017, foi de 0,5 para 100.000/hab.



**Leishmaniose Tegumentar Americana - N.º de Casos Notificados
- Rio Claro/SP 2014 a 2017**



Fonte: SINAN - VE Municipal

2.11 Acidentes e Violências

Os acidentes e as violências configuram um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais - devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes - e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas).

Em apenas três semanas são assassinadas no Brasil mais pessoas do que o total de mortos em todos os ataques terroristas no mundo nos cinco primeiros meses de 2017, e que envolveram 498 casos, resultando em 3.314 vítimas fatais, e as mortes por acidentes de trânsito somaram 39.543 no mesmo ano.

O crescimento da chamada morbidade por causas externas exige atenção, que representam uma grande quantidade de brasileiros que passam a conviver com as sequelas deixadas pela violência. São as vítimas que passam a sofrer com mutilações e deficiências e incapacidades, que custam muito às vítimas, famílias delas e a sociedade como um todo.

O Núcleo Estadual de Vigilância de Acidentes e Violências atua em consonância com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, monitorando as notificações e



o desenvolvimento das participações dos atores de todas as ações intersetoriais. As políticas de Ação em saúde, em seu propósito fundamental é a redução da morbimortalidade por acidentes e violência no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, de modo a contribuir para a qualidade de vida da população.

O protocolo de atendimento às pessoas vítimas de violência doméstica e/ou sexual e outras violências foi construído a fim de abordar todos os ciclos de vida e contém orientações de acolhimento, assistência, notificação, tratamento, fluxogramas de encaminhamento e acompanhamento dos casos.

Nas situações de violência contra a criança, os profissionais ficam entre os deveres de proteger a criança, de tratá-la clinicamente, de mantê-la junto à família e de melhorar as relações familiares. O Estatuto da Criança e Adolescente – ECA (Lei Federal nº. 8.069/1990) – resgata a cidadania da criança por meio da doutrina da proteção integral. Essa lei tornou obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra criança ou adolescente (artigos 13 e 245), e os profissionais de saúde e educação passaram a ter uma razão prática para proceder à notificação: o dever previsto em lei. Por meio da notificação, cria-se o elo entre a área da saúde e o sistema legal, delineando-se a formação da rede multiprofissional e interinstitucional da atuação fundamental nesses casos, permitindo também o dimensionamento epidemiológico da violência.

2.12 Promoção da Saúde

A Portaria Nº 2.446, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014, foi criada para a redefinição da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), visando deter o desenvolvimento das doenças crônicas no Brasil, com planejamento de ações voltadas para prevenção dos fatores de risco (tabagismo, sedentarismo e má alimentação) e investimentos na qualificação da atenção e da assistência aos pacientes, assegurando o acesso da população, sobretudo às mais vulneráveis, à educação em saúde, à melhoria da qualidade de vida e ao envelhecimento saudável.

O enfrentamento às DCNTs é um dos principais desafios de saúde pública no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde, elas respondem por cerca de 35



milhões de mortes ao ano. No Brasil, do total de óbitos registrados em 2011 (cerca de um milhão de mortes), elas foram responsáveis por 74 mil (72%). Apesar do grande percentual, o Brasil superou a meta estabelecida para a redução da mortalidade prematura por doenças crônicas, que era de 2% ao ano. Entre 2010 e 2011, o índice de queda da mortalidade prematura (30 a 70 anos) por DCNTs foi de 3,8%. A expectativa é chegar a 25% em 2022.

A promoção da saúde figura como estratégia de produção de saúde e requer “política transversal integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas de setor sanitário, outros setores do governo, setor não governamental e a sociedade, compondo

O diálogo e a articulação com as demais políticas incorporam o saber popular e tradicional às práticas em saúde e valoriza a formação e a educação permanente, que compreende mobilizar, sensibilizar e promover capacitações para gestores, trabalhadores da saúde e de outros setores. As Redes de atenção à Saúde têm o principal objetivo o compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida.

A Atenção Básica também proporciona diferentes tipos de tratamento e acompanhamento ao usuário. O Núcleo de Atenção à Saúde da Família, com sua equipe multidisciplinar, colabora na evolução do tratamento acompanhando Unidades de Estratégia da Saúde da Família, presentes em todos os municípios brasileiros. Nos casos de obesidade mórbida, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece ainda, como último recurso para perda de peso, a cirurgia bariátrica. Para pacientes hipertensos, diabéticos e asmáticos, são disponibilizados medicamentos. Desde 2011, só com a distribuição gratuita de medicamentos, mais de 20 milhões de pessoas já foram beneficiadas.



3 GESTÃO DO SUS

A Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro, criada pela lei 2720, de 23/02/1995 e alterada pela Lei 2781, de 17/11/1995, é órgão responsável pela gestão do Sistema de Saúde Municipal, com Gestão Plena do Sistema de Saúde, através da Portaria/GM de 04/05/1998, assumindo as competências e responsabilidades do Sistema Único de Saúde – SUS no âmbito municipal.

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

O Decreto n. 7.508, publicado em 2011, regulamenta alguns aspectos da Lei n. 8.080/1990, entre eles: a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. É o dispositivo legal que está sendo observado pelos gestores na organização do SUS, em um processo que dá continuidade ao que foi conquistado em termos de organização, com a implantação do Pacto pela Saúde editado em 2006.

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

As Regiões de Saúde serão referência dos planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais devem promover a equidade inter-regional, onde somos tecnicamente apoiados pelo Conselho Nacional De Secretários de Saúde – CONASS, em no estado de São Paulo representado pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS.

As Redes de Atenção à Saúde são definidas na Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010 e no Decreto n. 7.508/2011 como o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.



O processo de planejamento está mencionado no art. 165 da Constituição Federal, dando responsabilidades ao Poder Executivo de elaborar planos plurianuais, diretrizes orçamentárias e orçamentos anuais.

A Lei n. 8.080/1990 define que União, estados, Distrito Federal e municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: I) elaboração e atualização periódica do plano de saúde; II) elaboração da proposta orçamentária do SUS, de conformidade com o plano de saúde; e, além disso, devem promover a articulação da política e dos planos de saúde.

Os planos de saúde serão a base das atividades e das programações de cada nível de direção do SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária, sendo vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde, sempre em parceria com o Conselho Municipal de Saúde de Rio Claro, a fim deliberar sobre as diretrizes e ações de saúde, garantindo a participação da sociedade no Sistema Único de Saúde, de acordo com a Lei Federal Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

3.1 Regionalização

Ao prever a descentralização das ações, a hierarquização da assistência e as pactuações que definem as atribuições de cada esfera de governo. Foi sábia a decisão dos sanitaristas, no processo de implantação do SUS (Sistema Único de Saúde), em um país com dimensões continentais, não é razoável que a execução de políticas públicas de saúde e o atendimento em hospitais estejam engessados, ligados a um comando central. É desejável um funcionamento ramificado, com supervisão e acompanhamento dos gestores, integrando os serviços de saúde, para que a articulação dos serviços de atenção primária e secundária à saúde e, ao nível de macrorregião seja possível, e articulado com os serviços de atenção terciária à saúde. Esse processo é complexo e dinâmico, que requer profunda sinergia entre União, Estados e municípios.

A participação dos municípios é essencial para que possamos promover a regionalização de forma eficiente, sempre sob a lógica do usuário do SUS. E para que



haja a desejada mobilização dos gestores, é necessário intensificar o diálogo e, mais do que dizer, queremos ouvir, um a um.

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

O CGR são espaços de decisão formados pelas SES e municípios, objetivando a efetivação da regionalização, através de processo de planejamento regional, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, processo regulatório com definição de fluxos e protocolos e priorização de linhas de investimento.

A população do CGR Região Rio Claro é de 259.923 habitantes (IBGE 2017), sendo que o município de Rio Claro com 201.473 habitantes corresponde a 77.51 % da população da região.

POPULAÇÃO REGIONAL RIO CLARO EM SAÚDE	
Municípios	População
Analândia	4.789
Corumbataí	4.045
Ipeúna	7.047
Itirapina	17.377
Rio Claro	201.473
Santa Gertrudes	25.192
Total	259.923

Fonte: IBGE 2017

O município de Rio Claro é integrante do Colegiado de Gestão Regional – CGR Região Rio Claro, composto pelos municípios de Analândia, Corumbataí, Ipeúna, Itirapina, Rio Claro e Santa Gertrudes, agregado a RRAS 14 e vinculado ao Departamento Regional de Saúde de Piracicaba - DRS X – SES/SP, que abrange 26 municípios.



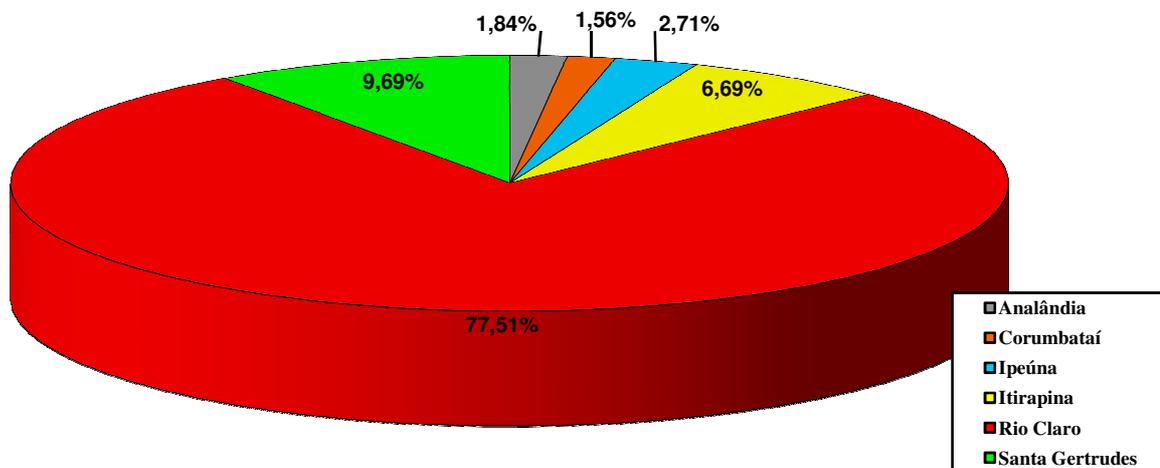
Localização Geográfica do CGR Rio Claro - SP



Fonte: Diagnóstico CGR Rio Claro – SP

Porcentagem da População na Região Rio Claro

Ano: 2016



Fonte: Estimativas TCU – TABNET/DATASUS

O CGR Região Rio Claro é fortalecido devido à fundamental importância da efetivação do SUS no princípio da descentralização, e por isso encontra-se em processo de aprimoramento da sua atuação enquanto instância de gestão regional, buscando o



equacionamento das demandas da região, através da gestão solidária, promovendo o desenvolvimento do sistema e contribuindo para o fortalecimento do processo de regionalização.

3.2 Capacidade Instalada SUS

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

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

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

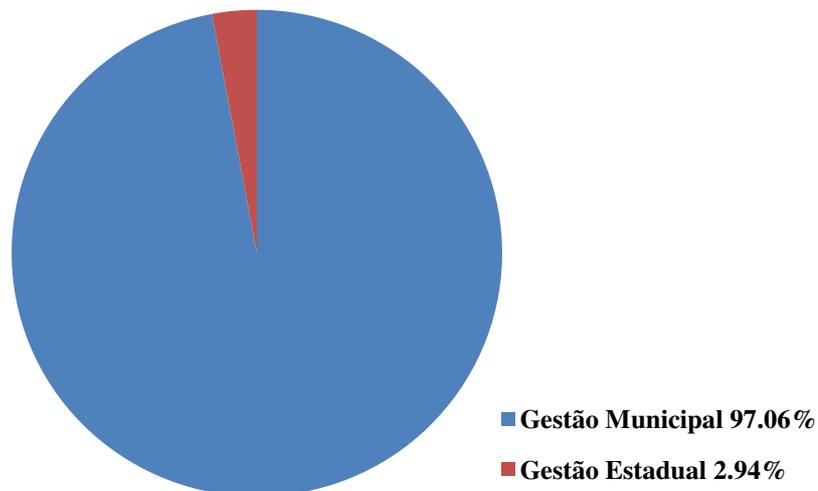
Estabelecimentos por tipo de Gestão

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	19	19	0	0
POLICLINICA	1	1	0	0
CONSULTORIO ISOLADO	3	3	0	0
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	2	2	0	0
CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	16	15	1	0
FARMACIA	1	1	0	0
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	12	12	0	0
HOSPITAL GERAL	2	2	0	0
HOSPITAL ESPECIALIZADO	1	0	1	0
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	3	3	0	0
CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE	1	1	0	0
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	3	3	0	0
PRONTO ATENDIMENTO	3	3	0	0
CENTRAL DE REGULACAO MEDICA DAS URGENCIAS	1	1	0	0
Total	68	66	2	0

Fonte: SARGSUS – 2017



Percentual de Estabelecimento por Tipo de Gestão



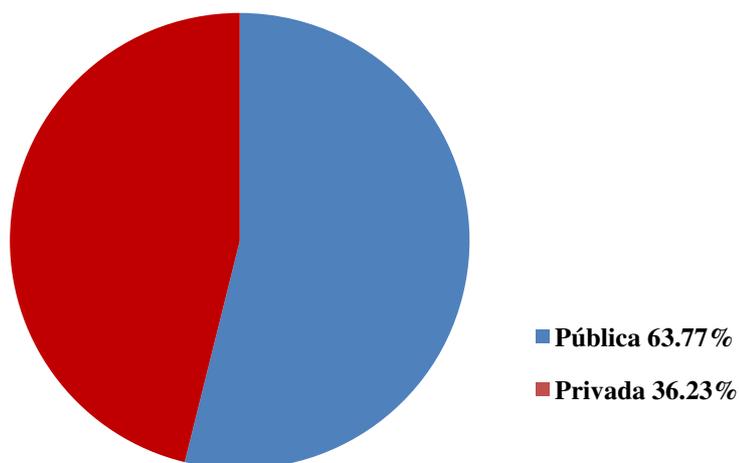
Fonte: SARGSUS – 2017

Estabelecimentos por Natureza Jurídica

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
ESTADUAL	4	2	2	0
MUNICIPAL	40	40	0	0
PRIVADA	25	24	1	0
Total	69	66	3	0

Fonte: SARGSUS – 2017

Percentual de Estabelecimento por Esfera Administrativa



Fonte: SARGSUS – 2017



3.3 Assistência Ambulatorial

3.3.1 Atenção Básica

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

É desenvolvida sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, com vistas à descentralização, próxima à vida das pessoas. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade, responsabilização, humanização, da equidade e da participação social.

É a porta de entrada preferencial da rede de atenção à saúde, pois permite acolher e estabelecer vínculos e corresponsabilização às necessidades de saúde. Integra as ações programáticas e demanda espontânea em seu rol de atendimento, permitindo articulação entre ações de prevenção de agravos e de promoção à saúde. Prima pelo cuidado centrado no usuário em um processo interdisciplinar, ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe e o escopo das ações a serem desenvolvidas.

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Estratégia da Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica, objetivando a reorganização do modelo de atenção à saúde, a reorientação de práticas profissionais, baseadas no conceito ampliado do processo saúde-doença, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais regionais.

Este potencial relaciona-se com as características que convergem para ruptura com modelos assistenciais tradicionais, buscando fortalecimento dos princípios do SUS na construção de modelos de atenção mais resolutivos e humanizados.

A Atenção Primária em Rio Claro é realizada em 04 Unidades Básicas de Saúde (UBS), caracterizam-se pelo desenvolvimento de ações nos diversos programas de



saúde: pré-natal, saúde da criança, saúde da mulher, saúde mental, tuberculose, hanseníase, saúde do adulto, entre outros, com ênfase na atenção individual, havendo necessidade de integração de ações de saúde coletiva com ações de cuidado ao indivíduo.

Unidades Básicas de Saúde – 04 UBS:

- ✓ UBS “Dr. Nicolino Mazziotti” - Jardim Chervezon
- ✓ UBS “Dr. Mário Fittipaldi” – Wenzel
- ✓ UBS “Dr. Silvio Arnaldo Piva” - Vila Cristina
- ✓ UBS “Orestes Armando Giovanni” – 29

Rio Claro conta com 13 unidades da **Estratégia Saúde da Família**, onde XX unidades possuem duas equipes, totalizando XX equipes de saúde na sua totalidade, o início da implantação das unidades no município foi a partir de 2000, buscando a ampliação de cobertura da atenção básica em áreas com dificuldade de acesso a serviços de saúde, considerando o Índice de Prevalência de Vulnerabilidade Social – IPVS e a territorialização do município.

Unidades da Estratégia da Saúde da Família – 13 unidades - 17 equipes.

- ✓ ESF “Célia Aparecida Ceccato da Silva” - Bom Sucesso/Novo Wenzel – 02 equipes
- ✓ ESF Mãe Preta I e II – 02 equipes
- ✓ ESF “Dr. Gilson Giovanni” – Palmeiras I e II – 02 equipes
- ✓ ESF Dr. “Antônio R. M. Santomauro” – 02 equipes
- ✓ ESF Ajapi – Farmacêutico “Antônio Gilberto Fonseca” – Distrito de Ajapi - 01 equipe
- ✓ ESF “Dr. Dirceu Ferreira Penteado” – Jd. Novo I, II – 01 equipe
- ✓ ESF “Dr. Norberto Antônio Simão Carneiro” - Benjamin de Castro – 01 equipe
- ✓ ESF “Dr. Celestino Donato” – Jd. Guanabara – 01 equipe
- ✓ ESF “Dr. Moacir de Oliveira Camargo” – Jd. das Flores – 01 equipe
- ✓ ESF Dr. “Oswaldo Akamine” - Jd. Panorama – 01 equipe



- ✓ ESF Terra Nova – 01 equipe
- ✓ ESF Jd. Progresso – 01 equipe
- ✓ ESF Assistência – 01 Equipe

A Atenção Básica informa seus dados no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica SISAB/e-SUS, onde a forma de registro de produtividade das equipes das Unidades Básicas de Saúde está dividida em diversos relatórios, sendo os abaixo, os dados que mais expressam os atendimentos prestados na Atenção Básica. Nas consultas de nível superior estão incluídas, consultas agendadas programadas, acolhimento, atendimentos de urgências, com exceção dos dentistas que tem sua produção apresentada separadamente. Nas atividades coletivas estão incluídas atendimento em grupo, avaliação/procedimento coletivo, educação em saúde e mobilização social.

O município de Rio Claro foi se qualificando junto ao Ministério da Saúde, na Fase I do Programa de Expansão da Saúde da Família – PROESF, com habilitação de 35 Equipes de Saúde da Família – ESF, com implantação de quatro novas unidades de ESF, e a construção de um novo prédio para as duas equipes da ESF do Parque Mãe Preta e PSF Progresso, devido as necessidade de adequação para o atendimento humanizado, e também será acrescido mais uma equipe na ESF do Jardim Terra Nova, a fim de contemplar o aumento da equipe daquele território em saúde. Dessa forma, o modelo de atenção à saúde vem sendo reorientado pela Fundação Municipal de Saúde no sentido de uma conversão progressiva para a Estratégia da Saúde da Família, conforme metas pactuadas com o Ministério da Saúde.

ESF Brasília – 01 equipe

ESF Bela Vista - 01 equipe

ESF São Miguel –01 equipe

ESF Santa Eliza – 01 equipe

Em 2017, a proporção de cobertura da população pela Atenção Básica atingiu 42.44%, correspondendo a 85.500 mil habitantes. A cobertura populacional pelas Equipes de Atenção Básica (Equipes de Saúde da Família e UBSs tradicionais) é de 50%, com meta pactuada para 2017 em 55,00 % (Indicadores/ SISPACTO).



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

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ, com adesão do município ao 1.º ciclo do Programa, com 11 Equipes de Saúde da Família, no 2.º ciclo a adesão foi de 12 equipes, e para o 3.º ciclo, que está em curso, à adesão é de 07 equipes.

No 2.º ciclo do Programa, após avaliação externa (in loco) realizada por instituição de ensino contratada/conveniada pelo Ministério da Saúde, o município obteve o seguinte resultado:

PMAQ – Desempenho ESF 2º. Ciclo

Classificação da Equipes Cadastradas no PMAQ - 1.º ciclo	Nº de Equipes	(%)
Desempenho muito acima da média	03	25
Desempenho acima da média	05	41.6
Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média	04	33.4
Insatisfatória	0	0,0
TOTAL		100,0

Fonte: DAB/MS

Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF

A organização dos processos de trabalho do NASF, que tem como foco o território sob sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos na assistência à saúde ao utilizar metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).



A implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF tem o objetivo de ampliar a abrangência das ações da Atenção Básica do município, melhorando a sua qualidade e resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica, está sendo pleiteada pelo município.

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

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

O NASF desenvolve ações de assistência direta a usuários dos territórios, além de construir os planos terapêuticos juntos às equipes e usuários, para melhoria da qualidade de vida do próprio usuário e família. Desenvolvem também ações de matriciamento no sentido de potencializar as ações desenvolvidas pelos diversos profissionais da atenção básica, ampliando o escopo da qualidade e resolutividade do serviço ofertado/desenvolvido.

Atividades Desenvolvidas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

- Grupos de Gestantes;
- Grupos de estímulo a práticas corporais para redução do sedentarismo e incentivar a alimentação saudável;
- Apoio às equipes da Estratégia Saúde da Família nos grupos de hipertensão e diabetes;
- Matriciamento às equipes da Estratégia Saúde da Família;
- Ações junto à comunidade nas datas comemorativas como:
- Outubro rosa, na prevenção do câncer de colo de mama e útero;



- Novembro Azul, na prevenção de câncer de próstata e prevenção de doenças crônicas aos homens;
- Controle do tabagismo;
- Mês do idoso, prevenção de quedas e envelhecimento saudável.
- Visitas Domiciliares;
- Atendimento individual em casos específicos para fluxogramas de leites especiais, fisioterapia especializada, prescrição de suplementos;
- Discussões de casos e planejamento de ações de acordo com as demandas do território;
- Ações intersetoriais com CRAS, CREAS, Secretaria do Idoso, Fundação de Esportes, Grupos da Comunidade Local, Igrejas, Escolas, Conselhos Gestor de Saúde.

3.3.2 Atenção Especializada

A Atenção Especializada é realizada através de um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e serviços de saúde realizada em ambiente ambulatorial, que englobam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade. São caracteristicamente demarcadas pela incorporação de processos de trabalho que precisam de maior densidade tecnológica, as chamadas tecnologias especializadas e 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 à qualidade da atenção a ser prestada. Tem a função de promover coordenadamente serviços especializados em saúde, oferecendo à população o acesso qualificado e em tempo oportuno, porém a insuficiência de oferta e a demanda excessiva pelas ações especializadas acabam dificultando o sistema, composta por ações e serviços de média e alta complexidade, que visam atender os principais problemas de saúde e agravos da população, realizadas por profissionais especializados e com o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico.



O município de Rio Claro procura garantir a integralidade da assistência, por intermédio dos equipamentos próprios, conveniados/contratados e das referências pactuadas.

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

Ambulatórios de especialidades

- ✓ Centro de Especialidades e Apoio Diagnóstico – CEAD
- ✓ Ambulatório Médico de Especialidades – AME Rio Claro
- ✓ Centro de Especialidades Odontológicas – CEO
- ✓ Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST
- ✓ Serviço Especializado de Prevenção e Assistência DST/AIDS/Hepatites Virais – SEPA.

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

A unidade disponibiliza das seguintes especialidades médicas: Urologista, Cardiologia; Pequena Cirurgia Ambulatorial; Ambulatório de Cirurgia Pediátrica; Dermatologia; Endocrinologia; Gastroenterologia; Pré Natal de Alto Risco; Hematologia/Oncologia; Mastologia; Nefrologia; Neurologia; Oftalmologia; Ortopedia; Otorrinolaringologia; Pneumologia; Psiquiatria; Psicologia, Vascular e Podologia.

Desenvolvimento dos Programas de Saúde:

- Programa de Asma;
- Programa de Tuberculose;
- Programa de Hanseníase;
- Serviço de Atenção Domiciliar - SAD e Programa de Dispensação de Bolsas de Ostomia.



O CEAD possui serviços de Apoio Diagnóstico realizando procedimentos de: Punções, Biópsia, Eletrocardiograma, Eletroencefalograma, Ultrassonografia e Pequenas Cirurgias Ambulatoriais.

Ambulatório Médico de Especialidades – AME Rio Claro

O Ambulatório Médico de Especialidades – AME Rio Claro iniciou suas atividades em 14/12/2009, compondo a Rede de Ambulatórios Médicos de Especialidades – AME do Sistema Único de Saúde de São Paulo, criada pela Resolução SS 39, de 03/04/2008, prestando atendimento ambulatorial especializado visando à ampliação do acesso e melhoria da resolubilidade da rede regional de assistência à saúde. O AME – Rio Claro é referência para 13 (treze) municípios das Regiões de Saúde do DRS X Piracicaba.

Centro de Especialidades Odontológicas – CEO

O Centro de Especialidades Odontológicas – CEO foi habilitado através da Portaria 2192/GM, de 08/10/2004, com classificação CEO I. A Deliberação CIB 01/2009, de 22/01/2009 aprovou a alteração de sua classificação para CEO II.

Conta com os seguintes serviços especializados: Endodontia; Cirurgião Dentista Ortodontista, Cirurgia Oral Menor dos Tecidos Moles e Duros; Dentística; Patologista (diagnóstico em doenças bucais, com atenção especial ao câncer), Periodontista, Odontogeriatría, Odontopediatria, Bebê Sorriso, Atendimento a Portadores de Necessidades Especiais, Radiologia Periapical, Protésista, Traumatologistas Buco Maxilo Facial.

Laboratório Regional de Prótese Dentária – LRPD

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

Com objetivo de ampliar as ações de Saúde do Idoso, o município implantou o **Centro de Especialidades Odontológicas em Saúde Bucal do Idoso – CEOSBI**, em 09/2008.



Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Regional Rio Claro

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Regional Rio Claro foi habilitado em julho/2003, compondo a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS, buscado ampliar os serviços de atenção à saúde dos trabalhadores, no âmbito dos municípios, incentivando a implantação de ações de prevenção de doenças, acidentes de trabalho e vigilância em Saúde do Trabalhador, com inspeções nos ambientes de trabalho para identificação de condições que possam gerar danos à saúde do trabalhador.

SEPA – Serviço Especializado em Prevenção e Assistência para DST/AIDS/Hepatites Virais

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

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

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

Unidade de Dispensário de Medicação e Insumos – responsável pela solicitação, recebimento, controle, armazenamento, logística e dispensação dos materiais.



Unidade de Dispensário de Almoxarifado - responsável pela solicitação, recebimento, controle, armazenamento, logística e dispensação dos produtos.

3.3.3 Saúde Mental – Atenção Psicossocial

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Drogas são orientadas pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Lei nº 10.216 que visa à superação do modelo asilar e a garantia dos direitos de cidadania da pessoa com transtornos mentais. Nessa perspectiva, são priorizadas iniciativas que visam garantir o cuidado integral centrado nos territórios, considerando a garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando progressiva inclusão social.

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

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

O município de Rio Claro vem implementando sua Rede de Atenção Psicossocial, contando com pontos de atenção de componentes da RAPS: Atenção Básica em Saúde (Grupos Comunitários de Saúde Mental e Programa de Controle ao Tabagismo nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família); Atenção Psicossocial Especializada, com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS III, CAPS ad, CAPS IJ e CRIARI); Atenção a Urgência e Emergência (SAMU192, UPA 24 horas, PA Chervezão e PSMI); Estratégia de Desinstitucionalização (Programa de Volta para



Casa – PVC/Serviço Residencial Terapêutico Tipo II), Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Empreendimento Solidário).

O município de Rio Claro dispõe dos seguintes serviços e ações de atenção à saúde mental:

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

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

- **Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil - CAPS ij:** atendimento de crianças e adolescentes de 03 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;

- **Centro de Referência a Infância e Juventude de Rio Claro – CRIARI:** atendimento ambulatorial de crianças e adolescentes a partir de 03 a 18 anos incompletos, com queixas emocionais e de sofrimento psíquico;

Os CAPS ad, CAPS III e CRIARI são regionais, atendendo os municípios do CGR Rio Claro.

- **Serviço de Residência Terapêutica Tipo II:** na Estratégia de Desinstitucionalização, o município de Rio Claro possui 02 residências terapêuticas masculinas de usuários beneficiados com o Programa de Volta para Casa – PVC egressos de internações psiquiátricas de longa data.

- **Padaria artesanal “Loucos por Pão”:** em relação às Estratégias de Reabilitação Psicossocial, em julho de 2013, o município Rio Claro foi contemplado, através de portaria ministerial, com o Empreendimento Solidário “Panificação Artesanal”, que é conduzido por usuários da rede de saúde mental com suporte dos trabalhadores dos CAPS. O projeto conta com apoio da Secretária de Assistência Social e Economia Solidária.

- **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Grupos Comunitários de Saúde Mental:** desenvolvidos grupos semanais de controle ao tabagismo e



comunitários de saúde mental nas UBS (Unidades Básicas de Saúde) e USF (Unidades de Saúde da Família) coordenados pelos profissionais do Programa de Saúde Mental com a participação dos trabalhadores da Atenção Básica. Além das ações assistenciais desenvolvidas na Atenção Básica os técnicos da Saúde Mental desenvolvem ações de matriciamento por meio de reuniões de rede e discussão de casos.

- **Fórum Intersetorial da Infância e Adolescência:** desenvolvidos fóruns periodicamente com os profissionais da Educação e Programa de Saúde Mental na perspectiva do matriciamento.

- **Programa de Educação Permanente para Estratégia Saúde da Família:** desenvolvimento de um curso sobre atenção psicossocial em álcool e outras drogas para os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família

3.3.4 Habilitação/ Reabilitação

Uma das maiores prerrogativas do SUS é a garantia de acesso do usuário a atenção à saúde em tempo adequado. Para isso, pode-se dispor de um conjunto de mecanismos, entre os quais se destacam: estabelecimento de redes de atenção à saúde (em seus componentes e pontos de atenção) a partir de uma linha de cuidado integral à saúde da pessoa com deficiência; implementação de diretrizes e protocolos de atendimento; definição de fluxos assistenciais que atendam as especificidades e necessidades dos usuários; criação e/ou aprimoramento de sistema de regulação e avaliação dos serviços oferecidos, visando à qualidade do cuidado.

De acordo a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2008, p.26) e Lei Brasileira de Inclusão (2015, p.17): Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

No Brasil, segundo o Censo Demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 45,6 milhões de pessoas têm algum tipo de deficiência:



18,6% da população têm deficiência visual, 7% deficiência motora, 5,1% deficiência auditiva e 1,4% deficiência intelectual.

No município de Rio Claro, segundo o IBGE, temos: deficiência motora: 9.566 pessoas (5,14% da população), deficiência auditiva: 7.530 pessoas (4,04% da população), deficiência visual: 4.673 pessoas (2,51 % da população), deficiência intelectual: 1.870 pessoas (1 % da população), totalizando 23.639 pessoas com deficiência, representando 12,69 % da população.

O Centro de Habilitação Infantil “Princesa Victoria” é um serviço especializado em habilitação e reabilitação de crianças e adolescentes com deficiência, na faixa etária de 0 à 18 anos, residentes em Rio Claro e região (Corumbataí, Analândia, Santa Gertrudes, Ipeúna, Itirapina).

São atendidas as seguintes patologias: paralisia cerebral, malformações congênitas, mielomeningocele, doenças neuromusculares, lesão do plexo braquial, múltiplas deficiências, lesão encefálica adquirida na infância, síndromes (predomínio comprometimento físico e/ou sensorial), atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, doenças reumáticas, hemofilia, pé torto congênito, torcicolo congênito, perda auditiva e surdez, cegueira e visão subnormal. As crianças com transtorno de espectro do autismo são atendidas em parceria com o CAPS infantil. O enfoque do trabalho é centrado na produção da autonomia e na participação efetiva dos usuários na construção de projetos de vida pessoais e sociais.

Desenvolve também o Ambulatório de Acompanhamento ao Bebê de Risco. O acompanhamento visa à prevenção e detecção precoce de possíveis desvios no desenvolvimento global do bebê. Alguns critérios são utilizados para caracterizar os “Bebês de Risco”, são eles: prematuridade, baixo peso, Apgar baixo, desconforto respiratório, malformação ou síndromes, mãe portadora de doenças infectocontagiosas, entre outros.

São realizados atendimentos individuais e em grupo com crianças, adolescentes e familiares. Nos atendimentos em grupos, há o envolvimento dos profissionais de todos os setores. São realizados: grupos de estimulação global, grupos de estimulação visual, grupos de temas, grupos de atividade de vida prática, grupos de adolescentes, grupos de transtornos do espectro do autismo, grupo de natação, grupo de psicomotricidade,



hidroterapia. O serviço conta também com avaliação audiológica (audiometria e impedanciometria) e Laboratório de Análise do Movimento.

O trabalho é realizado em uma abordagem transdisciplinar, onde a centralidade está nas necessidades dos usuários, envolvendo profissionais, responsáveis, familiares e rede de atendimento, nos processos de cuidado com o usuário.

3.3.5 Assistência a Urgência e Emergência

O município de Rio Claro, conta com o Comitê Gestor das Urgências, com efetivo funcionamento para a organização da Rede de Urgência e Emergência – RUE onde reuniões mensais com todos os envolvidos são realizadas, DRS X, rede municipal de saúde como um todo, hospitais da regional em saúde, tanto público quanto os privados, concessionárias que prestam atendimentos às vítimas de acidentes em rodovias do território da regional, sendo elas, Colinas, Centrovias e Intervias. A Defesa Civil e o corpo de Bombeiros também têm papel efetivo.

Simulados são realizados constantemente, contando com os participantes do comitê, onde essa ação faz com que as equipes de diversos setores, tanto do intra-hospitalar, quanto do pré-hospitalar, e demais setores tenham o entrosamento e coloquem em prática os protocolos do Ministério da Saúde, garantindo assim, uma melhor qualidade de atendimento para o paciente.

O Núcleo de Educação em Urgências – NEU/SAMU-DF foi criado em 2006. Devido ao seu reconhecimento e crescimento amplo ao longo dos anos, no ano de 2015, levantou a necessidade de alterar a nomenclatura de NEU para NEP - Núcleo de Educação e Pesquisa, com objetivo de fazer jus à magnitude do serviço. Os treinamentos e cursos acontecem de acordo com a demanda e necessidade da Regional.

O Núcleo de Educação em Pesquisa, também tem efetivo funcionamento, onde o SAMU 192 Rio Claro, realiza diversos e rotineiros treinamentos, em vários ambientes, escolas, faculdades, clubes, grupos comunitários, voluntários da Defesa Civil, Brigadistas de Incêndio em empresas, principalmente em SIPATs. O ano de 2017, a rede de ensino municipal passou por esse treinamento, onde 300 colaboradores foram



capacitados para realizar o primeiro atendimento no caso de um agravo em saúde emergencial dentro das escolas, e como acionar o SAMU corretamente.

O SAMUZINHO também tem amplo e efetivo funcionamento, onde a equipe do SAMU Regional Rio Claro se disponibiliza a atender solicitações de escolas dentro da Regional e Saúde.

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

- ✓ Pronto Socorro Municipal Integrado – PSMI
- ✓ Pronto Atendimento Ginecologia e Obstetrícia – PA GO
- ✓ Pronto Atendimento Chervezão – PA do Chervezão
- ✓ Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU
- ✓ Unidade de Pronto Atendimento “Dr. Olavo Narkevitz”- UPA 24h
- ✓ Centro de Atenção Psicossocial 18 de Maio - CAPS III

O **Pronto Socorro Municipal Integrado – PSMI** é uma unidade especializada em atendimento de Urgência/ Emergência, é mantida exclusivamente com recursos financeiros municipal, anexo à Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro, funcionando como unidade de Pronto Socorro referenciado, sendo referência para os municípios da Região Rio Claro, funcionando como ponto estratégico para atendimento às vítimas de animais peçonhentos, bem como soro e vacinação antirrábica, antitetânica, contando com médicos especialistas nas 24 horas em plantão a distância, como Cardiologista, Oftalmologia, Cirurgião Neurologista, Cirurgião Ortopedista, Cirurgião Buco-Maxilo, Cirurgião Vascular, Cirurgião Geral – Gastroentologista.

O PSMI conta com leitos para observação, equipamentos de infraestrutura, de manutenção da vida, serviço de imagem, equipamentos de métodos gráficos para a manutenção da vida. Como setor anexo à Santa casa, foi contratado o serviço de imagem de Ultrassom e Tomografia Computadorizada, também nas 24 horas, e o serviço de oferta de Hemocomponentes.

As internações de urgência e emergência SUS são encaminhadas através do PSMI para a Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro, as solicitações de internação contêm as informações dos pacientes que estão aguardado vaga, de acordo com a



complexidade, conforme avaliação médica. As internações são realizadas conforme estabelecido no Convênio celebrado entre a FMSRC e a Santa Casa de Misericórdia.

O **Pronto Atendimento Chervezão – PA do Chervezão** está localizado na região norte, e está em adaptação para a transformação em UPA 24horas. A unidade conta com recepção, consultórios médicos, leitos de observação, espaço para higiene pessoal dos pacientes, serviço de exames bioquímicos, serviço de radiologia, equipamentos de infraestrutura, de métodos gráficos, de manutenção da vida e odontológico, colaborando na organização do fluxo de atenção às urgências e emergências, encaminhando o paciente ao serviço de saúde adequado à situação, dentro das urgências. A equipe de profissionais é composta por médicos plantonistas, clínicos e pediatras, equipe de enfermagem e de apoio e auxiliar administrativo. Os casos mais graves e de maior complexidade são regulados e transferidos para o PSMI, via SAMU 192.

O **Pronto Atendimento em Ginecologia e Obstetrícia – PA GO** funciona vinculado ao PSMI e Maternidade da Santa Casa de Misericórdia, com equipe médica pertencente ao quadro de funcionários da FMSRC, com ofertas de enfermeiras obstetrias, e demais equipe técnica pertencente ao RH da Santa Casa. A unidade é referência para atendimento emergencial ginecológico e obstétrico, e também para os casos de violência sexual, conforme diretrizes básicas do Plano Operativo Anual, integrante do Convênio SUS – Santa Casa. Contando com o atendimento nas 24 horas, com Centro Cirúrgico/Obstétrico, UTI Adulto, e Neonatal – Infantil, Banco de Sangue entre outros pontos hospitalar, e é ponto de atenção da Rede Cegonha.

O **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Regional Rio Claro** é composto pelos municípios do CGR Rio Claro: Analândia, Corumbataí, Ipeúna, Itirapina, Rio Claro e Santa Gertrudes, iniciou as atividades em 01/07/2011, funcionando 24 horas por dia a equipe conta com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, condutor/socorristas e Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM), que atendem as urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, ginecológica-obstétrica e de saúde mental da população. O SAMU 192



Regional Rio Claro possui uma Unidade de Suporte Avançado de Vida e Seis Unidades de Suporte Básico de Vida, duas em Rio Claro, considerando que temos mais de 77% da população da regional, e uma unidade é custeada 1400% pelo município. O município de Analândia não aceitou a pactuação da implantação de uma Base descentralizada, como nas demais cidades da regional contém, e por esse motivo, a Regulação Médica utilizando de sábia logística, realiza a cobertura das urgências e emergências em Analândia utilizando recursos dos outros municípios da regional.

A **Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h** tipo II, do município de Rio Claro, foi inaugurada em 05/2012, onde conta com salas para atendimento, sala de Raios-X, recepção, espaço para banho de pacientes, laboratório de análises clínicas, sala de observação pediátrica, entre outros serviços. A estratégia de atendimento da UPA 24H – tipo II está diretamente relacionado ao trabalho do SAMU, que organiza o fluxo de atenção às urgências e emergências, encaminhando o paciente ao serviço de saúde adequado à situação, dentro das urgências. Os pacientes, nas UPAS 24 horas, são avaliados de acordo com classificação de risco, podendo ser liberados ou permanecer em observação por até 24 horas ou, se necessário, transferidos para um hospital de referência.

De acordo com o Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco, implantados nas unidades de urgências de Rio Claro, é observado que 87% dos atendimentos são classificados como código azul, sendo essa também uma realidade nacional, porém com a reorganização da Rede de Atenção Básica, e com a melhoria da qualidade e ampliação da resolubilidade de nível básico, o resultado deverá interferir nos percentuais de atendimento nas unidades de urgência, considerando que o código azul, não é pertinente ao atendimento de urgência.

O **Centro de Atenção Psicossocial 18 de Maio - CAPS III** - Funciona diariamente nas 24 horas, plantão médico psiquiátrico e 04 (quatro) leitos de retaguarda à crise. O serviço é destinado ao atendimento de adultos com transtornos mentais graves e persistentes, sendo que, na urgência em saúde mental atende todas as faixas etárias;

3.3.6 Apoio Diagnóstico e Terapêutico



A organização da prestação da assistência no SUS é baseada em dois princípios fundamentais: a regionalização e a hierarquização. Além destes princípios o sistema, ao longo dos anos, estabeleceu que as ações e procedimentos se dispusessem em dois blocos, sendo um relativo à atenção básica, e o outro, que contempla as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Desta forma, foram definidos sistemas de informação, de pagamento, e de controle, avaliação e regulação.

A prestação de serviços de diagnóstico terapêutico é uma modalidade de oferta de serviço em saúde que utiliza recursos físicos, como por exemplo, Exame de Raio X, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ecografia, Ecocardiograma, Doppler, entre outros. O objetivo é de esclarecer o diagnóstico ou realizar procedimentos terapêuticos específicos para pacientes da rede municipal de saúde, que é organizado através da oferta dos serviços em determinadas especialidades, sejam eles próprios, terceirizados ou contratados para o estabelecimento de saúde. O município de Rio Claro conta com serviços próprios, conveniados e contratados, para realização de procedimentos de média e alta complexidade.

Rotineiramente é realizado um estudo da demanda de solicitação de exames e a oferta de procedimentos de média e alta complexidade, onde com isso é possível realizar a adequação da quantidade de serviço ofertada, subsidiada pela Central Municipal de Regulação Ambulatorial de Serviços Especializados, que é responsável pela regulação de consultas especializadas, exames/procedimentos de média e alta complexidade e cirurgias eletivas, sendo implantada em 02/2011.

**Produção de Exames de Apoio Diagnóstico - Média Complexidade Rio Claro/SP -
2013 a 2016**

Subgrupo Procedimento	2013	2014	2015	2016	Total
0201 Coleta de material	458	13.607	1.802	151	16.018
0202 Diagnóstico em laboratório clínico	378.965	356.076	464.316	412.517	1.611.874
0203 Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	17.943	17.760	41.201	43.770	120.674
0204 Diagnóstico por radiologia	71.313	60.565	75.918	58.951	266.747
0205 Diagnósticos por ultrassonografia	8.052	6.679	8.778	9.759	33.268
0209 Diagnóstico por endoscopia	238	277	595	261	1.371

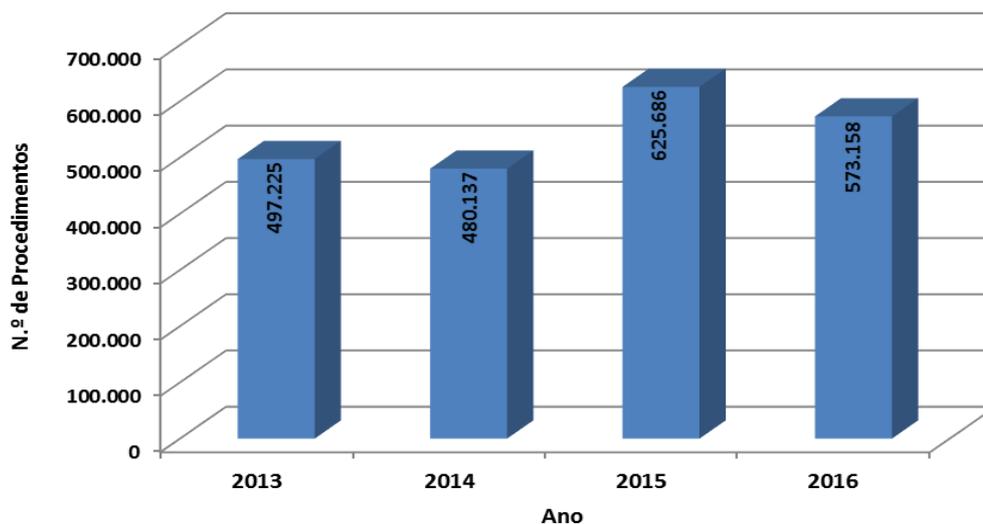


0211 Métodos diagnósticos em especialidades	12.813	11.907	16.350	32.943	74.013
0212 Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	1.979	5.828	8.037	9.183	25.027
0214 Diagnóstico por teste rápido	5.464	7.438	8.689	5.623	27.214
Total	497.225	480.137	625.686	573.158	2.176.206

Fonte: SIA – TABNET/DATASUS

Conforme observado no gráfico, somente no ano de 2016, foram realizados 573.158 procedimentos de Média Complexidade, porém foi observado um déficit de 52.528 mil procedimentos comprado ao ano de 2015.

Produção de Exames de Apoio Diagnóstico - Média Complexidade - Rio Claro/SP - 2013 a 2016



Fonte: SIA – TABNET/DATASUS

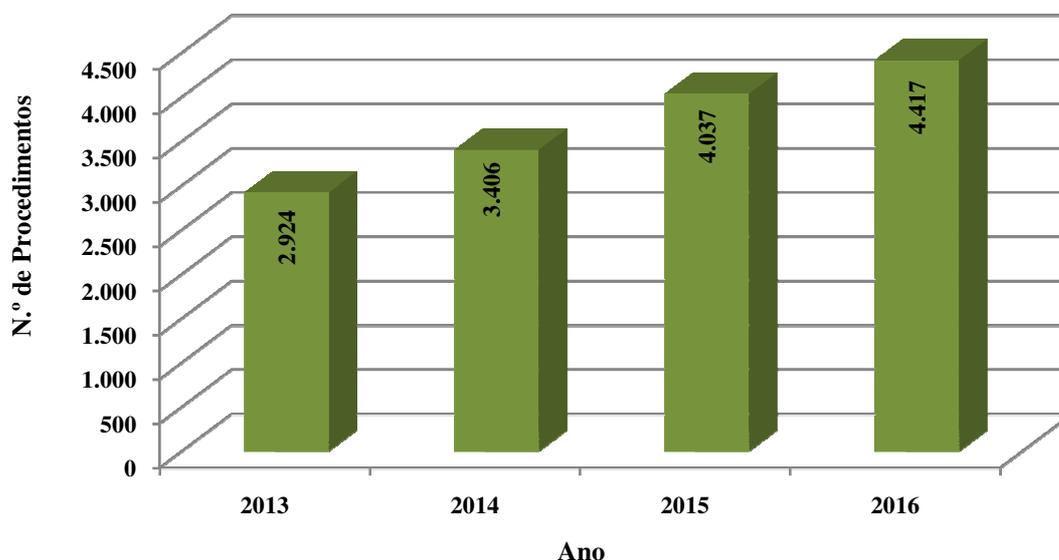


Produção de Exames de Apoio Diagnóstico - Alta Complexidade - Rio Claro/SP
2013 a 2016

Subgrupo procedimentos	2013	2014	2015	2016	Total
0204 - Diagnóstico por radiologia	101	123	89	167	480
0206 - Diagnóstico por tomografia	2.154	2.438	3.203	3.584	11.379
0207 - Diagnóstico por ressonância magnética	476	573	537	535	2.121
0208 - Diagnóstico por medicina nuclear in vivo	193	272	208	121	794
0211 - Métodos diagnósticos em especialidades	-	-	-	10	10
Total	2.924	3.406	4.037	4.417	14.784

Fonte: SIA – TABNET/DATASUS

Observando o número da produção de Alta Complexidade, é nítido que está em desacordo com a média complexidade, onde na produção de média complexidade houve um déficit de produção, já na alta complexidade vem sendo apresentado um aumento na produção. Entre o ano de 2015 e 2016 houve um crescimento de 380 procedimentos.

Produção de Exames de Apoio Diagnóstico - Alta Complexidade
Rio Claro/SP - 2013 a 2016


Fonte: SIA – TABNET/DATASUS

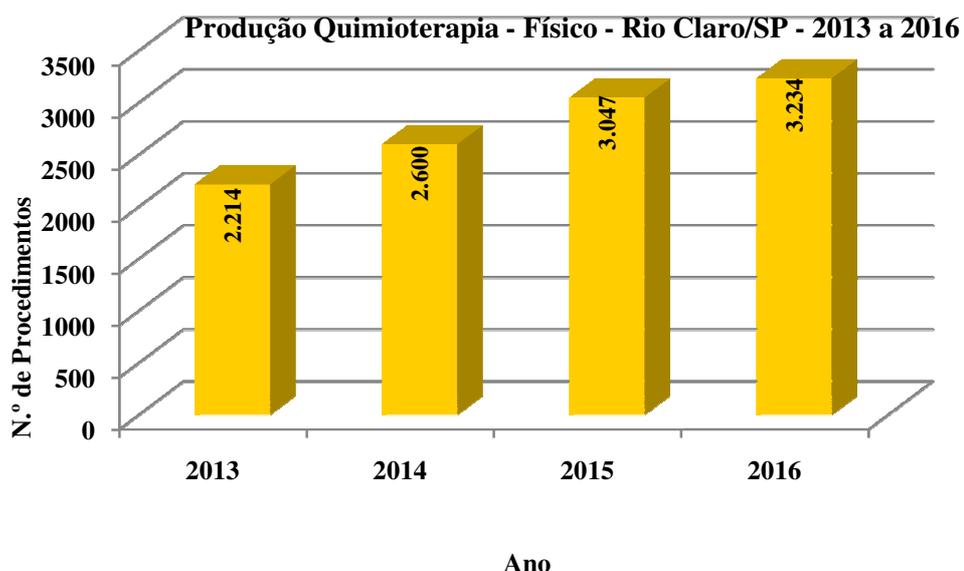


3.3.7 Oncologia

A portaria nº 140 de 27 de fevereiro de 2014, redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação e fluxo destes estabelecimentos de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e de Centros de assistência especializada em oncologia (CACON) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Irmandade Santa Casa de Rio Claro, foi habilitada em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON, sem serviço de Radioterapia e atendimento infantil, de acordo com a Portaria no. 146/SAS, de 11/03/2008. Onde foi programado o procedimento de **Quimioterapia** de Oncologia, dos municípios da Região Rio Claro, com cota anual de 32 procedimentos – R\$ 134.829,12 (Pactuação Programada Integrada – PPI/2009). A referência para Rio Claro de procedimento de Radioterapia é o UNACON de Limeira e Piracicaba e o atendimento Infantil é no Hospital Infantil Boldrini em Campinas.

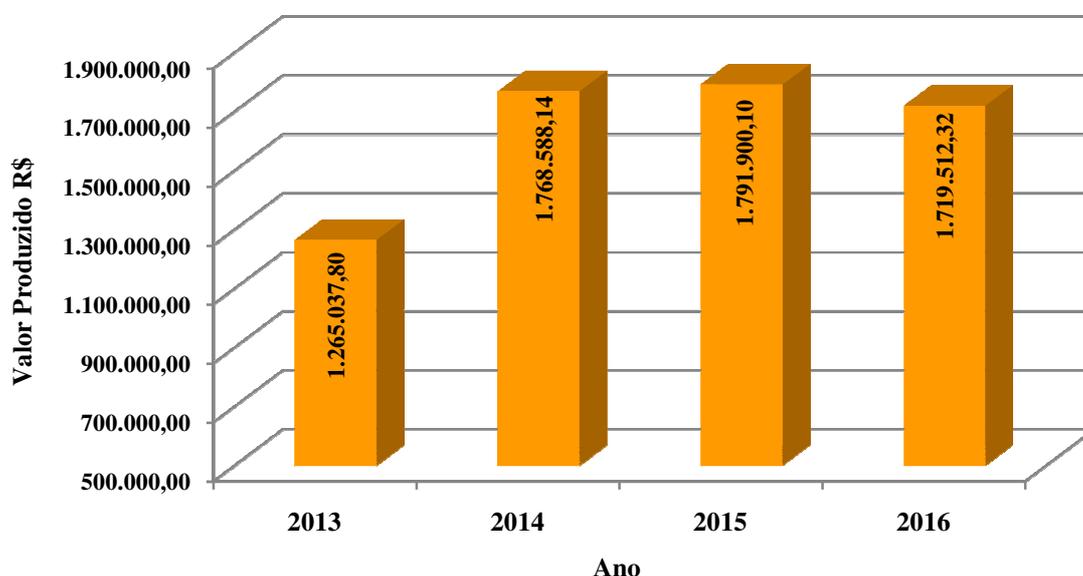
Como foi observada, a incidência de novos casos de doenças não transmissível no município de Rio Claro, com diagnóstico de causas oncológicas, vem apresentando um crescimento, como é observado também a nível nacional, e com isso a produção física também apresenta o crescimento na oferta dos procedimentos de Quimioterapia.



Fonte: SIA – TABNET/DATASUS



Produção Quimioterapia - Financeiro - Rio Claro/SP - 2013 a 2016



Fonte: SIA – TABNET/DATASUS

Os procedimentos de Quimioterapia não são limitados, seja por produção física ou financeira, considerando a programação, a produção, a demanda atual e com isso fazendo cumprir a responsabilidade de assegurar o atendimento, de acordo com a Portaria 140 do MS.

3.3.8 Laboratório Municipal de Análises Clínicas

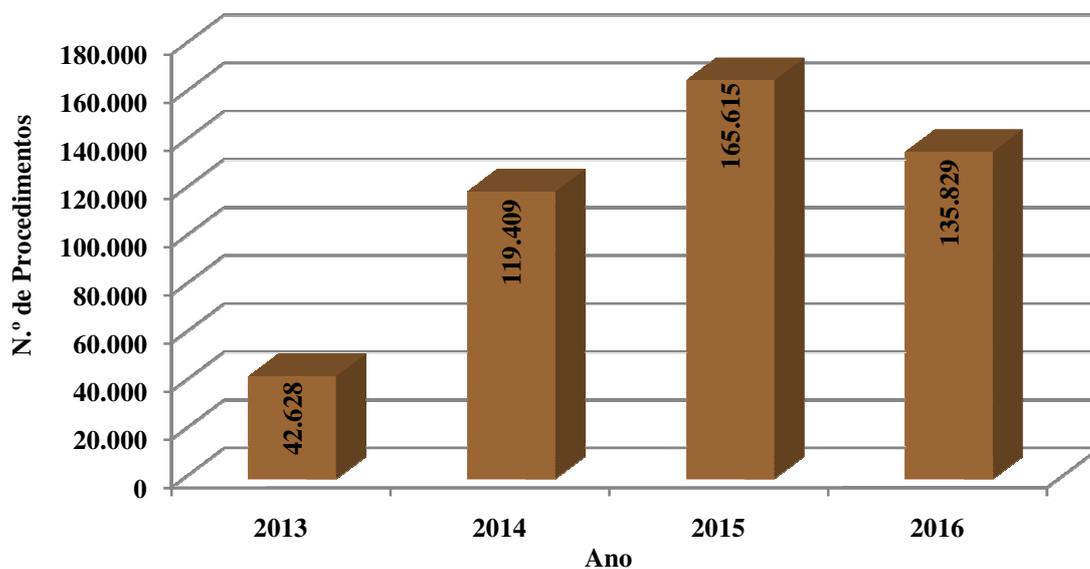
A implantação do Laboratório de Análises Clínicas Municipal ocorreu em 2013, a fim de ampliarmos a realização integral dos exames bioquímicos, de acordo com a realidade municipal, foi necessário realizar a contratualização do Laboratório Hemodiag, pelo Contrato de Convênio Hospitalar com a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro. Contamos ainda com a parceria do Instituto Adolfo Lutz.

Buscamos o acesso dos usuários a fim de assegurar a prevenção e o controle das linhas de cuidado dos diversos programas e patologias, e assistindo integralmente também, a realização dos exames dentro da Rede de Urgência e Emergência do município de Rio Claro.



No gráfico, é observado que no ano de 2015 houve um aumento na produtividade do Laboratório Municipal, porém no ano em questão, o município de Rio Claro passou por uma epidemia de Dengue e com isso houve reflexo na produção ambulatorial, onde foram notificados 21.641 casos de Dengue.

**Produção Laboratório Municipal de Análises Clínicas - Rio Claro/SP -
2013 a 2016**



Fonte: SIA – TABNET/DATASUS



3.3.9 Produção Ambulatorial

A realização da Assistência de Média e Alta Complexidade (MAC) é realizada através dos procedimentos das unidades da rede municipal, de Convênio de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde – Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro, do Ambulatório de Especialidades Médica – AME Rio Claro, de referências pactuadas e serviços contratados pela Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro.

Os dados disponíveis são oriundos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS, gerido pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, sendo processado pelo DATASUS - Departamento de Informática do SUS, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

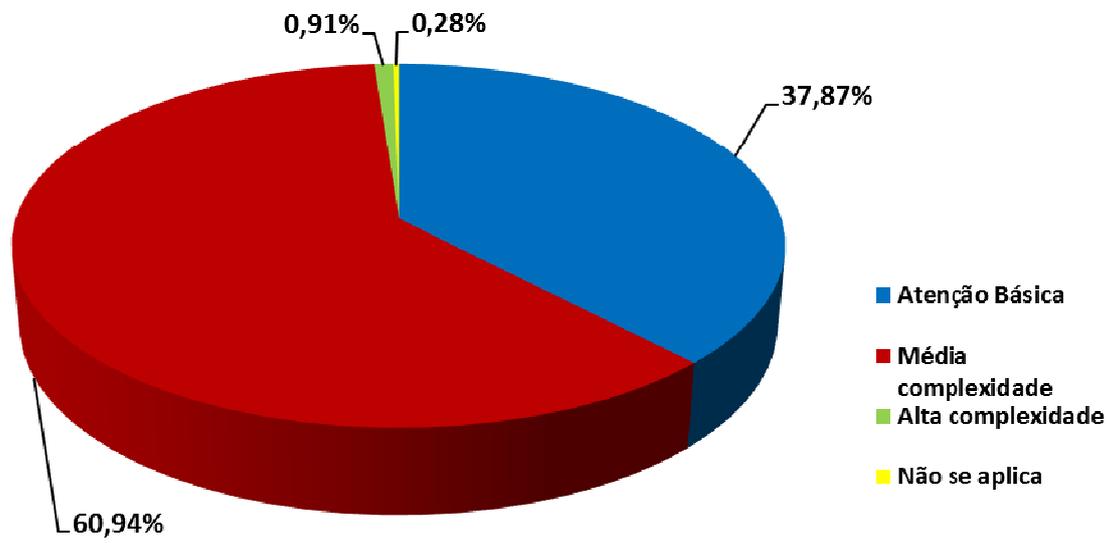
Produção Ambulatorial por Complexidade Segundo Grupo de Procedimento - Rio Claro/SP - 2016

Grupo procedimento	Atenção Básica	Média complexidade	Alta complexidade	Não se aplica	Total
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	204.183	10.939	-	5.993	221.115
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	129.779	573.158	4.417	-	707.354
03 Procedimentos clínicos	548.611	890.862	17.282	-	1.456.755
04 Procedimentos cirúrgicos	36.041	4.925	356	-	41.322
07 Órteses, próteses e materiais especiais	-	-	-	873	873
08 Ações complementares da atenção à saúde	1.111	-	-	-	1.111
Total	919.725	1.479.884	22.055	6.866	2.428.530

Fonte: SIA – TABNET/DATASUS



Percentual de Produção Ambulatorial por Complexidade - Rio Claro/SP - 2016



Fonte: SIA – TABNET/DATASUS



3.4 Assistência Hospitalar

3.4.1 Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro

A pactuação dos serviços hospitalares para o SUS é gerido pelo município para toda Regional em saúde, através do Convênio de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde entre a entidade filantrópica – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro e a Prefeitura Municipal de Rio Claro, com interveniência da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro.

A Irmandade Santa Casa de Rio Claro é um hospital filantrópico, geral, de médio porte que é referência para os municípios da Região Rio Claro. Atende a população há 132 anos, possui credenciamentos/ habilitações, pelo Ministério da Saúde, em Unidade de:

- ✓ Assistência em Alta Complexidade em Cardiovascular – Cirurgia Vascular;
- ✓ Nefrologia;
- ✓ Neurocirurgia;
- ✓ Ortopedia;
- ✓ Terapia Nutricional; Oncologia – UNACON;
- ✓ Serviço Hospitalar para Tratamento de AIDS;
- ✓ Referência Hospitalar em Atendimento Terciário à Gestante de Alto Risco;
- ✓ Contracepção Definitiva – Laqueadura/Vasectomia;
- ✓ UTI Tipo II – Adulta – 10leitos
- ✓ UTIN Tipo II – 05 Leitos Neonatais e 02 Pediátricos.

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

1. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN - Tipo II: 05 leitos.
2. Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal – UCIN: 07 leitos:
 - 2.1. Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional – UCINCo: 05 leitos



- 2.2. Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru - UCINCa: 02 leitos.
3. Gestante de Alto Risco – GAR: 03 leitos.
4. Banco de Leite.

O Convênio de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde está formalizado em conformidade com o Programa de Contratualização, com os limites financeiros para a assistência de Média e Alta Complexidade hospitalar e ambulatorial fixados mediante o cumprimento das metas físicas e qualitativas pactuadas no Plano Operativo Anual

A assistência hospitalar é realizada através da disponibilização de leitos gerais e leitos complementares.

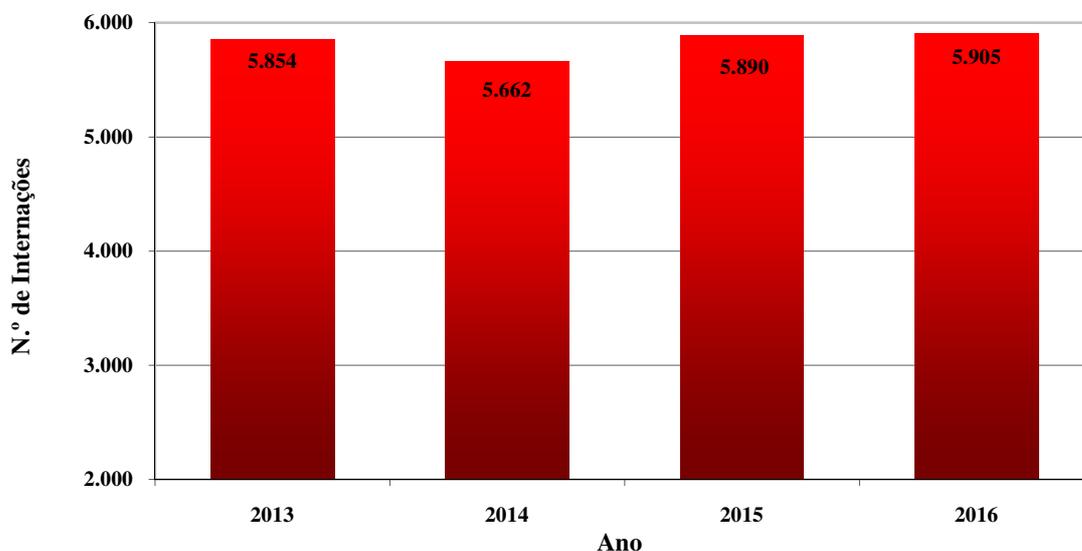
LEITOS HOSPITALARES – Santa Casa de Rio Claro

Leitos por Especialidade	SUS	Não SUS	TOTAL
Cirúrgicos	20	27	47
Clínicos	15	13	28
Obstétricos	22	06	28
Pediátricos	12	04	16
Crônicos	02	-	02
Pneumologia Sanitária	01	-	01
Psiquiatria	02	-	02
Sub – Total (1)	74	50	124
Leitos Complementares	SUS	Não SUS	TOTAL
Unidade de Isolamento	02	01	03
UTI Adulto - Tipo II	10	10	20
Unidade de Cuidados Intermediários NeonatalCanguru - Ucinca	02	-	02
UTI Neonatal – Tipo II	05	01	06
Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Convencional - Ucinco	05	03	08
UTI Pediátrica - Tipo II	06	-	06
Sub – Total (2)	30	15	45
Total	104	65	169

Fonte: SCNES



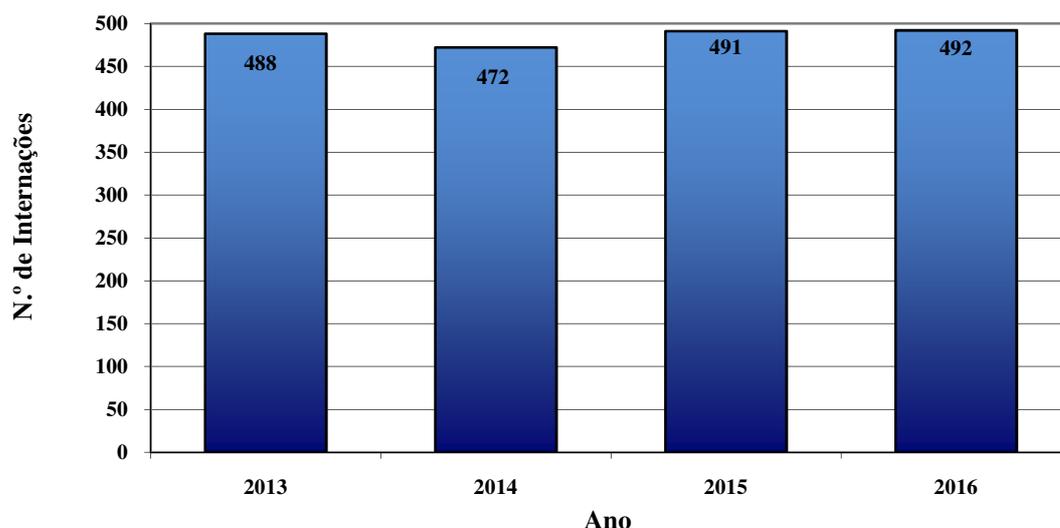
Total Anual de Internações SUS - Rio Claro/SP - 2013 a 2016



Fonte: SIHD – TABNET/DATASUS

As internações são programadas no Plano Operativo Anual, caracterizadas por Autorização de Internação Hospitalar, pertinente no Contrato de Convênio de Prestação de Serviços Hospitalar, com acompanhamento e monitoramento mensal da Comissão de Acompanhamento de Convênio Hospitalar, representado pelo Hospital, pela Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro e Regional em Saúde.

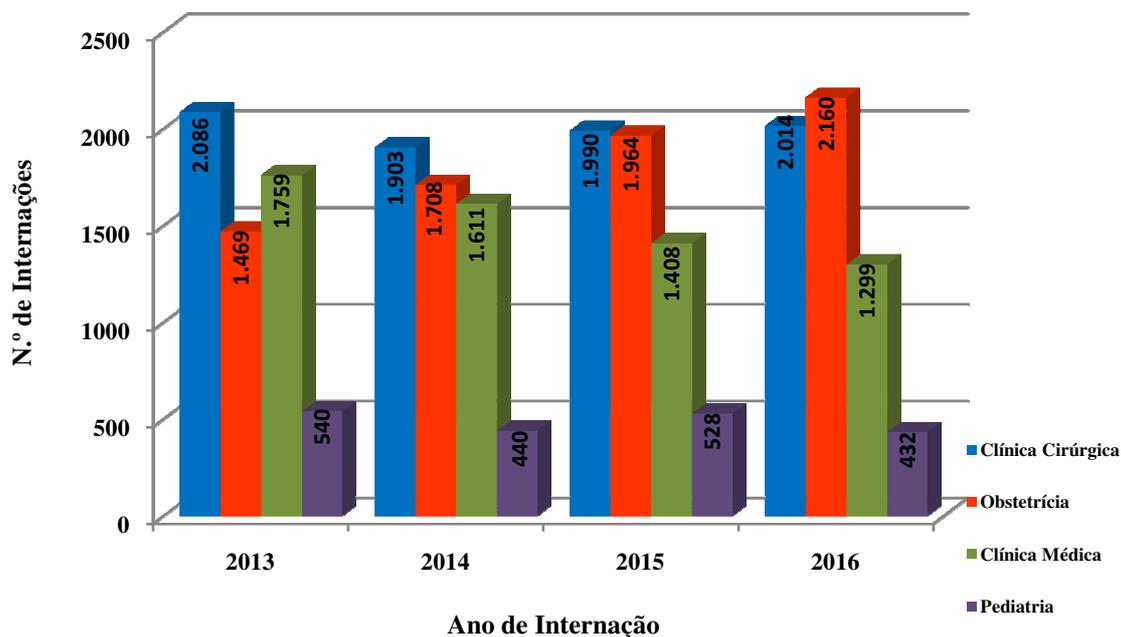
Média Mensal de Internações SUS - Rio Claro/SP - 2013 a 2016



Fonte: SIHD – TABNET/DATASUS

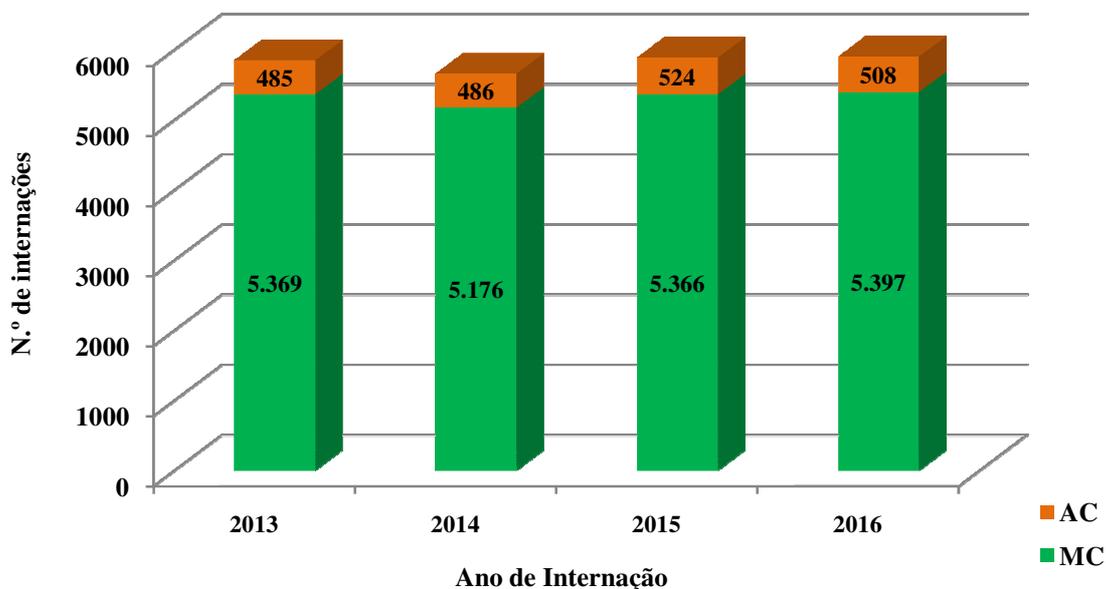


N.º de Internações por Especialidade - Rio Claro/SP - 2013 a 2016



Fonte: SIHD – TABNET/DATASUS

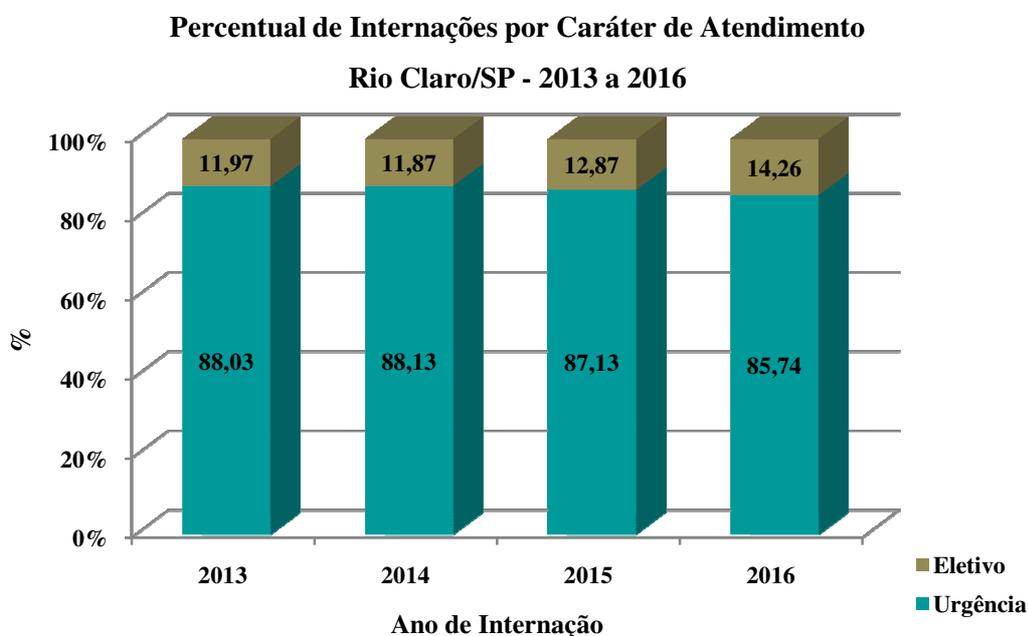
N.º de Internações por Complexidade - Rio Claro/SP - 2013 a 2016



Fonte: SIHD – TABNET/DATASUS



Os serviços pactuados no Contrato de Convênio Hospitalar, são regulados pela FMSRC, via Central de Regulação Ambulatorial, de acordo com as metas quantitativas e qualitativas no Plano Operativo firmado.



Fonte: SIHD – TABNET/DATASUS

Com relação à assistência hospitalar de média complexidade há necessidade de ampliação da oferta de cirurgias eletivas em especialidades como Ginecologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Gastroenterologia. A nova forma de contratualização oferta para a Irmandade Santa Casa um incentivo financeiro mensal de cumprimento das metas quantitativa e qualitativa, que são avaliadas por uma Comissão de Acompanhamento de Convênio, onde se todas as metas forem realizadas, de acordo com o percentual de desempenho, o valor de R\$ 380.000,00 é pago, sendo uma bonificação de incentivo financeiro.

A Gestão Municipal com o apoio da Regional em Saúde e o DRS X, está se empenhando para aumentar a oferta de leitos municipais para o SUS, considerando é observado que a média de internação de Urgência e Emergência nos últimos quatro anos é de 85% da capacidade total instalada, e com isso a Região de Saúde se depara com a falta de leitos para abranger os procedimentos de média complexidade cirúrgica eletiva, que devem ser realizados pela Santa Casa de Rio Claro, considerando que o hospital é



um hospital Geral referência para a Regional em Saúde de Rio Claro, que abrange 06 municípios.

O Colegiado de Gestão Regional – CGR Rio Claro, desde 2008, através de Termo de celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde, as Prefeituras dos municípios da Região Rio Claro e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro, vem desenvolvendo as atividades relativas ao Programa “**PRÓ SANTA CASA**”, o Programa objetiva o fortalecimento da assistência hospitalar filantrópica no Sistema Único de Saúde – SUS, contribuindo para o equilíbrio financeiro da entidade, possibilitando a manutenção da assistência de forma ordenada e otimizada, com qualificação do atendimento da população.

3.4.2 Casa de Saúde e Maternidade Santa Filomena

Conforme a Portaria nº 1.294 de 25 de maio de 2017, que visa atender a demanda de cirurgias reprimidas, assim organizando a estratégia de ampliação de acesso, a Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro, realizou um Edital de Chamamento Público para obtermos prestador hospitalar dos procedimentos cirúrgicos, contemplado na Portaria em questão, considerando que não houve interesse por parte da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro. Após a publicação do Edital, a Instituição Casa de Saúde e Maternidade Santa Filomena, foi contemplada em realizar os procedimentos em questão, de acordo com as normas técnicas vigente, a realização das cirurgias foi ampliada até a competência de julho de 2018, de acordo com a Portaria de nº 163 de 19 de janeiro de 2018.

Conforme acordo firmado em 30/12/2003, a CSM Santa Filomena vem realizando Prestação de Serviços Hospitalares – Cirurgias Eletivas aos usuários do SUS, como forma de pagamento de débitos inscritos na Dívida Ativa – Lei Municipal 3196, de 02/08/2001. O acordo prevê a realização da equivalência mensal de 30 (trinta) cirurgias eletivas, conforme operacionalização pela FMSRC, considerando a demanda reprimida e procedimentos cirúrgicos definidos na Tabela de Equivalência.



3.4.3 Casa de Saúde “Bezerra de Menezes”

A Casa de Saúde “Bezerra de Menezes” é entidade conveniada ao SUS, para assistência hospitalar às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Trata-se de um hospital, sob gestão estadual, que está reunindo esforços para adequar-se a Política de Saúde Mental vigente, estando em processo de reformulação do modelo de assistência prestada às pessoas com transtornos mentais, devendo atuar como Centro Integrado de Atenção Psicossocial – CINAPSI.

O hospital prioriza as internações de curta permanência e com respostas rápidas às crises agudas. O hospital implantará lar abrigado para os moradores de longa data do referido equipamento e vislumbra transformar-se num “hospital-ensino”, oferecendo cursos de especialização e residência multiprofissional em saúde mental, bem como residência médica psiquiátrica, com o objetivo de qualificar os trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial do SUS. Através de Lei Municipal, o município de Rio Claro concede subvenção social a Casa de Saúde “Bezerra de Menezes”, como apoio financeiro mediante o cumprimento de metas definidas em Plano de Trabalho.

O município está integrando em sua Rede a Estratégia de Desinstitucionalização, onde o Serviço de Residência Terapêutica (SRT) está em processo de finalização de implantação, que visa constituir como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Além disso, essas residências podem servir de apoio aos hospitais de Saúde Mental, para contribuição da oferta da quantidade de leitos de internação.

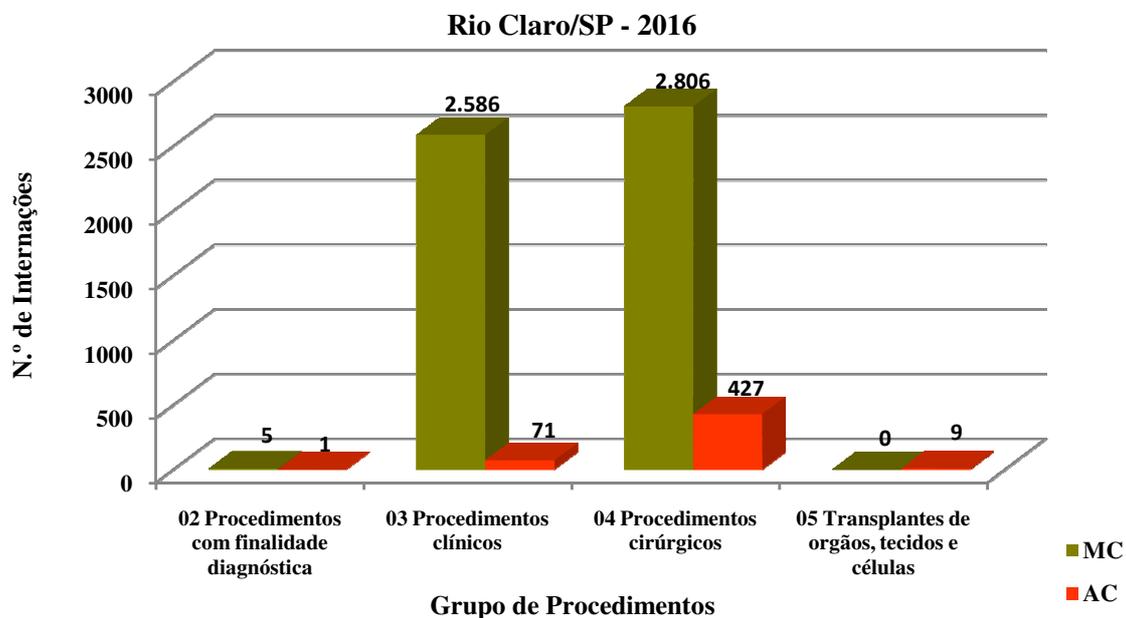
3.4.4 Produção Hospitalar

A assistência hospitalar das Internações por Complexidade, que foi analisada por Grupo de Procedimento, foi evidenciada a prevalência quantitativa dos procedimentos de Média Complexidade, dos grupos Clínicos e Cirúrgicos, onde então corrobora a necessidade da ampliação de oferta dos procedimentos hospitalares, mediante a



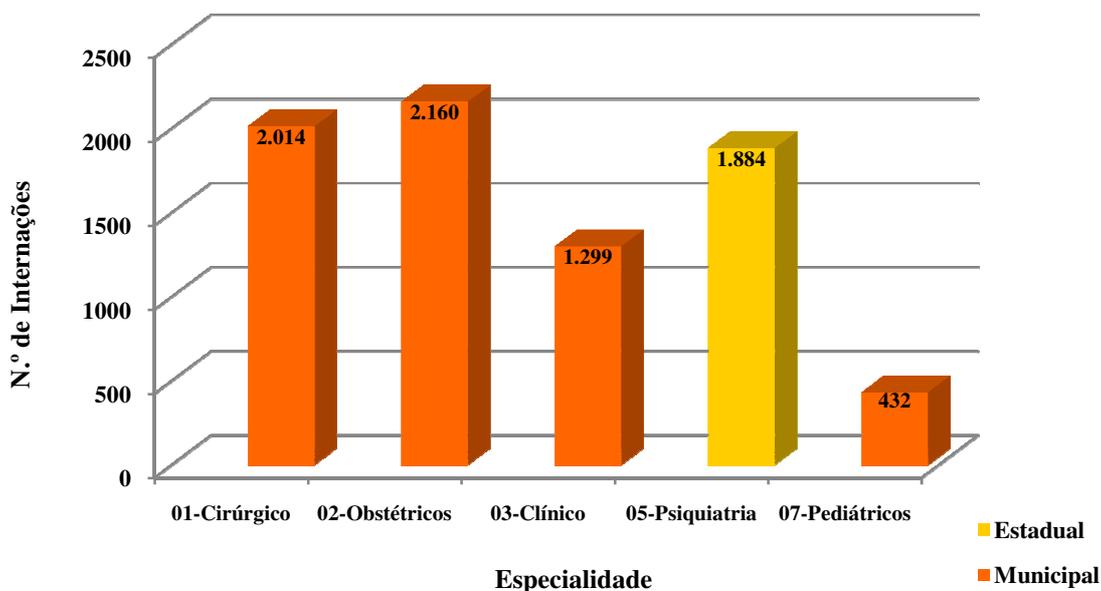
demanda cirúrgica reprimida ambulatorial de média complexidade da Central de Regulação Municipal da FMSRC.

Internações por Complexidade Segundo Grupo de Procedimento



Fonte: SIHD – TABNET/DATASUS

N.º de Internações por Gestão Segundo Especialidade - Rio Claro/SP - 2016



Fonte: SIHD – TABWIN/DATASUS





FUNDAÇÃO /
SECRETARIA DE
SAÚDE



PREFEITURA DE
RioClaro

As internações são determinadas por tipo de gestão, somente as internações Psiquiátricas são geridas pelo Estado de São Paulo, onde contamos com o Hospital Bezerra de Menezes para realizar as internações do tipo Psiquiátricas.



EIXOS, DIRETRIZES E OBJETIVOS

Os eixos do Plano Municipal de Saúde de 2018-2021 contemplam os compromissos assumidos pelo Gestor Municipal no Pacto pela Saúde, as prioridades estabelecidas pelo Decreto Federal 7508/2011, a análise situacional de saúde, os eixos temáticos das Conferências Nacional e Estadual de Saúde e as propostas aprovadas na XIII Conferência Municipal de Saúde de Rio Claro.

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

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

EIXOS:

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

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

Eixo III – Vigilância em Saúde.

Eixo IV – Fortalecimento da gestão municipal do SUS.

Eixo V – Gestão do trabalho e da educação em saúde

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



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

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

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

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

O acesso da população aos medicamentos de qualidade e no momento apropriado é fundamental para garantir a resolubilidade dos atendimentos realizados pelo SUS, sendo de responsabilidade das esferas federal, estadual e municipal. Na área de assistência farmacêutica, o município vem desenvolvendo ações para o estímulo ao uso racional e controlado dos medicamentos, priorizando a medicação padronizada, ampliando desta forma o acesso, com custos factíveis para o SUS.

O município conta com Assistência Farmacêutica oferecendo à população o acesso aos medicamentos considerados essenciais.

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



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

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

OBJETIVO	META	INDICADOR
Ampliar o número de profissionais médicos e dentistas das ESF com especialização em Saúde da Família.	100% dos profissionais com nível superior da ESF realizarem a Especialização em Saúde da Família.	% de número de profissionais das ESF com especialização em Saúde da Família, monitorado pelo NESTD.
Fortalecer a qualificação da Atenção Básica.	100% das Equipes de Atenção Básica capacitadas nas Linhas de Cuidado e desenvolvendo ações de promoção e prevenção na saúde.	Estatística de lançamento no E-SUS das ações desenvolvidas, trimestralmente.
Ampliar a cobertura populacional na Estratégia Saúde da Família.	50% de cobertura populacional - Estratégia Saúde da Família (25 ESF implantadas).	% de cobertura ESF.
Implantar processos de avaliação e monitoramento da Atenção Básica.	Elaborar mecanismos para avaliação de 100% de monitoramento na avaliação dos dados/ações registradas.	Indicadores de Saúde e Sistemas de Informação.
Ampliar o matriciamento nas Unidades de Saúde.	Implementar o NASF 1. Implantar o NASF 2. Garantir o matriciamento de GO e Pediatria em todas as Unidades de Saúde.	NASF 1 implementado. NASF 2 implantado. N.º de ações desenvolvidas em conjunto com os colaboradores do NASF, Grupo de



		Apoiadores e equipe do CEREST/SESMT. Cobertura do matriciamento nas Unidades de Saúde.
Implementar as reuniões das Equipes de Atenção Básica.	Sensibilizar e apoiar as Equipes e Coordenadores das Unidades de Saúde.	Levantamento, através de questionário, sobre a representação das reuniões de Equipes da AB. Instrumento de Autoavaliação das Equipes, através de cópias de atas, semestralmente, de cada ESF.
Qualificar a Atenção Básica para ampliar a resolutividade da assistência à saúde, principalmente na redução da internação por causas sensíveis.	Reduzir as internações por causas sensíveis à Atenção Básica, conforme pactuação com o MS.	% de qualificação dos profissionais (educação permanente) % de internações por causas sensíveis à AB.
Intensificar as ações de promoção e prevenção realizadas pelas Unidades de Saúde, nas Linhas de Cuidados.	Sensibilizar a comunidade adscrita no território. Elaborar Projetos para efetivação das ações, de acordo com a realidade local e considerando o matriciamento do NASF. Avaliar as ações realizadas das ESF.	Lançamento das ações nos Sistemas de Informação.
Incentivar as equipes de ESF a adesão ao	Implementar a lei vigente nas equipes que	% adesão



Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade - PMAQ	aderirem ao Programa.	
---	-----------------------	--

DIRETRIZ I. 2 – APRIMORAR O ACESSO DA ASSISTÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR

OBJETIVO	META	INDICADOR
Fortalecer mecanismos de programação e regulação de acesso à assistência de Média e Alta Complexidade – MAC.	Monitorar e adequar ações e serviços de saúde próprios e contratados/conveniados. Estabelecer protocolos clínicos e fluxos de referência e contrarreferência. Ampliar a oferta de procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, através de programas estaduais e federais, equacionando a capacidade instalada regional.	Serviços e ações monitorados. Protocolos e fluxos efetivados.
Ampliar o acesso às internações para realização de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade.	Ampliar a oferta de cirurgias eletivas de Média Complexidade, equacionando a capacidade instalada regional.	Relatório de Monitoramento.
Organizar as Redes de Atenção à Saúde, integrada às Redes Regionais de Atenção à	Instituir Grupo Condutor para organizar as Redes Temáticas de Saúde integradas às	Redes organizadas e integradas.



Saúde – RRAS.	RRAS.	
Assegurar a contratualização de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde - MAC.	Firmar e monitorar Convênio SUS Santa Casa	Convênio firmado e monitorado.
DIRETRIZ 1.3 – APERFEIÇOAR A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Assegurar o acesso à Assistência Farmacêutica nos diversos Componentes e Programas.	<p>Manter organização das farmácias.</p> <p>Manter Farmacêutico presente por todo o horário de funcionamento das farmácias.</p> <p>Capacitar permanentemente Farmacêuticos e atendentes.</p> <p>Atualizar constantemente normas de dispensação.</p>	<p>Certificados: CRF, VISA, Prefeitura, Bombeiros, etc.</p> <p>Selo: Aqui tem Farmacêutico presente.</p> <p>Avaliação continuada.</p> <p>Farmacêuticos e Auxiliares treinados e atualizados.</p>
Assegurar e ampliar a eficiência da Assistência Farmacêutica.	<p>Revisão periódica da Padronização e Protocolos de Medicamentos.</p> <p>Minimizar e orientar ações administrativas e judiciais envolvendo medicamentos.</p> <p>Garantir a regularidade no abastecimento e fortalecer a logística de distribuição de medicamentos.</p>	<p>Comissão Farmacoterapêutica reorganizada e atuante.</p> <p>Atualizar e divulgar a REMUME.</p> <p>Criação da Câmara Técnica de Medicamentos.</p> <p>Abastecimento constante semanal ou quinzenal.</p> <p>Relatórios de monitoramento.</p>



Reestruturação da Assistência Farmacêutica.	Estabelecer técnica e administrativamente o Departamento de Assistência Farmacêutica. Projetar implantação das Farmácias polos regionais. Parceria com faculdades de farmácia.	Iniciar a estruturação do Departamento de Assistência Farmacêutica. Iniciar a implantação das farmácias polos regionais. Iniciar oferta de estágios e desenvolvimento de trabalhos científicos.
DIRETRIZ I. 4 – QUALIFICAR OS SERVIÇOS PRÓPRIOS DE APOIO DIAGNÓSTICO		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Melhorar a eficiência dos serviços de apoio diagnóstico próprios/municipais.	Reorganizar e adequar os serviços de apoio diagnóstico.	Nº. de exames e relatórios de monitoramento.
Assegurar os serviços de apoio diagnóstico nas unidades de urgência e emergência.	Manter a regularidade de materiais e monitorar os serviços de apoio diagnóstico nas unidades de urgência e emergência.	Nº. de exames e relatórios de monitoramento.
DIRETRIZ I. 5 – QUALIFICAR A ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Equipamentos de Saúde (100%) – PSMI.	Manutenções preventivas e provisão de insumos aos equipamentos adquiridos sob contrato de locação. Aquisição de Bomba de Infusão,	Relatórios e monitoramento dos equipamentos de urgência. Controle de documentos de aquisição do



	<p>equipamentos neonatal e infantil (ventiladores, bomba de infusão de seringa, isolete, halos/capacetes como sistema de oxigenoterapia á neonatos).</p>	<p>equipamento.</p>
<p>Estrutura física e funcional do PSMI.</p>	<p>Restauração do prédio (infiltrações, pintura, depreciação das paredes e telhado). Estruturação para o fluxo do PGRSS. Aquisição e instalação de sistema de manutenção de energia (gerador), Adequação do quarto destinado ao isolamento. Troca dos toldos e Piso antiderrapante em área de circulação de colaboradores. Restauração / troca do circuito interno de câmeras. Manutenção dos equipamentos de ar condicionado e dos mobiliários de escritório. Aquisição de camas hospitalares conforme a metragem das portas e compatíveis aos usuários, colchões adequados ás camas e macas para transporte, enxoval hospitalar,</p>	<p>Relatórios de monitoramento. Visitas em campo para averiguação das problemáticas levantadas.</p>



	<p>cadeiras de rodas compatíveis com as portas e usuários, mesas auxiliares de alimentação.</p> <p>Adequação de espaço para montagem de consultório médico clínico.</p> <p>Adequação física conforme solicitação de órgãos competentes.</p> <p>Adequação de descanso dos colaboradores.</p> <p>Adequação dos armários, pias, torneiras.</p> <p>Instalação de divisórias nos leitos (projeto em andamento).</p>	
<p> Materiais de enfermagem – PSMI.</p>	<p>Aquisição de pinças, cubas, bandejas, mesas auxiliares, tesouras, trocater para cistostomia, oxímetros de pulso, termômetros digitais a laser / infravermelho, esfigmomanômetros aneróides, materiais de punção para neonatos.</p> <p>Aquisição/manutenção de suportes de soro.</p> <p>Manutenção preventiva e/ou substituição da geladeira de imunobiológico.</p>	<p>Relatórios de monitoramento.</p>
<p> Materiais de Higiene – PSMI.</p>	<p>Padronização dos produtos de limpeza e proteção dos pisos.</p> <p>Aquisição e troca de dispensadores de papel e</p>	<p>Relatórios de monitoramento.</p>



	saneantes manuais, equipamentos para implantação de PGRSS.	
Capacitação e atualização técnica – PSMI.	Realização de capacitação multiprofissional.	Relatórios de monitoramento.
Equipamentos de Saúde (100%) - SAMU.	Manutenções preventivas e provisão de insumos aos equipamentos adquiridos.	Relatórios e monitoramento dos equipamentos de urgência.
Recursos Humanos – SAMU.	Adequação do quadro funcionários.	Escala completa, adequada ao dimensionamento.
Estrutura física e funcional – SAMU.	Restauração do prédio (infiltrações, pintura, depreciação das paredes e telhado). Instalação, manutenção e troca dos equipamentos de ar condicionado e mobiliários de escritório.	Estrutura Restaurada e unidade preparada, redução dos problemas das quedas de energia e sistema.
Projeto Samuzinho – SAMU.	Material didático e uniformes para os alunos.	Programa implantado, crianças capacitadas.
Treinamentos – SAMU.	Bonecos (adultos e infantis) para treinamentos.	Programa implantado, população capacitada.
Resíduos – SAMU.	Manual de PGRS, aquisição de materiais e treinamentos.	Programa implantado.
Capacitação e atualização técnica – SAMU.	Disponibilização de recursos para realização de cursos de capacitação multiprofissional.	Relatórios de monitoramento.



Suporte Básico – SAMU.	Custear segunda unidade Suporte Básico (hoje custeada 100% Município).	Ministério da Saúde repassando incentivo.
Central de Regulação Hospitalar – SAMU.	Centralizar todas as solicitações de vaga para internação, organizando o fluxo e agilidade.	Solicitações registradas e pacientes encaminhadas para a Unidade de Internação.
Construção de uma base descentralizada do SAMU 192 Rio Claro	Implantar uma base do SAMU na Zona Sul	Tempo resposta para o atendimento % casos atendidos zona Sul
Equipamentos de Saúde (100%) – UPA 29.	Manutenções preventivas e provisão de insumos aos equipamentos adquiridos sob contrato de locação. Aquisição de bombas de infusão.	Relatórios e monitoramento dos equipamentos de urgência.
Estrutura física e funcional – UPA 29.	Restauração do prédio (infiltrações, pintura, depreciação das paredes e telhado), rampa de acesso à sala de emergência, portas. Restauração/troca do circuito interno de câmeras. Manutenção e troca dos equipamentos de ar condicionado, mobiliários de escritório. Aquisição de camas hospitalares conforme a metragem das portas, cadeiras de rodas compatíveis com as portas, mesas auxiliares	Relatórios de monitoramento



	<p>de alimentação.</p> <p>Instalação de divisórias nos leitos.</p> <p>Instalação de suportes para os monitores nos quartos do setor de observação e emergência.</p>	
<p> Materiais de enfermagem – UPA 29.</p>	<p>Aquisição de pinças, cubas, bandejas e mesas auxiliares, termômetros digitais a laser/ infravermelho, esfigmomanômetros aneroides e digitais de pulso, suportes /apoios para braço.</p> <p>Aquisição/manutenção de suportes de soro.</p>	<p>Relatórios de monitoramento.</p>
<p> Materiais de Higiene – UPA 29.</p>	<p>Aquisição de M.O.P's ergonômicos.</p> <p>Padronização dos produtos de limpeza e proteção dos pisos.</p> <p>Aquisição e troca de dispensadores de papel e saneantes manuais.</p>	<p>Relatórios de monitoramento.</p>
<p> Capacitação e atualização técnica – UPA 29.</p>	<p>Disponibilização de recursos para realização de cursos de capacitação multiprofissional.</p>	<p>Relatórios de monitoramento.</p>
<p> Converter o Pronto Atendimento do Chervezon em UPA 24H.</p>	<p>Programar e viabilizar o atendimento de acordo com a RUE.</p>	<p>UPA 24H implantada.</p>
<p> Recursos Humanos – UPA do Chervezon.</p>	<p>Adequação do quadro.</p>	<p>Escala funcional.</p>



Reforma estrutural – UPA do Chervezon.	Adequação de ambientes, consertos de portas, janelas, pintura geral.	Estrutura restaurada.
Sistema de Monitoramento – UPA do Chervezon.	Revisão e instalação de câmeras.	Sistema em funcionamento.
Recursos mobiliários – UPA do Chervezon.	Aquisição de mobiliário.	Unidade preparada.
Sistema Informatizado – UPA do Chervezon.	Aquisição de equipamentos, instalação e treinamento.	Sistema implantado.
Arquivo – UPA do Chervezon.	Adequação dos ambientes, mobiliário e identificação padronizada.	Implantado/Organizado.
Resíduos – UPA do Chervezon.	Recursos humanos, manual de PGRS, aquisição de materiais e treinamentos.	Programa implantado.



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

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

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

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

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

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

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



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

DIRETRIZ II. 1 – REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA

OBJETIVO	META	INDICADOR
Implantar efetivamente a Rede Cegonha.	Desenvolver o Plano de Ação da Rede Cegonha, através de articulação do Grupo Condutor Municipal e o Comitê Municipal De Investigação e Prevenção de Mortalidade Infantil e Materna.	Rede Cegonha implantada no município.
Qualificar o Pré-Natal e Puericultura nas Unidades de Atenção Básica.	Capacitar 100% das Equipes de Atenção Básica. Implementar as ações voltadas a capacitação e focadas na prevenção.	% de equipes capacitadas. Redução da mortalidade materno/infantil.
Reduzir a mortalidade infantil.	Assegurar a qualidade do pré-natal e do parto. Garantir a contra- referência do RN para a rede de saúde. Realizar atendimentos de acordo com o Calendário mínimo preconizado pelo MS. Garantir a oferta de todas as vacinas do	Sistemas de Informação da AB e do Programa Bebê de Risco.



	<p>Calendário básico de vacinação e realizar busca dos faltosos.</p> <p>Fortalecer o lançamento de dados no SISVAN das crianças menores de 05 anos.</p> <p>Garantir a contrarreferência do Programa Bebê de Risco junto às Equipes de Atenção Básica.</p> <p>Garantir o encaminhamento e acompanhamento dos bebês de risco em Ambulatório específico.</p> <p>Fortalecer o Comitê Municipal de Investigação e Prevenção de Mortalidade Infantil e Materna.</p>	
<p>Reduzir a mortalidade materna.</p>	<p>Garantir a oferta mínima de 7 CM de pré-natal.</p> <p>Assegurar a qualidade do pré-natal e do parto.</p> <p>Garantir o encaminhamento e acompanhamento das gestantes com indicação, ao Alto Risco.</p> <p>Fortalecer o Comitê Municipal de</p>	<p>Sistemas de Informação da AB.</p> <p>Redução das notificações de mortalidade materna.</p>



	Investigação e Prevenção de Mortalidade Infantil e Materna.	
Reduzir partos cesáreos no SUS.	<p>Orientar as gestantes, nas consultas e grupos de educação, quanto s vantagens do parto normal.</p> <p>Promover a capacitação dos serviços de atenção ao Parto e Nascimento, com relação às boas práticas.</p> <p>Efetivar o Plano de Redução de Partos Cesáreos.</p>	<p>SisPré-Natal Web.</p> <p>Relatórios das US.</p> <p>Capacitações realizadas.</p> <p>Relatório de Monitoramento.</p>
DIRETRIZ II. 2 – APRIMORAR A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA E SAÚDE DA MULHER		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Qualificar a Rede de Atenção Infantil e Materna para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.	<p>Capacitar 100% das Unidades de Atenção Básica.</p> <p>Implementar as ações na Atenção Infantil e Materna.</p>	<p>% de Unidades capacitadas.</p> <p>Lançamento das ações nos Sistemas de Informação.</p>
Realizar ações voltadas às doenças preveníveis nas crianças e programas para a saúde da infância.	Implementar a Linha de Cuidado da Infância.	<p>Linha de Cuidado implementada.</p> <p>Lançamento das ações nos Sistemas de Informação.</p>



Ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e do colo de útero.	Efetivar as linhas de cuidado para o enfrentamento do câncer de mama e do colo de útero.	Razão de exames colpocitopatológicos em mulheres de 25 a 64 anos. Razão de mamografia em mulheres 50 a 69 anos.
Ampliar o acesso das mulheres aos serviços de saúde às vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências.	Criar e organizar Linha de Cuidado/Rede de Atenção às vítimas de violência. Implantar as notificações nas Unidades de Saúde, Urgência e Emergência. Capacitar os profissionais de saúde a violência doméstica, sexual e outras.	Linha de Cuidado criada. Número de notificações realizadas. Treinamentos realizados.
DIRETRIZ II.3 – FORTALECER A REDE DE SAÚDE MENTAL, COM ENFASE NO ENFRENTAMENTO DA DEPENDÊNCIA DO CRACK E OUTRAS DROGAS		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Ampliar o acesso à Atenção Psicossocial, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde.	Garantir o matriciamento na Atenção Básica pela equipe do Programa de Saúde Mental.	Cronograma do matriciamento.
Promover e apoiar articulações intersetoriais para a atenção à Saúde Mental e dependência de drogas.	Fortalecer as articulações com Secretarias/Entidades e recursos comunitários dos territórios.	Ações efetivadas e reuniões de rede intra e intersetoriais realizadas.



<p>Desenvolver ações de educação permanente para o acompanhamento de pessoas com o uso prejudicial de drogas (AB/CAPS/Rede ambulatorial/Hospital Geral).</p>	<p>Garantir a participação dos profissionais do Programa de Saúde Mental em cursos, fóruns, seminários, simpósios, congressos e eventos científicos pertinentes à área.</p> <p>Organização de eventos em Rio Claro para capacitação da rede.</p> <p>Capacitação da Estratégia Saúde da Família na atenção ao uso de drogas.</p>	<p>Número de eventos científicos que os servidores participaram durante o ano.</p> <p>Calendário de reuniões trimestrais do Programa de Saúde Mental.</p> <p>Realização do curso Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas Para Estratégia Saúde da Família.</p>
<p>Implementar o Programa Municipal de Controle de Tabagismo nos territórios.</p>	<p>Implementar e ampliar a capacitação para os profissionais da atenção básica;</p> <p>Descentralizar a oferta do controle do tabagismo a fim de contemplar a política de atenção básica;</p> <p>Reduzir o tempo da fila de espera da população ao acesso ao controle do tabagismo.</p>	<p>% de adesão ao programa</p> <p>Número de profissionais da atenção básica capacitados no controle do tabagismo;</p> <p>Número de “pólos” descentralizados no município oferecendo assistência ao controle do tabagismo;</p>
<p>Implantar a Residência Terapêutica</p>	<p>Garantir o que preconiza a legislação da política de atenção psicossocial</p>	<p>Residência implantada</p>
<p>Fortalecimento dos Grupos Comunitários de Saúde Mental</p>	<p>Alinhar do oferecimento dos Grupos Comunitários de Saúde Mental;</p>	<p>Número de encontros dos Grupos Comunitários de Saúde Mental realizados;</p>



	<p>Capacitar mais servidores para a formação de Coordenadores de Grupos Comunitários de Saúde Mental;</p> <p>Garantir supervisão técnica para os profissionais da saúde mental e atenção básica que desenvolvem Grupos Comunitários de Saúde Mental em Rio Claro.</p>	<p>Número de usuários assistidos nos Grupos Comunitários de Saúde Mental;</p> <p>Número de servidores capacitados pela USP Ribeirão Preto em Grupos Comunitários de Saúde Mental;</p> <p>Número de servidores que participaram de eventos e atividades pedagógicas na USP Ribeirão Preto em Grupos Comunitários de Saúde Mental;</p> <p>Número de servidores que participaram dos encontros de Educação Permanente em Saúde em Grupos Comunitários de Saúde Mental</p>
DIRETRIZ II. 4 – APERFEIÇOAR A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL		
OBJETIVO	META	INDICADOR
<p>Melhorias e qualificações de acesso aos serviços e ação de saúde.</p>	<p>Renovação dos equipamentos e cursos de capacitação e atualização aos profissionais.</p>	<p>% de equipamentos renovados.</p> <p>N.º de capacitações realizadas.</p> <p>N.º de profissionais atualizados.</p>
<p>Levar tratamento adequado e de qualidade à população dos bairros, distritos (onde há subprefeituras) que não são contemplados pela</p>	<p>Através da Unidade Odontológica Móvel (trailer).</p>	<p>N.º de bairros contemplados e atendimentos realizados.</p>



Saúde Bucal.		
Adequar todos os aparelhos de Raio X odontológicos com devidos consertos e laudos, promovendo segurança aos profissionais que o utilizam e respectivamente seus pacientes.	Buscar técnicos especializados em consertos e empresas que laudam e atestam a qualidade dos aparelhos de Raio X.	N.º de aparelhos de Raio X odontológico adequados.
Unificação dos CEOs (Centro de Especialidades Odontológicas) e criação de um Centro Odontológico Infantil, melhorando e agilizando os atendimentos, agendamentos e ampliando segmentos/intervenções.	Apresentar local apropriado e com ênfase na acessibilidade e que atenda a necessidade dos profissionais e pacientes.	CEO's unificados. CEO Infantil criado.
Criar parceria com outros setores da Fundação Municipal e outros ampliando seguimentos em diagnóstico, exames e intervenções.	Fazer parceria com laboratório de análise histopatológico aqui em Rio Claro diminuindo o tempo de diagnóstico ao paciente, pois hoje enviamos as amostras à Unicamp em Piracicaba. Parceria com setor de oncologia (Coordenado pelo Dr. Fernando Hummel) onde vamos reabilitar seus pacientes que perderam dente e parte do palato com próteses dentárias. Convidar e ceder espaço ao menos uma vez por semana a um profissional da Unicamp,	Tempo de diagnóstico. Parceria com o setor de Oncologia do município formalizada. N.º de biópsias realizadas.



	para ajudar no diagnóstico e biópsia, pois hoje contamos apenas com um profissional neste setor.	
Contemplar nossos pacientes com próteses dentárias de excelente qualidade devolvendo a autoestima e qualidade de vida aos mesmos.	Poder contratar empresa especializada neste seguimento, agilizando os atendimentos e intervenções e priorizando a estética.	Empresa contratada. N.º de próteses dentárias disponibilizadas.
Ampliar números de Equipes de Saúde Bucal dentro das novas ESFs (Unidades de Saúde da Família) e em outras Unidades que se faça necessário.	Solicitar concurso para admissão de novos profissionais, e assim compor essas Equipes de Saúde Bucal.	Concurso realizado. N.º de Equipes de Saúde bucal completas.
Atenção especial à AB (Atenção Básica) dando condição de bons atendimentos e promover programas de orientações a população.	Aquisição de novos equipamentos e instrumentais e materiais didáticos.	Equipamentos e materiais adquiridos. N.º de orientações realizadas.
Intensificar trabalho da Saúde Bucal às gestantes e idosos.	Ampliar e renovar equipamentos no CEO e Atenção Básica.	N.º de atendimentos às gestantes e idosos realizados.
Intensificar a prevenção e orientação de Saúde Bucal nas Escolas	Promover melhorias nos equipamentos de trabalho, resultando num maior número de crianças atendidas e por consequência um menor número de desdentados no futuro.	N.º de atendimentos realizados. N.º de orientações realizadas.
Oferecer a população serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado, aprimorando a política da Atenção Básica e da	Atenção aos agendamentos e confirmação das consultas. Zelar pela qualidade e quantidade dos	Consultas e Atendimentos confirmados e realizados.



Atenção Especializada.	insumos necessários para o bom atendimento.	
Reduzir riscos e agravos a saúde da população por meios das ações de promoção e vigilância de saúde.	Intensificar campanhas de diagnóstico ao Câncer bucal, palestras em escolas e creches e palestras nas USFs.	N.º de campanhas e palestras realizadas.
Implementar e zelar pela política de humanização na Rede Municipal de Saúde.	Intensificar o acolhimento e visita aos pacientes na Atenção Básica e acompanhamento dos profissionais que atendem diretamente os pacientes.	N.º de acolhimentos e visitas realizadas na AB.
Manter nota máxima no PMAQ CEO e USFs participantes.	Investir em equipamentos, qualificação de profissionais e reuniões mensais com os profissionais para alinhamento das ideias e metas.	Nota recebida na avaliação do PMAQ.
Elevar o CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) que já é de categoria II para a categoria III; LRPD (Laboratório Regional de Prótese Dentária) da faixa de produção entre 20 a 50 que já estamos credenciados, para a produção de 51 a 80. E habilitar a acessibilidade no CEO gerando aumento de recursos enviados à nossa cidade.	Acerto com os profissionais da área da Saúde Bucal, aumentando as estatísticas e número de intervenções. Terceirizar laboratório de prótese dentária para suprir demanda dos profissionais. Em relação à acessibilidade, adequar o CEO com rampas e banheiros e local apropriado aos pacientes com necessidades especiais.	N.º de procedimentos realizados e informados na estatística mensal.
DIRETRIZ II. 5- APRIMORAR A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO, COM ESTÍMULO AO ENVELHECIMENTO ATIVO E FORTALECENDO AS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO		



OBJETIVO	META	INDICADOR
Promover o envelhecimento ativo e saudável com qualidade de vida.	Implementar os grupos de Atividades Físicas, Lian Gong e grupos de Alimentação Saudável.	Relatórios de Atividades.
Organizar a rede de atenção e estabelecer estratégias de gestão do cuidado ao idoso.	Capacitar 100% das Unidades de Saúde na implantação da Linha de Cuidado do Idoso.	% de US capacitadas. Linha de Cuidado Implantada.
DIRETRIZ II. 6 - IMPLEMENTAR A ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Implantar a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.	Capacitar e articular permanentemente a participação das UBS, PSF, NASF, especialidades, vigilâncias e unidades de urgência e emergência Participar de reuniões de Grupo Condutor no DRS X.	% de unidades.
Habilitar o CHI como CER- Centro Especializado em Reabilitação II.	Implementar ações referente a habilitação do CHI em CER II. Ampliar quadro de funcionários com vistas ao credenciamento (fisioterapeuta, fonoaudióloga, psicóloga, terapeuta ocupacional, atendente)	Habilitação MS.
Desenvolver projetos intersetoriais para	Realizar, Integrar, participar e apoiar os	



promoção de qualidade de vida da pessoa com deficiência.	projetos intersetoriais, especialmente junto a Secretaria Municipal de Educação.	Nº. de projetos desenvolvidos.
Implementar as avaliações no Laboratório de Análise do Movimento, para membros inferiores, superiores e face.	Capacitação e Treinamento da equipe interdisciplinar. Manter as avaliações exclusivas para usuários do CHI-PV.	Capacitações e Nº de avaliações realizadas.
Ampliar e adequar o atendimento e equipamentos no Laboratório de Tecnologia Assistiva (Tiflotecnologia).	Atendimento a pessoas com deficiência visual para todas as faixas etárias. Integrar o atendimento de saúde e educação.	Nº de atendimentos realizados. Inclusão social e transição para o mercado de trabalho.
Eliminar listas de espera para OPM.	Regulação qualitativa das listas de espera Adequação das OPM de acordo com as portarias do MS financiadas pelo Teto MAC	Nº de atendimentos realizados.
Reduzir listas de espera para Aparelho Auditivo.	Desenvolver trabalho intersetorial junto ao FSSM e Rede de atendimento a pessoa com deficiência auditiva - Secretaria Estadual de Saúde.	Nº de atendimentos realizados
Garantir a continuidade do Ambulatório Bebê de Risco no Centro de Habilitação Infantil "Princesa Victoria".	Oportunizar o acompanhamento aos bebês de risco até 03 anos de idade através de equipe interdisciplinar, visando a prevenção,	Nº de bebês encaminhados. Nº de atendimentos realizados. Altas realizadas.



	<p>detecção e acompanhamento precoce de possíveis desvios no desenvolvimento global.</p> <p>Realizar um trabalho em parceria com as unidades de saúde, visando o acompanhamento dos bebês e auxílio na busca ativa das famílias.</p> <p>Priorizar os encaminhamentos, exames, para os bebês de risco, de acordo com grau de risco.</p>	<p>Nº de crianças encaminhadas para habilitação/reabilitação.</p>
<p>Participar do Comitê de Mortalidade Materno Infantil.</p>	<p>Garantir a participação do CHI-PV, possibilitando troca de informações e adequação das ações.</p>	<p>Reuniões realizadas.</p>
<p>Dar continuidade as avaliações auditivas realizadas para a crianças e adolescentes de 0 à 14 anos, pacientes ou não do CHI-PV.</p>	<p>Oportunizar Avaliação Auditiva integrada ao atendimento de otorrinolaringologista.</p> <p>Agilizar exames complementares tais como BERA, emissão otoacústica, e outros, visando fechamento de diagnóstico.</p>	<p>Nº de atendimentos e encaminhamentos realizados.</p>
<p>Realizar frenectomia, com acompanhamento da equipe interdisciplinar (Odontólogo, fonoaudióloga e auxiliar de saúde bucal).</p>	<p>Desenvolver um trabalho integrado junto a Santa Casa, ao CEO – Bebê Sorriso, e Ambulatório do Bebê de Risco.</p>	<p>Nº de atendimentos realizados.</p>



<p>Atender pacientes do Centro de Habilitação Infantil "Princesa Victoria", no setor de odontologia extensivo a ex pacientes, com dificuldades de atendimento em unidades de saúde.</p>	<p>Atendimento articulado com o CEO, e encaminhamento em casos de necessidade de tratamento hospitalar.</p>	<p>Nº de atendimentos e encaminhamentos realizados.</p>
<p>Implantar cartão de atendimento de saúde para pessoas com deficiência.</p>	<p>Desenvolver junto às unidades de saúde e entidades, um cartão de atendimento de saúde, visando a identificação da patologia, especialmente nos casos de pessoas com deficiência com doenças raras. Articular o cartão junto ao atende fácil.</p>	<p>Nº de cartões. Reuniões com unidades de saúde e entidades.</p>
<p>Participar do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência e da Comissão Intesecretarial dos Direitos da Pessoa com Deficiência.</p>	<p>Garantir a participação do CHI-PV visando a implantação e melhoria das políticas de atenção à pessoa com deficiência.</p>	<p>Reuniões do CMDPCD. Reuniões da Comissão Intesecretarial.</p>
<p>Participar do Circuito Inclusivo.</p>	<p>Desenvolver ações educativas, preventivas, proporcionando visibilidade aos direitos das pessoas com deficiência no município.</p>	<p>Eventos realizados</p>
<p>Proporcionar vagas para realização de estágios</p>	<p>Envolver todos os setores do CHI-PV na</p>	<p>Nº de estagiários.</p>



obrigatórios e projetos de pesquisas voltadas para mestrado e doutorado, através de parcerias com universidades de Rio Claro e região.	recepção de estagiários e pesquisadores.	Nº de pesquisadores. Feedback das pesquisas realizadas.
Desenvolver um trabalho de educação permanente com a equipe de saúde.	Participação de estudos, pesquisas, treinamentos, cursos, capacitações, publicações científicas, reuniões de equipe, reflexões.	% de funcionários participantes.
Intensificar a divulgação das ações desenvolvidas no serviço, evitando busca tardia no atendimento.	Implantar o Marketing Social, utilizando site, redes sociais, boletim informativo online do CHI-PV.	Nº de acessos nas redes sociais.
Adequar e equipar as instalações do CHI-PV.	Instalar piso tátil, de acordo com a NBR 1.537/2016, seguindo os critérios e parâmetros. Reforma e ampliação das instalações (piscina, estacionamento interno). Aquisição de equipamentos.	% Obras realizadas.
DIRETRIZ II. 7 - ORGANIZAR A ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Implantar ações da Política Nacional da	Capacitar profissionais/equipes da rede	Profissionais/equipes capacitadas.



Atenção Integral de Saúde da População Negra.	municipal de saúde. Orientar os profissionais de saúde sobre a Política de atenção integral da saúde da população negra.	Lançamento das ações nos Sistemas de Informação.
DIRETRIZ II. 8 - IMPLEMENTAR AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Organizar e efetivar ações da Política Nacional da Atenção Integral de Saúde do Homem.	Desenvolver ações voltadas à Política Nacional de Atenção à saúde do Homem. Capacitar profissionais e orientar em relação à Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem.	Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem implantada.
DIRETRIZ II. 9 - IMPLEMENTAR AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE LGBT		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Implantar ações da Política Nacional da Atenção Integral de Saúde da População LGBT	Capacitar profissionais/equipes da rede municipal de saúde.	Profissionais/equipes capacitadas.
Campanhas sócio afirmativas e preventivas	Orientar os profissionais de saúde sobre a Política de atenção integral da saúde da população LGBT	Lançamento das ações nos Sistemas de Informação.



EIXO III – VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde engloba as Coordenadorias de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Centro de Controle de Zoonoses, unidades da Diretoria de Medicina Preventiva e Social da FMSRC. Apresenta interfaces de atuação com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, nas ações de Vigilância da Saúde do Trabalhador e com o Serviço Especializado de Prevenção e Assistência – DST/AIDS/Hepatites.

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

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

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



EIXO III – VIGILÂNCIA EM SAÚDE

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

OBJETIVO	META	INDICADOR
Manter elevada a cobertura vacinal em crianças menores de 01 ano.	Atingir 75 % ou mais na cobertura vacinal em menores de 01 ano.	% de cobertura vacinal.
Implementar a vigilância das doenças transmitidas por vetores.	100% das Equipes de Saúde da Família realizando ações de prevenção e controle das Arboviroses: Dengue, Chikungunya, Zika e Febre Amarela.	% de ESF realizando ações. Número de visitas Boletim de atividades de vigilância e controle.
Ampliar a cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilifera diagnosticados.	85% de cura de casos novos de TB bacilífera. Assegurar o Tratamento Diretamente Observado – DOT, com os incentivos.	% de cura de casos novos de TB bacilífera. DOT e incentivos mantidos.
Aumentar o percentual de cura dos casos novos de Hanseníase diagnosticados.	90 % de cura nos casos novos. Efetivar o tratamento, assegurando alta e cura no tempo estabelecido (PB: 9meses e MB:18meses). 98% de contatos intradomiciliares examinados.	% de cura nos casos novos. % de alta e cura no tempo estabelecido. % de contatos intradomiciliares de casos novos examinados.
Reduzir a transmissão vertical de sífilis e HIV.	Ofertar às gestantes e parceiros, o teste rápido para diagnóstico e triagem da Sífilis e diagnóstico do HIV, conforme preconizado na	Número de testes rápidos realizados. % de gestantes e parceiros tratados. % de notificações de Sífilis congênicas.



	<p>Rede Cegonha.</p> <p>Garantir 100% de tratamento da Sífilis em Gestante e parceiros.</p> <p>Garantir 100% de gestantes em acompanhamento e uso de TARV-HIV na gestação</p> <p>Garantir disponibilização de fórmula láctea a 100% das crianças expostas ao HIV no 1º semestre de vida.</p> <p>Implantar o Plano de Ação de Sífilis no município de Rio Claro</p>	<p>% de gestantes em acompanhamento, uso de TARV e tratamento para o HIV.</p> <p>% de crianças expostas em uso de fórmula láctea no 1º semestre de vida.</p> <p>Plano de Ação de Sífilis implantado</p>
<p>Ampliar as ações de diagnóstico, controle, prevenção e tratamento dos portadores de Hepatites B e C.</p>	<p>Disponibilizar teste rápido aos usuários da rede de saúde para triagem das Hepatites B e C.</p> <p>Ampliar estratégias de prevenção para as Hepatites B e C.</p> <p>Garantir o fluxo para o tratamento (exames, consultas e medicação) das Hepatites B e C.</p>	<p>Número de testes rápidos realizados.</p> <p>% de estratégias preventivas desenvolvidas junto à população.</p> <p>% de portadores de hepatites B e C em tratamento.</p>
<p>Implementar ações de vigilância de acidentes e violências.</p>	<p>Acolher, atender e notificar os casos de acidentes e violência.</p>	<p>Número de casos notificados.</p>
<p>Promover ações de promoção à saúde voltada para os agravos não transmissíveis.</p>	<p>Fortalecer o NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.</p> <p>Implementar ações de promoção à saúde em</p>	<p>NASF implantado.</p> <p>% de US realizando ações de Promoção à Saúde.</p> <p>% de US com as Linhas de Cuidado implantadas.</p>



	<p>100% das Unidades de Saúde da Atenção Básica em consonância com os eixos previstos na Política Nacional de Promoção à Saúde.</p> <p>Implantar e implementar as Linhas de Cuidados na saúde da criança e adolescente, saúde da mulher, saúde do homem e saúde do idoso, negro e LGBT.</p> <p>100% das Unidades de Saúde capacitadas nas ações de promoção à saúde e linhas de cuidado.</p> <p>Fortalecer o trabalho intersetorial e parcerias com as Instituições de Ensino.</p>	<p>% de US capacitadas nas ações de promoção à saúde e linhas de cuidado.</p> <p>Trabalho intersetorial realizado e parcerias efetivadas.</p>
DIRETRIZ III. 2 – FORTALECER O SISTEMA MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Implementar a Programação das Ações de Vigilância Sanitária–PAVISA.	90% de ações desenvolvidas/programadas.	% de ações desenvolvidas/programadas.
Fortalecer a gestão da Vigilância Sanitária no âmbito municipal.	80% de estabelecimentos cadastrados no SIVISA.	% de estabelecimentos cadastrados.
Qualificar os profissionais/equipes para as	80%de profissionais capacitados, conforme	% de profissionais capacitados.



diversas áreas de atuação.	demandas ao nível estadual e municipal.	
Fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador –VISAT.	100% de ações desenvolvidas, em conjunto, VISA e CEREST.	% de ações desenvolvidas – VISA/CEREST.
Aprimorar a Atenção à Saúde do Trabalhador.	Desenvolver e monitorar as ações de Saúde do Trabalhador, ao nível local e regional.	% de ações desenvolvidas/programadas.
Promover eventos educativos na área de vigilância sanitária.	Elaborar e desenvolver cursos na área de vigilância sanitária.	Executar 04 cursos na área de alimentos ao ano.
DIRETRIZ III. 3 – APERFEIÇOAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Implementar o desenvolvimento de atividades de vigilância em saúde ambiental.	Capacitar as equipes para desenvolver atividades de Vigilância Ambiental.	% de profissionais capacitados. % de ações desenvolvidas/programadas.
Aprimorar a vigilância da qualidade da água para consumo humano.	Executar as ações vigilância da qualidade da água. Alimentar o sistema PROÁGUA.	% das ações desenvolvidas. Sistema PROÁGUA, conforme capacidade de IAL



EIXO IV – FORTALECIMENTO DA GESTÃO MUNICIPAL DO SUS

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

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

Há necessidade de investimentos em informação e informatização da rede municipal, proporcionando suporte aos serviços, melhoria das condições de trabalho dos profissionais, subsídios aos processos de planejamento e monitoramento da gestão. A implantação de rede informatizada permitirá o gerenciamento e operacionalização das funções da regulação, o controle de acesso dos usuários, o aperfeiçoamento da hierarquização dos serviços, ampliando a qualidade e resolutividade da rede de saúde sob gestão do município de Rio Claro.

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

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

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



EIXO IV – FORTALECIMENTO DA GESTÃO MUNICIPAL DO SUS

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

OBJETIVO	META	INDICADOR
Elaborar e monitorar os instrumentos de Planejamento do SUS: Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021, Programações Anuais de Saúde – PS e Relatório Anuais de Gestão – RAG.	Elaborar e formalizar os instrumentos de gestão, com apreciação/aprovação do Conselho Municipal de Saúde. Monitorar e avaliar 100 % das metas de saúde propostas no plano.	Instrumentos de gestão formalizados. Metas de saúde monitoradas e avaliadas

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

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

DIRETRIZ IV. 3 – IMPLEMENTAR A REGULAÇÃO DO ACESSO, CONTRATAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

OBJETIVO	META	INDICADOR
Manter, atualizar e adequar convênios e contratos de prestação de serviços de assistência à saúde, em caráter complementar à	100 % de prestadores com convênios e contratos vigentes e atualizados.	% de prestadores com convênios e contratos vigentes e atualizados.



rede pública municipal.		
Aperfeiçoar a regulação do acesso na rede municipal de saúde.	Implantar Complexo Regulador Municipal.	Complexo Regulador Municipal implantado.
Aprimorar a qualidade da rede de atenção à saúde.	Monitorar os serviços da rede de assistência municipal de saúde.	% de serviços monitorados.
Organizar o componente municipal de auditoria em saúde, para auditar ações e serviços de saúde sob gestão municipal.	Componente Municipal de Auditoria organizado com base nas competências e atribuições do Decreto 7508/2011.	Composição da Auditoria Municipal, competências e atribuições na estrutura da FMSRC.
DIRETRIZ IV. 3 – APRIMORAR O SISTEMA MUNICIPAL DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Implantar a rede informatizada municipal.	Monitorar a implantação e efetivação da Rede.	Rede implantada e efetivada.
Implementar o desenvolvimento de sistemas na rede municipal de saúde.	Ampliar a abrangência de sistemas e de unidades interligadas.	% de abrangência e unidades interligadas.
DIRETRIZ IV. 4 – APRIMORAR OS MECANISMOS DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DO SUS		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Elaborar e acompanhar rol de indicadores de saúde e de gestão.	Avaliar e monitorar indicadores selecionados.	01 rol de indicadores/ano.
Qualificar as informações sobre os serviços de saúde.	Monitorar a qualidade das informações dos sistemas de informação SUS.	Relatórios Quadrimestrais.
Aprimorar a análise e divulgação de	Elaborar e divulgar Relatórios de	Relatórios Quadrimestrais.



informações.	Monitoramento.	
DIRETRIZ IV. 5 – IMPLEMENTAR A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO E DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA REDE MUNICIPAL		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Garantir os espaços, em todas as equipes, para discussão do trabalho em saúde.	100% da rede com, no mínimo, 01 reunião mensal.	N.º de unidades/setores/áreas, com reunião de equipes.
Qualificar as equipes com foco no planejamento, implantação e avaliação das práticas humanizadas nos serviços de saúde.	Estimular e promover a participação de gestores em eventos/encontros de Apoio e Formação em Humanização e Educação Permanente.	N.º de gestores participantes/eventos.





FUNDAÇÃO /
SECRETARIA DE
SAÚDE



PREFEITURA DE
RioClaro

EIXO V – GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

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

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

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

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

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



EIXO V – GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

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

OBJETIVO	META	INDICADOR
Readequar cargos e funções face ao aumento da demanda de serviços em saúde prestados pelo município.	Ampliar cargos/funções mediante dimensionamento de força de trabalho necessária nos setores da saúde.	Quadro profissional de acordo com a força de trabalho necessária.
Assegurar o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos em execução.	Garantir a estrutura de cargos e carreiras (valorização funcional).	PCCV garantido.
Assegurar a Avaliação de Desempenho dos servidores em execução.	Avaliar e incentivar o servidor a ações programadas de capacitação e qualificação (evolução funcional). Otimizar o mecanismo de AD com a melhoria de critérios avaliativos.	AD em aplicabilidade.

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

OBJETIVO	META	INDICADOR
Assegurar Programa Municipal de Ações para melhoria da qualidade de vida e ambiente profissional dos servidores.	Promover um plano de trabalho intersetorial entre RH, CIPA, SESMT, NESTD.	Execução e monitoramento de ações intersetoriais.



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

OBJETIVO	META	INDICADOR
Articular sistematicamente a Gestão de Pessoas, e implementando a Política Municipal de Educação Permanente.	Implementar a gestão de pessoas, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente e da Política Nacional de Humanização.	Relatório de Gestão de Pessoas e NESTD.
Promover a formação, por meio da Educação Continuada e Permanente, qualificando e valorizando os trabalhos, a não-precarização e a democratização das relações de trabalho.	Capacitar e desenvolver recursos humanos através de articulação pelo NESTD.	Proporção de ações de Educação Permanente implementadas ou realizadas.
Formar facilitadores de Educação Permanente para as Unidades de Saúde.	Implementar ações de Educação Permanente na rede Municipal de Saúde.	Número de ações propostas e realizadas e/ou implementadas.
Participação efetiva nas reuniões de Câmara Técnica, CIR e CIESS.	Assegurar a participação de representante do NESTD nos espaços de planejamento e a pactuação regional.	Participação efetivada.
Intensificar os vínculos entre as Instituições de Ensino e o Município, assegurando o desenvolvimento das diretrizes para a formação em Saúde na Rede Municipal.	Potencializar as ações de parcerias com as Instituições de Ensino, visando a produção de conhecimentos e da prática educativa a partir das necessidades e prioridades do SUS.	Número de ações propostas e realizadas e/ou implementadas.



Atuar na rede de Saúde, promovendo as ações Segundo as Políticas de Humanização e Educação Permanente. Estimular e difundir a participação de gestores e equipes em eventos, bem como possibilitar os espaços para discussão do trabalho em Saúde na rede Municipal.	Fomentar a integração de práticas nos planos de gestão, atenção humanizada e Educação Permanente considerando áreas temáticas - RRAS.	Cursos e reuniões técnicas programadas e realizadas.
Intensificar parcerias com empresas cidadãs	Efetivar ações em conjunto com empresas parceiras	Conscientização e prevenção
DIRETRIZ V. 4 – ESTÁGIOS E RESIDÊNCIA MÉDICA		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Ampliação do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES).	Aproximar as instituições de ensino em torno do projeto de capacitar e formar os futuros profissionais da saúde. Acompanhar o desenvolvimento e colaborar para que as unidades de saúde tornem-se uma escola para a discussão de casos interdisciplinares.	Projeto executados em conjunto, crescimento no número de pesquisas dentro do setor, melhorias no serviço atrelado a presença desses profissionais, permanência dos estagiários em nosso município na execução do serviço público.
Instituir a Residência Médica.	Dar uma formação ainda mais completa para	Surgimento de mais postos de trabalho para os



	<p>os futuros profissionais da saúde de Rio Claro, estimular e atrair mais estudantes de medicina para o município, fomentar a pesquisa e os estudos de casos intersetoriais, tornarem a cidade uma referência em ensino em saúde.</p>	<p>médicos que se formam em nossa cidade, atrair investimentos e mais cursos de saúde para manter e aumentar a qualificação dos nossos profissionais. Melhoria das condições de trabalho para quem está no serviço público.</p>
<p>Criação de novos campos de estágio e aumento do número de vagas.</p>	<p>Atrair estudantes de outros cursos que ainda não está dentro do serviço público, levar os estudantes para estudar e estagiar em campos menos conhecidos e estimular a pesquisa acadêmica dentro da realidade do município.</p>	<p>Relatórios demonstrativos, acesso as pesquisas realizadas e crescimento no número de estudantes requisitando vagas de estágio.</p>



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

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

O Conselho de Saúde é um órgão colegiado, em caráter permanente e deliberativo, atuando na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução da política de saúde. O Conselho Municipal de Saúde de Rio Claro foi instituído pela Lei Municipal 2418, de 27/08/1991 e alterado pela lei 3072, de 19/11/1999.

As Conferências de Saúde são espaços institucionais destinados a discutir e propor diretrizes para a formulação de Políticas de Saúde, sendo vitais para o exercício do controle social, pois estabelecem diretrizes para a atuação dos Conselhos de Saúde nas três esferas do Governo, sendo instituídas pela Lei 8142/1990. O município de Rio Claro realizou a XI Conferência Municipal de Saúde, com o tema “SUS - Uma Construção Coletiva”, em 29 e 30/11/2013.

A Ouvidoria é um canal democrático de estímulo à participação popular, de disseminação de informações em saúde, de mediação entre o cidadão e os gestores dos serviços de saúde, devendo atuar como ferramenta de gestão. O município vem desenvolvendo ações de Ouvidoria, com registro de denúncias, reclamações e solicitações dos cidadãos, tendo prioridade a qualificação e implementação deste canal de manifestação de usuários do SUS.



EIXO VI – FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E DO CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO SUS		
DIRETRIZ VI. 1 – FORTALECER A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E DO CONTROLE SOCIAL		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Garantir condições materiais, técnicas e administrativas para o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Rio Claro - CMSRC.	Aperfeiçoar as condições para atender às necessidades de trabalho do CMSRC. Promover as reuniões previstas e deliberadas pelo Pleno do CMSRC.	Especificação de condições programadas e efetuadas. Nº. de reuniões realizadas/previstas.
Garantir as condições necessárias para a realização de Conferência Municipal de Saúde.	Realizar Conferência Municipal de Saúde.	Conferência Realizada.
Garantir educação permanente aos conselheiros municipais.	Estimular a participação dos conselheiros nos processos de qualificação.	Nº. de conselheiros qualificados. Processos de Formação desenvolvidos.
Promover e implementar as ações de Educação em Saúde, de forma articulada com os diversos órgãos do município, no sentido de orientar e responsabilizar os usuários quanto aos cuidados pertinentes à sua saúde e sobre a utilização dos serviços de saúde existentes na rede.	Apoiar as Unidades de Saúde da Atenção Básica nas ações de divulgação do SUS. Disponibilizar materiais informativos às Equipes.	Número de unidades realizando ações de divulgação do SUS. Materiais disponibilizados.
Implementar Conselho Gestor nas unidades de	100% das Unidades de Saúde da Atenção	Número de Unidades com Conselho Gestor



saúde	Básica com Conselhos Gestores implantados e ativos.	implantado.
Aperfeiçoar o sistema de ouvidoria no SUS.	<p>Adequar espaço físico e melhorar as condições de atendimento ao cidadão.</p> <p>Promover a participação da equipe de Ouvidoria, em Congressos, Seminários e Cursos.</p> <p>Fortalecer a Ouvidoria Itinerante.</p> <p>Implantar o Sistema 0800.</p>	<p>Espaço adequado.</p> <p>Sistema Ouvidor SUS alimentado/atualizado.</p> <p>Nº de participações.</p> <p>Nº de visitas Serviço implantado.</p>



VIABILIDADE – VINCULAÇÃO COM O PLANO PLURIANUAL – PPA

A viabilidade financeiro-orçamentária do Plano Municipal de Saúde está prevista nos programas do Plano Plurianual - PPA 2018 – 2021. A apreciação da viabilidade da execução das diretrizes do Plano Municipal de Saúde 2018 -2021 deverá ser realizada durante todo o processo de implementação do plano.

EIXO	PROGRAMAS PPA 2014 - 2017
<p>Eixo I – Aperfeiçoamento e qualificação do acesso aos serviços e ações de saúde.</p>	<p>Programa 1004 – Assistência Básica com Qualidade de Vida</p> <p>Programa 1006 – Reorganização do Modelo de Atenção Básica</p> <p>Programa 1008 – Suporte do SUS às Ações de MAC - Ambulatorial e Hospitalar</p> <p>Programa 1019 – Assist. Farmacêutica Básica</p>
<p>Eixo II – Desenvolvimento de serviços e ações de saúde para segmentos da população mais vulneráveis, com necessidades específicas e riscos à saúde prioritários</p>	<p>Programa 1004 – Assistência Básica com Qualidade de Vida</p> <p>Programa 1006 – Reorganização do Modelo de Atenção Básica</p> <p>Programa 1008 – Suporte do SUS às Ações de MAC - Ambulatorial e Hospitalar</p>
<p>Eixo III – Vigilância em Saúde</p>	<p>Programa 1011 – Vigilância Sempre Alerta (DST/AIDS/CCZ/VE)</p> <p>Programa 1016 – Vigilância Sempre Alerta (VISA)</p>
<p>Eixo IV – Fortalecimento da Gestão Municipal SUS</p>	<p>Programa 1001 – Gerenciamento do Sistema de Saúde</p> <p>Programa 1002 – Incentivos à Gestão do SUS</p> <p>Programa 1003 – Subvenções Sociais</p> <p>Programa 1020 – Investimentos na Rede de Serviços do SUS</p>



<p>Eixo V – Gestão da Educação e do Trabalho no SUS</p>	<p>Programa 1001 – Gerenciamento do Sistema de Saúde</p> <p>Programa 1002 – Incentivos à Gestão do SUS</p>
<p>Eixo VI – Fortalecimento da participação da Comunidade e do Controle Social na Gestão do SUS.</p>	<p>Programa 1022 – Conselho Municipal de Saúde</p>



MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

Todos os indicadores pactuados serão apurados e avaliados anualmente e seus resultados comporão o Relatório Anual de Gestão, a ser enviado ao Conselho de Saúde até 30 de março do ano subsequente ao da execução financeira.

Estes resultados são disponibilizados pelo Ministério da Saúde no Tabnet no site do DATASUS: www.datasus.gov.br e no SISPACTO, de onde também migrarão para o Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório Anual de Gestão – SARGSUS.

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

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

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

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

O acompanhamento e avaliação do Plano deverá ser realizada por meio de reuniões ampliadas com todas as diretorias, gerentes, coordenadores e assessores e controle social. O instrumento para avaliação será a programação anual de saúde e as respectivas ações pactuadas para o alcance dos objetivos propostos. A realização das audiências públicas apresentará os dados quantitativos e financeiros quadrimestralmente. O Relatório Anual de Gestão apresentará a consolidação dos dados e análise dos resultados alcançados.

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



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A organização de ações de monitoramento e avaliação nos serviços de saúde vem sendo implementada a partir do estabelecimento de indicadores de saúde e de compromissos estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde. O acompanhamento e avaliação de processos de trabalho são desenvolvidos conforme programação dentro das diretorias e com objetivos específicos de modo a identificar desvios e possibilitar correções/intervenções.

O Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021 foi elaborado através de processo articulado e integrado, com flexibilidade metodológica e proporcionando o desenvolvimento do Plano de forma ordenada e sistemática, onde todos os atores envolvidos nas mais diversas áreas foram consultados e ouvidos, para que o conteúdo deste trabalho seja o mais real de acordo com a realidade da saúde pública de Rio Claro.

A avaliação de resultados é feita dentro do que é estabelecido nos programas de atenção à saúde e principalmente a partir dos indicadores de saúde pactuados anualmente conforme portarias ministeriais e orientações da Secretaria Estadual de Saúde.

A prática da avaliação e monitoramento no Sistema Único de Saúde vem sendo aperfeiçoada dentro da rotina dos serviços de forma sistemática, incorporando conhecimento pré-existente, adequando programas às particularidades localregional para se tornar efetivo instrumento de planejamento das ações de saúde e proporcionando melhor utilização dos recursos financeiros.



ANEXOS

1. INDICADORES PACTUADOS/HOMOLOGADOS – SISPACTO 2017
2. PROPOSTAS APROVADAS NA 13ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE
3. RESUMO PPA – 2018 - 2021





Data: 25/04/2017

Hora: 08:09

Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - 2017

Estado: SÃO PAULO

Status: Pactuação Validada

Ano de Referência: 2017

Região de Saúde: Rio Claro

Município: RIO CLARO

Pactuação Interfederativa 2017 a 2021

Relação de Indicadores

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2017	Unidade
1	U	TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (de 30 a 69 anos) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DCNT (DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS)	305,92	/100.000
2	E	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS	100	%
3	U	PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA	95	%
4	U	PROPORÇÃO DE VACINAS SELECIONADAS DO CNV PARA CRIANÇAS < 2 ANOS - PENTAVALENTE (3ª DOSE), PNEUMOCÓCICA 10-VALENTE (2ª), POLIOMIELITE (3ª) E TRÍPLICE VIRAL (1ª) - COM COBERTURA VACINAL PRECONIZADA	75	%
5	U	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA (DNCI) ENCERRADAS EM ATÉ 60 DIAS APÓS NOTIFICAÇÃO	80	%
6	U	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	90	%
7	E	NÚMERO DE CASOS AUTÓCTONES DE MALÁRIA	N/A	N.Absoluto
8	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE	7	N.Absoluto
9	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS	0	N.Absoluto
10	U	PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ	70	%
11	U	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS NA POPULAÇÃO RESIDENTE DE DETERMINADO LOCAL E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,53	RAZÃO
12	U	RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS NA POPULAÇÃO RESIDENTE DE DETERMINADO LOCAL E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,4	RAZÃO
13	U	PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL NO SUS E NA SAÚDE SUPLEMENTAR	25	%
14	U	PROPORÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ENTRE AS FAIXAS ETÁRIAS 10 A 19 ANOS	14	%

15	U	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.	10	/1000
16	U	NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA	1	N.Absoluto
17	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA.	55	%
18	U	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	75	%
19	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA	45	%
20	U	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE REALIZAM NO MÍNIMO SEIS GRUPOS DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS.	100	%
21	E	AÇÕES DE MATRICIAMENTO REALIZADAS POR CAPS COM EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA	100	%
22	U	NÚMERO DE CICLOS QUE ATINGIRAM MÍNIMO DE 80% DE COBERTURA DE IMÓVEIS VISITADOS PARA CONTROLE VETORIAL DA DENGUE	2	N.Absoluto
23	U	PROPORÇÃO DE PREENCHIMENTO DO CAMPO "OCUPAÇÃO" NAS NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO	100	%

PROPOSTAS APROVADAS NA 13ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE RIO CLARO – 2017

CONTROLE SOCIAL

1. Garantir o cumprimento do Artigo 3 da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde: “Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde. É direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento”.
2. Implantar CONSELHO GESTOR na Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro com a participação popular dos diversos segmentos da sociedade, por ser uma unidade prestadora de serviços no SUS, conforme preconiza a Lei 8080.
3. Regulamentar a lei municipal para garantir a participação de Doulas durante o pré-parto, parto e pós-parto nos hospitais e maternidades públicas atendendo ao que preconiza a Política Nacional de humanização.
4. Implementar e Fortalecer a ouvidoria do SUS como canal de comunicação entre usuários, bem como, incentivar que os usuários busquem o Conselho Gestor de sua Unidade, como espaço de participação social.
5. Formar grupos temáticos no Conselho, para discutir algumas especificidades (população negra, LGBT).
6. Garantir que as Unidades divulguem para os usuários o calendário das reuniões do CMS, bem como, as pautas de discussões.
7. Implantar nas Unidades, por meio dos Conselhos Gestores, ações de Educação em Saúde, a fim de conscientizar sobre a doação de sangue e suas particularidades, bem como, outros temas relacionados à Saúde.
8. Fortalecer o Conselho Gestor das Unidades em suas respectivas atribuições, como mecanismo de fiscalização do funcionamento dos equipamentos de Saúde.
9. Promover e implementar as ações de educação em Saúde, de forma articulada com os diversos órgãos do município, no sentido de orientar e

corresponsabilizar os usuários quanto aos cuidados pertinentes à sua saúde e sobre a utilização dos serviços de saúde existentes na rede.

10. Garantir espaços de discussão com todos os atores envolvidos quanto a tomada de decisões na implantação, acompanhamento e monitoramento de projetos e programas.
11. Articular com os usuários do Conselho gestor que os mesmos motivem a participação da população nas reuniões do Conselho e que multipliquem as informações discutidas em reunião.
12. Solicitar à Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro a apresentação ao Conselho de relatórios mensais com dados de internações, cirurgias e procedimentos realizados.

GESTÃO

1. Viabilizar que os pedidos/solicitações médicas para exames, procedimentos, cirurgias sejam emitidos em duas vias.
2. Implantar em todas as unidades de Atenção Básica o Programa da Saúde do homem, com a organização de mutirões durante o ano com palestras educativas e exames padronizados, e implementar o programa da saúde da mulher.
3. Garantir a atualização da lista de medicamentos disponíveis no município, evitando assim que o profissional responsável prescreva medicamentos que não são fornecidos na rede.
4. Viabilizar aumento no número de cotas de atendimento (cirurgias e consultas) no âmbito dos equipamentos Estaduais.
5. Garantir no orçamento a construção de prédios próprios para as Unidades de Saúde que hoje estão instaladas em imóveis alugados, onerando o tesouro municipal (CAPS AD , CCZ).
6. Aumentar a cota de exames disponíveis de alta e média complexidade para o Município de Rio Claro, através de novos credenciamentos, visando à diminuição no tempo de espera na realização dos procedimentos.

7. Garantir parcerias com a Secretaria Municipal de Mobilidade Urbana, no sentido de criar campanhas de conscientização sobre acidentes de trânsito.
8. Ampliar o programa de atividades físicas, nas Unidades Básicas de Saúde, através de parcerias.
9. Implantar a biometria digital em todas as Unidades de Saúde do Município para todas as categorias funcionais.
10. Garantir a contratação de educador físico para que todas as unidades de saúde sejam contempladas, em especial a Saúde Mental.
11. Garantir a presença de um técnico da equipe multiprofissional aos finais de semana no CAPS III
12. Garantir a Contratação de mais profissionais da manutenção, através de concurso público, especificando os requisitos básicos para tal função, possibilitando a reorganização do setor, para atender de forma a contemplar todos os equipamentos da FMSRC.
13. Criar, por meio de lei, o cargo de cuidador para o serviço residencial terapêutico.
14. Garantir a descentralização do programa de controle do tabagismo.
15. Ampliar o RH da Fundação Municipal de Saúde para as ações de saúde nos territórios.
16. Garantir a transparência e o acesso ao recurso financeiro destinado à política de educação permanente do município para fins de capacitação dos profissionais da saúde.
17. Garantir a segurança dos profissionais de saúde durante a jornada de trabalho.
18. Garantir a segurança dos equipamentos das Unidades de Saúde.
19. Garantir a infraestrutura adequada em todas as Unidades de Saúde atendendo o que preconiza a Política Nacional de Humanização.
20. Garantir condições de trabalho nas Unidades de Saúde, com quantidade suficiente de materiais para a prestação de uma assistência de qualidade.
21. Garantir equipes de Estratégias de Saúde de Família de acordo com o que preconiza a política de Atenção Básica observando a realidade do território com ênfase nas ações de promoção e prevenção aumentando a resolutividade.

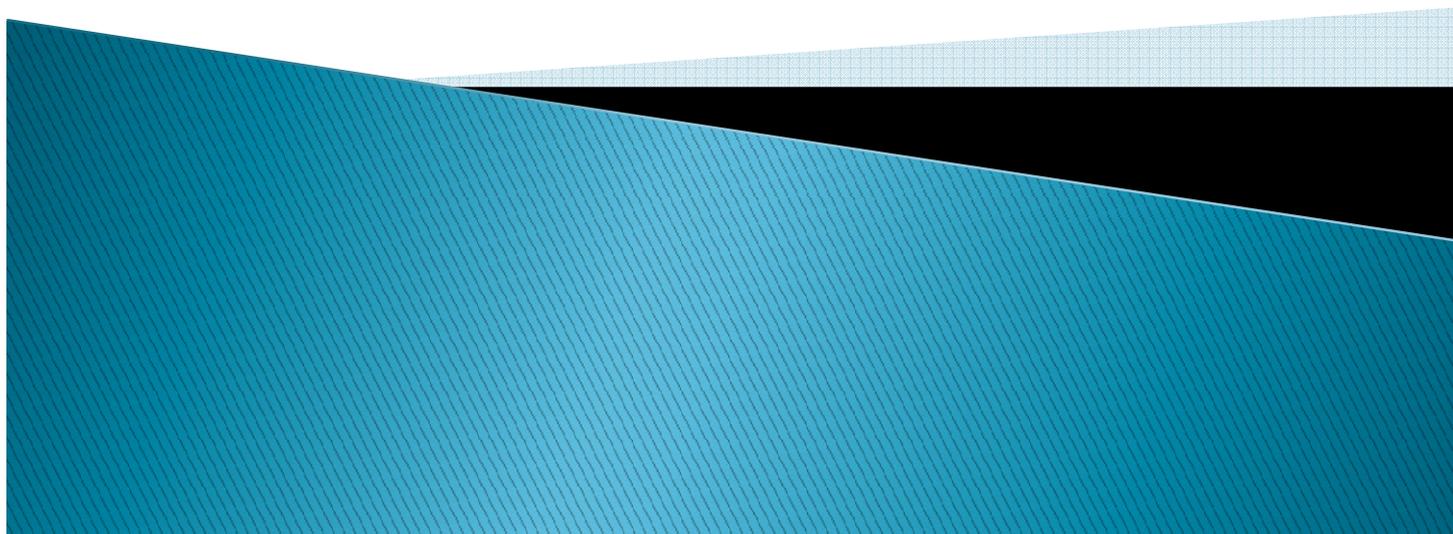
22. Criar Protocolo para a Linha Saúde garantindo o acesso aos usuários, com qualidade mediante as especificidades de suas patologias com transporte adequado.
23. Agilizar as ações de cuidado ao paciente com suspeita de câncer de acordo com os princípios do SUS (equidade).
24. Garantir o acolhimento como diretriz de trabalho, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização, na Atenção Básica e demais serviços da rede, para a população, respeitando a diversidade humana.
25. Implementar o planejamento da Assistência Farmacêutica, articulado com os equipamentos de Saúde, para o abastecimento das farmácias a fim de que não falte medicamento na Rede SUS.
26. Implementar e garantir o programa de atenção a saúde do trabalhador da saúde para atendimento diferenciado ao profissional da Fundação por meio do SESMT, bem como, garantir a continuidade de uma CIPA exclusiva da saúde;
27. Implementar a articulação da rede na área de oncologia direcionando e referenciando à assistência aos pacientes e suas família.
28. Garantir renovação da frota de veículos da Fundação Municipal de Saúde, atendendo as necessidades de todos os equipamentos, bem como, elaborar um programa de conservação dos veículos.
29. Elaborar e executar o projeto para reforma, ampliação e adequação das instalações da lavanderia Fundação Municipal de Saúde de acordo com as normas técnicas da vigilância sanitária e da saúde do trabalhador.
30. Criar um programa de capacitação, por setores, a partir das necessidades do trabalhador elaborando de forma participativa o Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde, atendendo o que preconiza a política nacional de educação permanente em saúde.
31. Garantir a contratação de médicos especialistas (endócrino, reumatologista, cardiologista, gastro, cirurgia geral e vascular), para o Centro de Especialidades e Apoio Diagnóstico para efetivação das Redes.
32. Incluir na equipe da Central de Regulação o profissional de serviço social, para facilitar o processo de trabalho com os demais equipamentos de saúde.

33. Garantir serviço de Internet de qualidade para o bom funcionamento dos programas.
34. Garantir o Credenciamento do Centro Especializado em Reabilitação - CER III
35. Reavaliar o serviço de atendimento na farmácia todos os dias em todas as farmácias existentes.
36. Regulamentar no município a inclusão de Assistente de Gestão Municipal e Auxiliar Administrativo nas equipes do Programa de Saúde da Família.
37. Ampliar as ações do NASF através da Implantação da segunda equipe, garantindo o matriciamento de forma eficiente e efetiva nos territórios.
38. Implantar 30h semanais para todos os funcionários da saúde
39. Implementação do sistema de informatização garantindo o atendimento em outros serviços
40. Viabilizar o credenciamento do PA do Cervezão em Hospital.
41. Viabilizar o planejamento e a construção de um Hospital Público Regional Geral.
42. Viabilizar a criação de centros de convivência e cultura de acordo com a rede de atenção psicossocial (RAPS).
43. Garantir o aumento do número de leitos para Oncologia.
44. Garantir que o serviço prestados na Oncologia da Santa Casa sempre disponibilize um médico para atendimento das demandas dos pacientes com Câncer, independente do local de tratamento (Jaú, Barretos, Boldrini, etc).
45. Construir de forma participativa as diretrizes norteadoras de uma política de humanização municipal tendo por base a política nacional de humanização da atenção e da gestão do SUS.
46. Revisar a aplicação da lei municipal quanto a restrição do uso do celular e outros equipamentos eletrônicos no sentido de que seja estendida para todos os servidores municipais e Câmara Municipal.
47. Aumentar a oferta de cirurgias eletivas em todas as especialidades.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO



PPA - 2018 - 2021



PROGRAMA 1001

GERENCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE

SETORES ABRANÇADOS:

ADMINISTRAÇÃO GERAL, CCISS, DISPENSÁRIO MEDIC.,
ALMOXARIFADO, MANUTENÇÃO, SAS, SESMT, OUVIDORIA, CIPA ,
UAC, CENTRAL DE REGULAÇÃO, NES.

PLANEJAMENTO:

- Reestruturação e digitalização dos arquivos
- Aumento do quadro de pessoal
- Implantação do Departamento de Dívida Ativa e de Custos/Controladoria
- Implantação da Gerência ou Departamento de Informação
- Aprimorar a Rede de Informatização
- Implantação do sistema E-GOV

2018	2019	2020	2021	TOTAL
36.410.000,00	38.913.930,00	43.530.006,00	48.165.102,00	167.019.038,00

PROGRAMA 1002

INCENTIVOS À GESTÃO DO SUS

SETORES ABRANGIDOS:

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE, QUALIFICAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO SUS

PLANEJAMENTO:

- Fomentar o fortalecimento da Educação Permanente
- Construção de processo de aprendizagem colaborativa envolvendo gestores, servidores e usuários do SUS de Rio Claro.
- Proporcionar e incentivar a Educação Continuada

2018	2019	2020	2021	TOTAL
320.000,00	336.000,00	352.800,00	366.000,00	1.374.800,00

PROGRAMA 1003

ASSISTÊNCIA BÁSICA COM QUALIDADE DE VIDA

SETORES ABRANGIDOS:

Unidades Básicas de Saúde (UBS) , Cartão SUS

PLANEJAMENTO:

- Promover a qualidade e humanização no atendimento do SUS
- Assegurar cuidados com a saúde do ser humano
- Atender até 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja necessidade de encaminhamentos para outros serviços como emergenciais e hospitais
- Fornecer melhores resultados do Programa de Controle de Glicemia
- Implantar o Programa SAÚDE DO HOMEM garantindo o acesso e acolhimento dos homens na “Política Integral de Saúde do Homem”
- Descentralizar o acesso para realização à atualização do Cartão Nacional SUS
- Implantação do Plano de Carreira Médica Municipal
- Implantação do programa “ MÃES DE RIO CLARO “

2018	2019	2020	2021	TOTAL
15.540.000,00	17.143.000,00	18.920.295,00	21.311.550,00	72.914.845,00

PROGRAMA 1004

REORGANIZAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO BÁSICA

SETORES ABRANÇADOS:

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA , PROGR. SAÚDE BUCAL

PLANEJAMENTO:

- Desenvolver no Programa de Saúde Bucal, as ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento , cura e reabilitação com qualidade e eficiência.
- Ampliar a cobertura populacional na Estratégia de Saúde da Família, garantir o apoio do NASF às USFs do município, ampliando a sua Abrangência e resolutividade.
- Diminuir a carência de médicos e reduzir as desigualdades regionais em Saúde
- Formação da Comissão de Residência Médica (COREME) para acompanhar, organizar e intervir nos pontos vulneráveis que necessitam de melhorias técnicas ou físicas

2018	2019	2020	2021	TOTAL
27.850.000,00	33.912.500,00	35.064.392,00	36.975.748,00	133.802.640,00

PROGRAMA 1005

SUORTE DO SUS ÀS AÇÕES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR

SETORES ABRANÇJDOS:

CEAD, CHI, CEREST, CEO, CAPS AD, CAPS I , UPA, PSMI , PA GINECOLOGIA , CAPS III, LABORATÓRIO, TRANSPORTE

PLANEJAMENTO:

- Caracterizar o perfil de morbidade e mortalidade da população e o fator trabalho como condicionante de adoecimento e risco para ocorrência de acidentes de trabalho.
- Atendimento à pessoa deficiente residente no município de Rio Claro e região, visando sua habilitação e reabilitação.
- Desenvolver serviços de qualidade priorizar serviços que envolvam média e alta complexidade e preventivos.
- Aprimoramento da capacidade assistencial da equipe e dos serviços prestados á comunidade que faz uso de UPAs.
- Desinstitucionalizar e efetivar a reintegração de usuários com longo período de internação em hospital psiquiátrico.
- Ampliar o trabalho preventivo e acesso aos bebês de risco e suas famílias. Amparar gestantes de risco e mães que cuidam dos filhos com necessidades especiais.
- Oferecer melhores condições de transporte aos pacientes e melhoria no atendimentos com foco na mudança de local.
- Atender a fila de espera da demanda reprimida para exames,
- Consultas e cirurgias.

PLANEJAMENTO:

- Implantar o CARTÃO GESTANTE que vai ampliar o trabalho preventivo e acesso aos bebês de risco e suas famílias.
- Dar atenção especial às pessoas portadoras de doenças mentais para que as mesmas possam ter tratamento digno e com qualidade com o propósito de reintegração à hábitos e atividades normais.

2018	2019	2020	2021	TOTAL
112.820.000,00	117.274.500,00	123.623.389,00	124.910.576,00	478.628.465,00

PROGRAMA 1006

VIGILÂNCIA SEMPRE ALEGRE

SETORES ABRANÇADOS:

SEPA, VIG. EPIDEMIOLÓGICA, C. C. Z.

PLANEJAMENTO:

- Monitoramento de novos casos de doenças sexualmente transmissíveis em menores de até cinco anos de idade.
- Implantar ações de vigilância em agravos à saúde humana (mordedura e arranhadura- vigilância da raiva humana).
- Prevenir e combater as Arboviroses e ao mosquito Aedes Aegypti e controlar a população de cães e gatos.
- Implantar Programa de Vigilância em Febre Maculosa, Educação em Saúde das vigilâncias em saúde-informação, educação e comunicação (IEC).
- Intervenção dos serviços em Saúde com outras Secretarias.
- Implementar o Programa de Leishmaniose Visceral Americana e
- aumentar as ações de Vigilância em Leptospirose.
- Implementar as campanhas de vacinação Antirábica Cães e Gatos.
- Estimular e conscientizar o jovem sobre a importância da prevenção nos cuidados da saúde.

2018	2019	2020	2021	TOTAL
7.084.000,00	7.595.200,00	8.047.135,00	8.621.550,00	31.347.885,00

PROGRAMA 1010

INVESTIMENTOS NA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

SETORES ABRANÇJDOS:

TODOS OS SETORES COM RELAÇÃO Á CONSTRUÇÕES, REFORMAS
AMPLIAÇÕES E ADEQUAÇÕES FÍSICAS

PLANEJAMENTO:

- Construir 06 Unids. de Saúde da Família em 2018 e 03 em 2019 ou até o final do PPA.
- Construção ou adaptação de 01 prédio para o CEAD.
- Construção de 01 prédio para o CCZ.
- Construção ou adaptação de 01 prédio para a unificação dos CEOs.
- Construção ou adaptação de 01 prédio para o Hospital Municipal.
- Reformas das demais unidades de saúde que necessitarem de manutenção física.

2018	2019	2020	2021	TOTAL
4.200.000,00	4.195.000,00	4.349.650,00	2.133.340,00	14.877.990,00

PROGRAMA 1007

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

SETORES ABRANÇJDOS:

SAMU

PLANEJAMENTO:

- Fortalecer o relacionamento SAMU, CORPO DE BOMBEIROS, POLÍCIA MILITAR e outros integrantes do resgate/atendimento às vítimas da urgência e emergência.

2018	2019	2020	2021	TOTAL
7.543.000,00	8.347.150,00	9.242.747,00	9.300.650,00	34.433.547,00

PROGRAMA 1008

VIGILÂNCIA ATUANTE

SETORES ABRANÇADOS:

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

PLANEJAMENTO:

- Desenvolver as ações e serviços de saúde com o objetivo de prevenir, diminuir e até eliminar problemas que provocam riscos à saúde , fiscalizando e controlando a circulação de bens e prestação de serviços.

<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>TOTAL</i>
2.400.000,00	2.660.000,00	2.949.000,00	3.478.750,00	11.488.550,00

PROGRAMA 1009

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA AO CIDADÃO

SETORES ABRANÇJDOS:

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE PROCESSO ADMINISTRATIVOS E ORDEM JUDICIAL, MEDICAMENTOS PADRONIZADOS, PROGRAMA DOSE CERTA

PLANEJAMENTO:

- Diminuir as demandas judiciais relacionadas à medicamentos e materiais de enfermagem / hospitalares específicos.
- Revitalizar o Programa Dose Certa.
- Implantação de Farmácia Pólo / Centro Farmacêutico.
- Implantação do “PROGRAMA REMÉDIO EM CASA “

<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>TOTAL</i>
5.535.000,00	5.811.750,00	6.102.350,00	6.407.250,00	23.856.350,00

PROGRAMA 1011

GESTÃO DAS POLÍTICAS DE CIDADANIA E CONTROLE SOCIAL

SETORES ABRANÇADOS:

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANEJAMENTO:

- Capacitação de Conselheiros para melhor atender aos objetivos da população.

<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>TOTAL</i>
113.000,00	120.650,00	148.000,00	136.500,00	518.150,00

VALOR TOTAL DO PPA

2018 - 2021



2018	2019	2020	2021	TOTAL
220.275.000,00	236.769.000,00	252.790.724,00	262.267.776,00	972.102.500,00