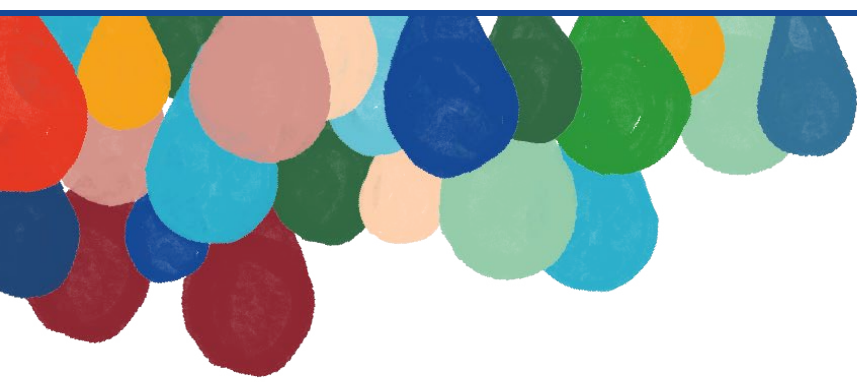

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CLARO
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO

Plano Municipal de Saúde Rio Claro/SP 2022-2025





GUSTAVO RAMOS PERISSINOTTO

Prefeito Municipal

PAULO ROGÉRIO GUEDES

Vice-Prefeito Municipal

GIULIA DA CUNHA FERNANDES PUTTOMATTI

Secretária Municipal de Saúde

Presidente da FMSRC

Coordenação da Comissão de Elaboração
do Plano Municipal de Saúde 2022-2025

ALCIONE ALVES OLIVEIRA BUZO

Diretora de Departamento de Gestão do SUS

Elaboração:

Comissão de Elaboração do Plano Municipal de Saúde 2022-2025

(Portaria FMSRC nº 5.545 de 01/04/2021)

ALCIONE ALVES OLIVEIRA BUZO

CRISTINA AP. ROSSINI DAL PRÁ

EDISON RODRIGUES FILHO

GERALDO DE OLIVEIRA BARBOSA

JULIANA ORSINI PEDROSO

MARTA TERESA G. L. BIANCHI

Revisão:

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DO SUS

Colaboração:

**DIRETORES, ASSESSORES, CHEFE DE GABINETE, CHEFES DE DIVISÃO
E CHEFES DE SEÇÃO DE TODAS AS ÁREAS DA FMSRC**

Organização/Redação:

EDISON RODRIGUES FILHO

JULIANA ORSINI PEDROSO

(Chefe de Divisão de Regulação)

TIAGO HENRIQUE CAETANO

(Chefe de Divisão de Programas e Sistemas de Informações de Saúde)

Fotografias:

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CLARO

Projeto gráfico, diagramação e ilustrações:

MANU RAUPP

Plano municipal de saúde Rio Claro/SP 2022-2025 [recurso eletrônico] / Prefeitura Municipal de Rio Claro, Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro. – Rio Claro, 2022.
173 p. : il., gráfs., tabs.

Inclui bibliografia

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

CDD 614

Ficha catalográfica elaborada pela STATI - Biblioteca da UNESP
câmpus de Rio Claro/SP - Márcia Correa Bucno Degasperi – CRB: 8/5694



SUMÁRIO

	LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	06			
	LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS	08			
	APRESENTAÇÃO	14			
	INTRODUÇÃO	15			
	ESTRUTURA E DESENVOLVIMENTO DO PLANO	16			
1.	MUNICIPIO DE RIO CLARO - ANÁLISE SITUACIONAL	18			
1.1.	Aspectos Geográficos, Demográficos e Sócio-Econômicos	18			
1.1.1.	Aspectos Educacionais	22			
1.1.2.	Aspectos Sociais e Econômicos	23			
1.1.2.1.	IDHM, IDHM Renda, IDHM Longevidade e IDHM Educação	24			
1.1.2.2.	IPRS – Índice Paulista de Responsabilidade Social	25			
1.1.2.3.	Emprego, Renda e Economia	25			
1.1.2.4.	Infra-estrutura Urbana	27			
1.2.	Perfil Epidemiológico	28			
1.2.1.	Perfil da Natalidade	28			
1.2.1.1.	Via de Nascimento – Partos Realizados	30			
1.2.2.	Perfil da Morbimortalidade	31			
1.2.2.1.	Características Gerais da Mortalidade Geral	32			
1.2.2.2.	Mortalidade Geral por sexo e idade no ano de 2019	38			
1.2.2.3.	Mortalidade por acidentes e violências (Causas Externas)	42			
1.2.2.4.	Mortalidade – Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	44			
1.2.2.5.	Mortalidade – acidentes de trabalho fatais	45			
1.2.2.6.	Mortalidade Infantil	47			
1.2.2.7.	Mortalidade Feminina	49			
1.2.3.	Morbidade	50			
1.2.3.1.	Morbidade Hospitalar	50			
1.2.3.2.	Morbidade Hospitalar - Internação por Faixa etária	55			
1.2.3.3.	Morbidade Hospitalar - Internação por Condições Sensíveis à At. Básica – ICSAB no SUS	58			
1.2.4.	Doenças Endêmicas e Epidêmicas e Outros Fatores de Risco para a Saúde, com exceção da COVID-1954	60			
1.2.4.1.	Doenças associadas a vetores, artrópodes e roedores sinantrópicos de importância para a saúde pública	60			
	A) Dengue, Febre Chikungunya, ZikaVirus e Febre Amarela				
	B) Roedores - Leptospirose				
	C) Leishmaniose Visceral e Leishmaniose Tegumentar Americana				
1.2.4.2.	Doenças Transmissíveis	66			
	A) Tuberculose				
	B) HIV/Aids				
	C) Sífilis				
	D) Hepatites Virais				
	E) Meningites/ Meningocócica				
	F) Hanseníase				
	G) Raiva Animal				
1.2.4.3.	Comentários finais sobre o perfil epidemiológico de Rio Claro	79			
1.3.	Gestão do SUS	80	1.3.1.	Estrutura do Sistema de Saúde em Rio Claro/SP	80
			A.	Atenção Básica / Atenção Primária em Saúde	
			a.	Programa Mais Médicos	
			B.	Rede de Saúde Bucal	
			C.	Atenção Secundária/Especializada	
			a.	Serviço de Atenção Domiciliar – SAD – Programa “Melhor em Casa”	
			D.	Atenção Secundária/Saúde Mental	
			E.	Atenção Secundária/ Reabilitação	
			F.	Urgência e Emergência – APH Fixo e Móvel	
			G.	Atenção Terciária/Hospitalar	
			a.	Santa Casa de Rio Claro	
			1.	UNACON - Oncologia	
			b.	Hospital Santa Filomena	
			c.	Bezerra de Menezes	
			H.	Laboratório Municipal de Análises Clínicas	
			I.	Vigilância em Saúde	
			a.	Vigilância Epidemiológica (VE)	
			1.	Imunização	
			b.	Vigilância Sanitária (VISA)	
			c.	Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) – CEREST	
			d.	Centro de Controle de Zoonoses (CCZ)	
			1.3.2.	Produção Hospitalar	115
			1.3.3.	Produção Ambulatorial	121
			1.3.4.	Gestão do Trabalho e Educação na Saúde	126
			1.4.	Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)	131
			2.	EIXOS, DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	132
			2.1.	EIXO I – Aperfeiçoamento e qualificação do acesso aos serviços e ações de saúde	132
			2.2.	EIXO II – Desenvolvimento de serviços e ações de saúde para segmentos da população mais vulneráveis, com necessidades	137
			2.3.	EIXO III – Vigilância em Saúde	142
			2.4.	EIXO IV – Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS	146
			2.5.	EIXO V – Gestão do Trabalho	150
			2.6.	EIXO VI – Fortalecimento da participação da comunidade e do controle social na Gestão do SUS	152
			2.7.	EIXO VII – Enfrentamento da pandemia da COVID-19 - emergência em Saúde Pública	153
			3.	COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANO PLURIANUAL	156
			a.	Breve Diagnóstico	
			4.	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	158
			5.	CONCLUSÕES	160
			6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	164
			7.	ANEXOS	172

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

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

POP	Procedimento Operacional Padrão
PREVINE BRASIL	Novo Programa de Financiamento instituído pelo MS
RAAT	Relatório de Atendimento ao Acidente de Trabalho
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
RENAST	Rede Nacional de Saúde do Trabalhador
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados Estatísticos
SEPA	Serviço Especializado em Prevenção e Assistência para DST/AIDS/Hepatites Virais
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIA SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SINAN	Sistema de Informações de Agravos Notificáveis
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISPACTO	Processo de Pactuação Interfederativa de Indicadores
SISCAM	Sistema de Informações sobre o Câncer da Mulher
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
UVZ	Unidade de Vigilância de Zoonoses



LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

Figura 01	Mapa da Região de Saúde de Rio Claro	Gráfico 21	Evolução da Cobertura da Atenção Básica e das Equipes de Saúde da Família no município de Rio Claro (2017-2020).
Figura 02	Internações por capítulo CID 10 – feminino e masculino	Gráfico 22	Evolução das Equipes de Saúde Bucal no município de Rio Claro (2016-2020).
Figura 03	Renda Média em Salários Mínimos no município de Rio Claro/SP.	Gráfico 23	Produção de Quimioterapia (físico)– 2015 a 2020
Figura 04	Crescimento Populacional no município de Rio Claro/SP (entre 1997-2000) Dados do Plano Diretor do município.	Gráfico 24	Produção Financeira Quimioterapia – 2015 a 2020
Figura 05	Mapa dos serviços de saúde no município de Rio Claro/SP	Gráfico 25	Quantidade de internações/cirurgias eletivas por ano do Hospital Santa Filomena (2017-2020).
Figura 06	Municípios da área de abrangência do CEREST Regional Rio Claro e CEREST Regional Piracicaba.	Gráfico 26	Quantidade de exames realizados/ofertados pelo Laboratório Municipal para toda a rede de saúde por ano.
Gráfico 01	Crescimento Populacional - Rio Claro/SP - 2015 a 2020	Gráfico 27	Total de Internações hospitalares no município de Rio Claro (gestão municipal, excluindo o hospital de gestão estadual) (2015-2020).
Gráfico 02	Crescimento Populacional - Rio Claro/SP - Por sexo - 2015 a 2020	Gráfico 28	Média de Internações hospitalares mensais no município de Rio Claro (gestão municipal, excluindo o hospital de gestão estadual) (2015-2020).
Gráfico 03	Pirâmide Etária - Município de Rio Claro/SP	Gráfico 29	Total de Internações hospitalares por ano e por especialidade, no município de Rio Claro (gestão municipal, excluindo o hospital de gestão estadual) (2015-2020).
Ano: 2010		Gráfico 30	Total de Internações hospitalares por ano e por caráter do atendimento, no município de Rio Claro (gestão municipal, excluindo o hospital de gestão estadual) (2015-2020).
Gráfico 04	Pirâmide Etária - Município de Rio Claro/SP	Gráfico 31	Total de Internações hospitalares por ano e por complexidade do procedimento, no município de Rio Claro (gestão municipal, excluindo o hospital de gestão estadual) (2015-2020).
Ano: 2020		Tabela 1	Habitantes estimados e percentual da população do município em relação à população total estimada da micro-região. Municípios da Micro-região de Rio Claro
Gráfico 05	População com 60 Anos e Mais (Em %) - 1980-2021	Tabela 2	Número de estudantes da Educação Básica e do Ensino Médio
Gráfico 06	Nascidos Vivos de Mãe Residentes em Rio Claro - 2015 a 2019	Tabela 3	IDHM, IDHM Renda, IDHM Longevidade e IDHM Educação
Gráfico 07	Nascidos Vivos de Mãe Residentes em Rio Claro Por sexo- 2015 a 2019	Tabela 4	Categorias BAIXA, MÉDIA e ALTA do IPRS nas dimensões de Riqueza, Longevidade e Escolaridade de 2018
Gráfico 08	Óbitos por residência 2015-2020 (números absolutos)	Tabela 5	IPRS, IPRS Riqueza,IPRS Longevidade e IPRSEscolaridadede2018
Gráfico 09	Óbitos absolutos por ano e capítulo CID-10 (2015-2019)	Tabela 6	Participação dos Empregos Formais das áreas no Total de Empregos Formais (Em %) - 2019
Gráfico 10	Óbitos absolutos por ano e capítulo CID-10 (2015-2020)	Tabela 7	Rendimento médio dos Empregos Formais por área (Em Reais correntes \$) - 2019
Gráfico 11	Óbitos por Cap. CID 10 - Residentes Rio Claro – 2020	Tabela 8	Produto Interno Bruto (PIB) do município em relação ao Estado–2018. Infraestrutura Urbana(em %) (2010).
Gráfico 12	Óbitos por Cap. CID 10 - Residentes Rio Claro e sexo masculino – 2019	Tabela 9	Número de consultas de pré-natal de mãe de nascidos vivos por ano de nascimento
Gráfico 13	Óbitos por Cap. CID 10 - Residentes Rio Claro e sexo feminino- 2019	Tabela 10	Idade da mãe de nascidos vivos por faixa etária e ano do nascimento. Rio Claro (2015-2019).
Gráfico 14	(%) Percentual de Óbitos por “causas externas” (homicídios, suicídios, acidentes de transportes, afogamentos, quedas, queimaduras e demais causas externas), no município de Rio Claro (2015-2019).		
Gráfico 15	Despesa Previdenciária - Pensão por morte por acidente do trabalho (B93)** (2012-2020).		
Gráfico 16	Morbidade Hospitalar - Feminino (2015-2019) (total)*		
Gráfico 17	Morbidade Hospitalar - Masculino (2015-2019) (total)		
Gráfico 18	Percentual de Óbitos por Tuberculose e Percentual de Abandono dos Tratamentos de Tuberculose (2017-2020).		
Gráfico 19	Casos de Hepatites (HVA, HVB, HVC e outras hepatites e forma ignorada e por ano de notificação. Rio Claro (2015-2019).		
Gráfico 20	Número de notificações de animais agressores, de animais contactantes e de amostras enviadas ao Instituto Pasteur por ano de notificação e de envio das amostras ao IP, no município de Rio Claro (2018-2020).		

Tabela 11	Tipo de parto realizado por ano (em números absolutos e %) de 2015 a 2018	Tabela 32	Notificações de Zika Vírus registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Casos Prováveis por ano de notificação e evolução no município de Rio Claro (2016-2020) (incluindo registros notificados).
Tabela 12	Tipo de parto realizado por ano (em números absolutos e %) de 2019 a 2020	Tabela 33	Notificações de Febre Chikungunya registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Casos Prováveis por ano de notificação e evolução no município de Rio Claro (2016-2020) (incluindo registros notificados).
Tabela 13	Óbitos por causa (Capítulo CID-10) no período de 2015 a 2019	Tabela 34	Notificações de Leptospirose registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Casos confirmados por ano de notificação e evolução no município de Rio Claro (2016-2020) (incluindo registros notificados).
Tabela 14	Óbitos por causa (Capítulo CID-10) no período de 2015 a 2020	Tabela 35	Notificações de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Casos confirmados por ano de notificação no município de Rio Claro (2014-2020) (incluindo registros notificados).
Tabela 15	Óbitos por residência e por Capítulo CID-10 e ano de óbito (2015-2020) (números absolutos)	Tabela 36	Notificações de casos de Tuberculose (TB) registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação com cura, óbitos pelo agravo e óbito por outras causas, Transferência, TB-DR e Mudança no Esquema, além do Percentual de abandono e de óbito pelo agravo no município de Rio Claro (2017-2020).
Tabela 16	Causas de mortalidade de residentes em Rio Claro por Capítulo CID 10 e faixa etária – números absolutos de mortalidade (2019).	Tabela 37	Número de Pessoas vivendo com o HIV (PVHIV) e número de Pessoas vivendo com AIDS/HIV (PVAH) vinculadas (pelo menos uma dispensa, CD4 ou carga viral), por ano e sexo, no município de Rio Claro (2015-2019).
Tabela 17	Óbitos por “causas externas” (homicídios, suicídios, acidentes de transportes, afogamentos, quedas, queimaduras e demais causas externas) e por ano de óbito (números absolutos), no município de Rio Claro (2015-2019).	Tabela 38	Quantidade de óbitos por causa básica de AIDS e o coeficiente de mortalidade bruto por AIDS (por 100.000 hab.), por ano do óbito, no município de Rio Claro (2015-2019).
Tabela 18	Óbitos por causas evitáveis de 05 a 74 anos, por residência e por causas evitáveis – doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).	Tabela 39	Quantidade de gestantes infectadas pelo HIV (casos e taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos) por ano do parto, no município de Rio Claro (2014-2019).
Tabela 19	Óbitos por causas externas e acidente de Trabalho	Tabela 40	Situação (Status) da Terapia Antirretroviral de PVHIV com o número de pessoas por status e a quantidade ao final de cada ano, inclui a Adesão e a Perda de Seguimento de TARV por ano e quantidade de pessoas, no município de Rio Claro (2014-2020).
Tabela 20	Óbitos de menores de um ano, nascidos vivos e Taxa de Mortalidade Infantil, Pós-neonatal e Neonatal de Rio Claro/SP de 2015 a 2019.	Tabela 41	Casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico. Rio Claro (2016-2019).
Tabela 21	Óbitos infantis por faixa etária e ano do óbito (2015-2019)	Tabela 42	Distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo a idade gestacional por ano do diagnóstico. Rio Claro (2016-2019).
Tabela 22	Óbitos infantis por sexo e ano do óbito (2015-2019)	Tabela 43	Quantidade de casos de sífilis adquirida por sexo e por ano de diagnóstico. Com o total de casos e o percentual de casos por sexo e por ano. Rio Claro (2016-2019).
Tabela 23	Óbitos de mulheres em idade fértil(MIF) e óbitos maternos (MM) por ano do óbito de Rio Claro/SP (2015-2019)	Tabela 44	Casos de Hepatites (HVA, HVB, HVC e outras hepatites e forma ignorada e a taxa de detecção (por 100.000 habitantes) e por ano de notificação. Rio Claro (2015 - 2019).
Tabela 24	Óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) e óbitos maternos (MM) por ano do óbito e por faixa etária da mulher da cidade de Rio Claro/SP (2015-2019)	Tabela 45	
Tabela 25	Internações residentes em Rio Claro por Capítulo CID 10 e ano de Internação – 2015 a 2020		
Tabela 26	Principais Causas de Internações residentes em Rio Claro por Capítulo CID 10 – Quantidade total de Internações e Percentual (2015 a 2019)		
Tabela 27	Causas de Internações de residentes em Rio Claro por Capítulo CID 10e faixa etária – números absolutos de internações (2015 a 2019).		
Tabela 28	Internações de Causas Sensíveis à Atenção Básica de residentes em Rio Claro – Quantidade total de Internações por CSAB em relação ao total de internações e o percentual por ano por CSAB(2015 a 2019).		
Tabela 29	Internações de Causas Sensíveis à Atenção Básica de residentes em Rio Claro – Quantidade total por causa de Internações por CSAB no período de 2015 a 2019 (10 principais causas).		
Tabela 30	Internações de Causas Sensíveis à Atenção Básica de residentes em Rio Claro – Quantidade total por causa de Internações por CSAB exclusivamente no ano de 2020 (10 principais causas).		
Tabela 31	Notificações de Dengue registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Casos Prováveis por ano de notificação e evolução no município de Rio Claro (2014-2020)(incluindo registros notificados).		

Tabela 46 Casos de Meningite com a respectiva evolução dos casos e o ano do 1º sintoma por ano de notificação. Rio Claro (2016-2020).

Tabela 47 Casos e taxa de incidência (por 10 mil hab.) de hanseníase por ano de diagnóstico. Rio Claro, 2016-2019

Tabela 48 Quantidade de estabelecimentos cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES no município de Rio Claro (competência dezembro de 2020), por tipo e esfera jurídica do estabelecimento.

Tabela 49 Relação de UBS (USF) com ESF e número de EqSF implantada na respectiva unidade de saúde.

Tabela 50 Quantidade de microáreas por UBS (USF) com ESF e número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por EqSF implantada na respectiva unidade de saúde.

Tabela 51 CBO - Especialidades médicas e serviços de apoio diagnóstico próprios no CEAD (Centro de Especialidades e Apoio Diagnóstico).

Tabela 52 Serviços contratados pela FMSRC de apoio diagnóstico regulados pela Central de Regulação Municipal.

Tabela 53 Distribuição das Unidades de Suporte Básico, Avançado e Central de Regulação Médica na Região de Saúde de Rio Claro, Quadro de distâncias e População estimada de cada município da Região de Saúde de Rio Claro.

Tabela 54 Serviços Hospitalares no município de Rio Claro/SP (CNES 2020)

Tabela 55 Leitos Hospitalares da Santa Casa de Rio Claro por especialidade (SUS e não-SUS) (CNES 2020)

Tabela 56 Leitos Hospitalares da Casa de Saúde e Maternidade Santa Filomena por especialidade (SUS e não-SUS) (CNES 2020)

Tabela 57 Leitos Hospitalares da Casa de Saúde Bezerra de Menezes por especialidade (SUS e não-SUS) (CNES 2020)

Tabela 58 Percentual de cobertura dos imunobiológicos (BCG, Rotavírus Humano, Meningococo C, Tetra Viral, Hepatite A e Poliomelite) do calendário de vacinação, no município de Rio Claro no período de 2015 a 2020.

Tabela 59 Percentual de cobertura dos imunobiológicos (dt e dtpa) do calendário de vacinação para gestantes, no município de Rio Claro no período de 2016 a 2020.

Tabela 60 Produção Hospitalar x Necessidade de internações da População da DRS X, por município e na DRS X (2019).

Tabela 61 Quantidade apresentada do procedimento – consulta médica em Atenção Especializada, por profissional – CBO, por gestão e no ano de 2019.

Tabela 62 Quantidade apresentada do procedimento – consulta médica em Atenção Básica/APS, por profissional – CBO, no ano de 2019

Tabela 63 Quantidade procedimentos por grupo de procedimentos e por ano no município de Rio Claro/SP (2015-2020).

Tabela 64 Quantidade de consultas médicas necessárias das principais especialidades médicas da atenção especializada, por profissional – CBO, quantidade de consultas médicas realizadas e o percentual entre a quantidade necessária e a quantidade realizada, no município de Rio Claro, no ano de 2019.

Tabela 65 Quantidade de Cargos/Funções ocupados na FMSRC (2021)

Tabela 66 Percentual de aplicação em serviços e ações de saúde e os recursos financeiros próprios aplicados (R\$) ano a ano, no município de Rio Claro (2016-2020).

Tabela 67 Recursos financeiros aplicados em ações e serviços de saúde por cada esfera governamental (R\$) ano a ano, no município de Rio Claro (2016-2020).



APRESENTAÇÃO

Passados trinta e três anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) são inegáveis os seus avanços, mas há ainda muitos desafios por enfrentar.

O SUS é tripartite, mas quem está próximo do munícipe é a Fundação Municipal de Saúde, o Prefeito, o Vereador e o Conselheiro de Saúde. Não há como deixar de imaginar os imensos desafios para garantir uma complexa rede de assistência à saúde, como no caso da nossa cidade.

Como evitar que as pessoas adoçam? E, caso adoçam, terem respostas para tratamentos de baixa, média e alta complexidade. Esse é o ideal para um sistema de saúde.

Rio Claro vive um momento de transição demográfica. Temos uma quantidade de idosos bem maior do que outras cidades, com isso vem também uma realidade clínica e epidemiológica diferente, que está sendo refletida no Plano Municipal de Saúde. Esse quadro vem acompanhado por uma tripla carga de doenças (1- aumento das condições crônicas; 2- persistência das condições agudas, 3- eventos agudos graves causados por causas externas), o que torna ainda mais desafiadora a missão da Gestão Municipal na área da saúde.

Mudanças estão sendo feitas neste Plano Municipal de Saúde. Essas mudanças requerem gestores e equipes pró-ativas para que possamos incorporar conceitos como eficiência, eficácia, resolutividade, humanização e, sobretudo, segurança do paciente na prática do dia-a-dia.

Não obstante há que se enfrentar a escassez de recursos humanos suficientes e qualificados, preparados para atender de forma eficaz, a fim de efetivar a Política Nacional de Humanização. Não há como deixar de pensar a saúde pública sem pensar em incorporar a sistematização de dados, protocolos e informações clínicas garantindo a adequada gestão de indicadores e metas, permitindo correções de rumo, aumento de produtividade e melhoria dos serviços oferecidos pela rede municipal de saúde, pois as necessidades da população são enormes e urgentes.

Cuidar do usuário (paciente) como se aquele cidadão fosse seu “ente querido” é como qualquer um de nós gostaria de ser cuidado. Esse é o desafio para aqueles que estão na linha de frente do SUS. E para o gestor é o desafio cotidiano de dar as condições para que aqueles que estão cuidando possam ter os meios e recursos adequados, de forma sistemática e sempre que for necessário.

O Plano Municipal de Saúde 2022 a 2025 contempla as diretrizes e os objetivos com vistas a iniciar essa mudança no modelo de atenção primária, um dos grandes desafios que temos que enfrentar nos anos futuros, para respondermos adequadamente às necessidades da população de Rio Claro; ampliar o acesso à saúde, melhorar sua qualidade e aperfeiçoar os resultados e a resolutividade do sistema com indicadores adequados. Espera-se que esse Plano desempenhe sua função ao ser consultado e, necessariamente, aprimorado ao longo dessa gestão.

Rio Claro, Julho de 2021.

Giulia da Cunha Fernandes Puttomatti
Secretária Municipal de Saúde de Rio Claro/Presidente da FMSRC

INTRODUÇÃO

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

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

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente os cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde (BRASIL, 2021).

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

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

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

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

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

ESTRUTURA E DESENVOLVIMENTO DO PLANO

A partir da constituição da Comissão de Elaboração do Plano Municipal de Saúde 2022-2025, através da Portaria FMSRC nº 5.545 de 01/04/2021 iniciaram-se os debates e diálogos internos no âmbito da Fundação Municipal de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde sobre como seria o desenvolvimento e a elaboração do novo Plano Municipal de Saúde 2022-2025.

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

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

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

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

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

A Comissão de Elaboração do Plano Municipal de Saúde 2022-2025 (COMPLAN) revisitou os instrumentos de planejamento anteriores (Plano Municipal de Saúde 2018-2021, Relatório Anual de Gestão 2020 e o Plano Plurianual 2018-2021) e iniciou a atualização da análise situacional do município com base nos atuais indicadores e na série história dos indicadores pactuados.

O PMS 2022-2025 foi organizado de forma a permitir uma orientação clara para a gestão, os trabalhadores de saúde e os cidadãos. O processo de sua construção seu deu com a coordenação da Diretoria de Gestão do SUS, através da COMPLAN, para a elaboração das diretrizes, dos objetivos, das metas, da revisão e a consolidação do seu conteúdo. E, transversalmente buscou-se verificar e consolidar as diretrizes, objetivos e metas com os demais documentos oficiais (Programa de Governo do atual Prefeito/Vice-Prefeito, Relatórios das Conferências Municipais de Saúde, entre outros).

Este PMS está organizado de acordo com eixos que foram pensados com o objetivo de promover o acesso qualificado aos serviços de saúde, respeitando as especificidades do território, quais sejam:

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

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

EIXO VII – ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19 - EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA

Os Eixos dos Planos Municipais de Saúde anteriores, basicamente foram mantidos, mas foi incluído um Eixo adicional, o Eixo VII que trata da pandemia da COVID-19 que afetou o nosso município e todo o mundo.

Mesmo com notícias promissoras em relação à vacinação, no momento da elaboração do PMS, percebemos que a emergência em saúde pública gerada pela COVID-19 teve impactos significativos em indicadores da situação de saúde o que será avaliado no Capítulo relacionado.

As restrições de reuniões presenciais e de circulação de pessoas em função do enfrentamento à pandemia nos impuseram o desafio de desenvolver uma metodologia que garantisse a participação sem que fossem gerados quaisquer riscos sanitários às pessoas, inclusive as mais vulneráveis ao vírus. A COMPLAN realizou reuniões presenciais com número restrito de pessoas para debater, dialogar e recolher as diversas contribuições das áreas/serviços/unidades de saúde da FMSRC.

Os Eixos estabelecidos no PMS consideraram as responsabilidades sanitárias estabelecidas no Pacto pela Saúde, prioridades de governo e eixos temáticos das Conferências de Saúde. Assim, os eixos do PMS se desdobram em Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores. As diretrizes estabelecem as linhas das ações que serão seguidas. Os objetivos expressam o que se pretende fazer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas de saúde identificados. As metas expressam um compromisso para que os objetivos sejam alcançados e quantificam os objetivos. Por fim, os indicadores permitem acompanhar o alcance das metas, consistindo em ferramenta essencial para o processo de monitoramento e avaliação do PMS.

1. MUNICIPIO DE RIO CLARO - ANÁLISE SITUACIONAL

A análise situacional constitui a primeira fase de elaboração do Plano Municipal de Saúde, permitindo a identificação e priorização de problemas de saúde e de gestão. Os aspectos desenvolvidos na análise situacional serão:

- ASPECTOS GEOGRÁFICOS, DEMOGRÁFICOS E SÓCIO-ECONÔMICOS;
- PERFIL DA MORBIMORTALIDADE;
- GESTÃO DO SUS

1.1. Aspectos Geográficos, Demográficos e Sócio-Econômicos

Rio Claro é um município do interior do Estado de São Paulo. Está entre as 40 cidades com mais habitantes do Estado de São Paulo e conta com uma população estimada de 208.008 (duzentas e oito mil e oito) habitantes (população estimada 2020). Situada a 592 metros de altitude, tem as seguintes coordenadas geográficas: Latitude: 22° 24' 48" Sul, Longitude: 47° 34' 11" Oeste. Está distante 158 km da capital estadual e a 739 km de Brasília/DF (IBGE, SEADE, 2020). Possui uma área de 498,42 km² com um grau de urbanização de 97,84%. (IBGE, SEADE, 2020).

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

A Região de Saúde de Rio Claro é composta pelos municípios de Analândia, Corumbataí, Ipeúna, Itirapina e Santa Gertrudes, além do próprio município de Rio Claro que somam uma população de 270.583 habitantes, em que a população de Rio Claro representa 77% deste total, sendo que há outras duas cidades pequenas (Itirapina e Santa Gertrudes) e outras três muito pequenas (Analândia, Corumbataí e Ipeúna).

Na **Tabela 01** podemos ver a distribuição da população estimada da micro-região de Rio Claro.

Tabela 01 – Habitantes estimados e percentual da população do município em relação à população total estimada da micro-região. Municípios da Micro-região de Rio Claro.

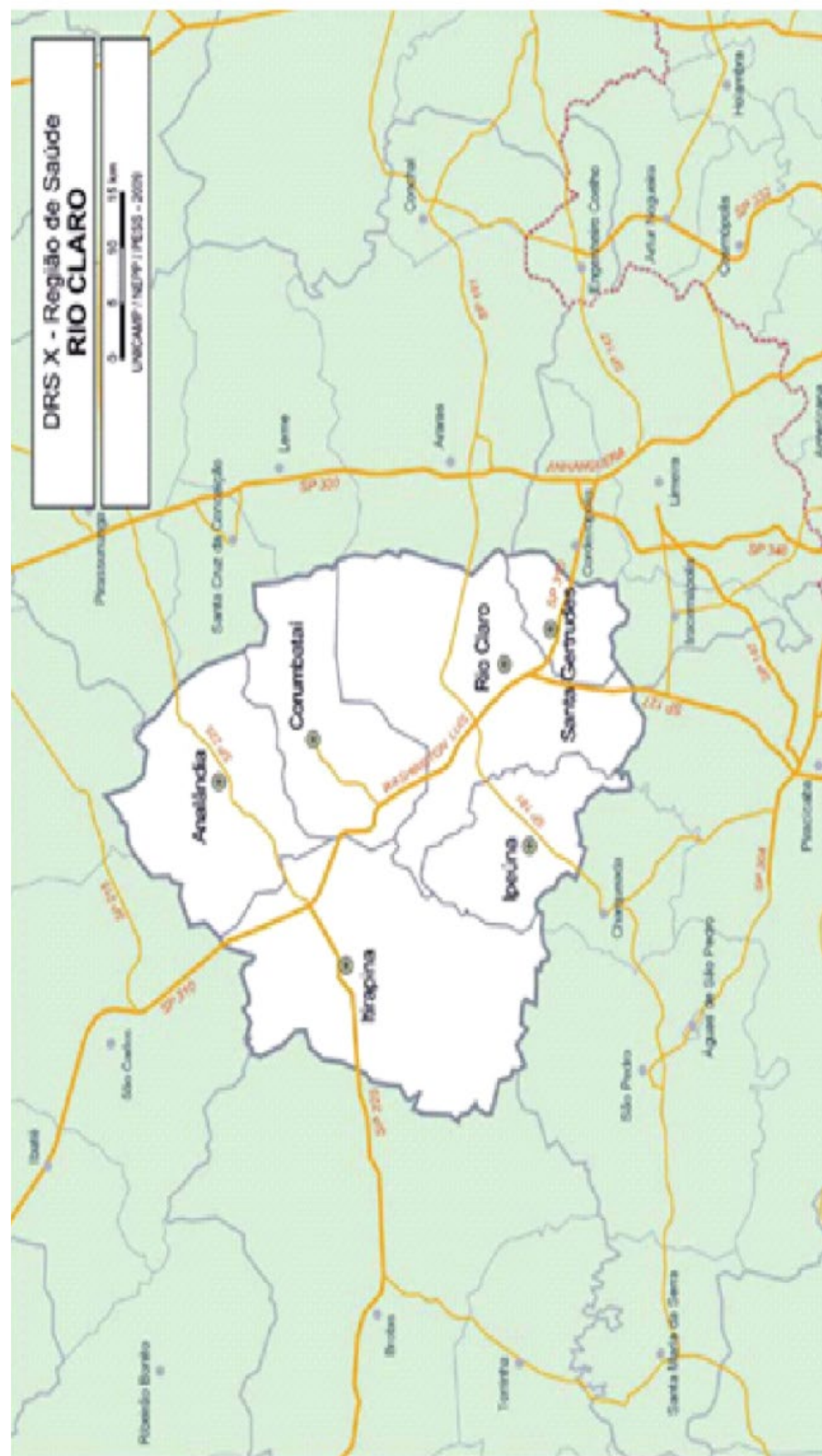
Cód. IBGE - Município	Nº de habitantes	%
350200 Analândia	5.056	1,87
351270 Corumbataí	4.064	1,5
352110 Ipeúna	7.687	2,84
352360 Itirapina	18.387	6,8
354390 Rio Claro	208.008	76,87
354670 Santa Gertrudes	27.381	10,12
Total	270.583	100

Fonte: 2000 a 2020 – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE



A **Figura 01** mostra o Mapa Micro-regional da Região de Saúde de Rio Claro.

Figura 01 – Mapa da Região de Saúde de Rio Claro



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

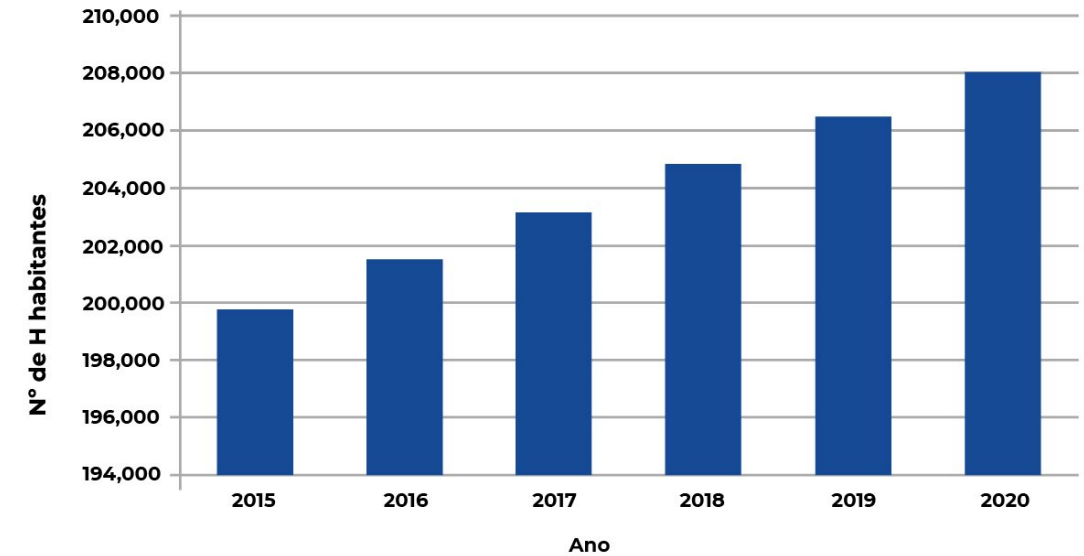
Em Rio Claro tem início a rodovia SP 127, que leva, também em pista dupla, à Piracicaba, prosseguindo depois para o Sul do Estado.



Ainda no município de Rio Claro, a SP 310 é transposta pela SP 191, ligando Araras a São Pedro, na região de Piracicaba, e, mais ao Norte, a SP 225, vindo de Pirassununga (SP 330), serve Analândia e a partir da SP 310, prossegue em pista dupla servindo Itirapina e prosseguindo em direção a Jaú e Bauru. A **Figura 01** mostra o Mapa Micro-regional da Região de Saúde de Rio Claro cortada pelas rodovias e as cidades limítrofes de Rio Claro.

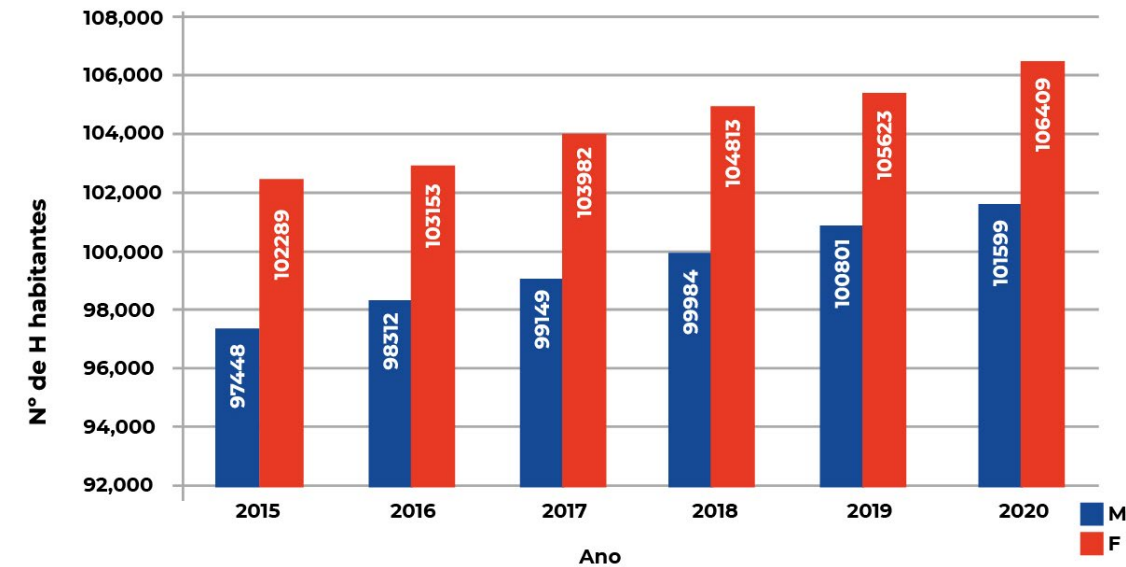
O panorama demográfico de Rio Claro apresentou um crescimento aproximado de 3,98% nos últimos 5 (cinco) anos, como pode ser observado no **Gráfico 01** que mostra o crescimento populacional de 2015 a 2020.

Gráfico 01 – Crescimento Populacional - Rio Claro/SP - 2015 a 2020



O **Gráfico 02** mostra o crescimento populacional separado por sexo de 2015 a 2020. É possível notar características de feminilização da população do município.

Gráfico 02 –Crescimento Populacional - Rio Claro/SP - Por sexo - 2015 a 2020



A dinâmica do crescimento populacional trouxe mudanças na composição da população por faixa etária e essa modificação pode ser observada nos Gráficos das Pirâmides etárias de 2010 e de 2020 (**Gráfico 03 e 04**). Pode ser observado um estreitamento da base (redução das faixas etárias mais jovens) e ampliação da largura do topo (aumento das faixas etárias mais idosas).

Gráfico 03 –Pirâmide Etária - Município de Rio Claro/SP Ano: 2010

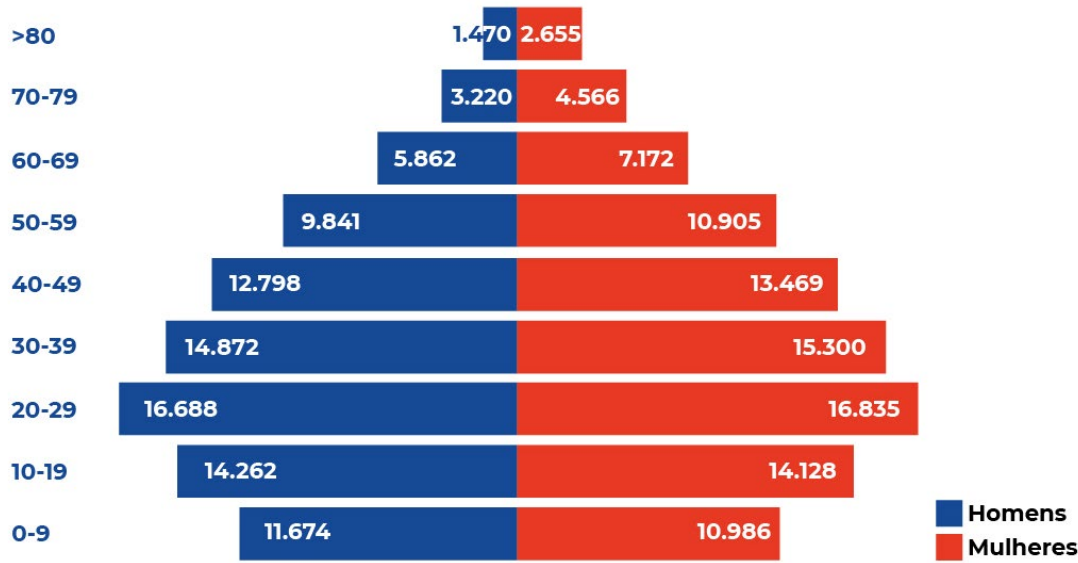
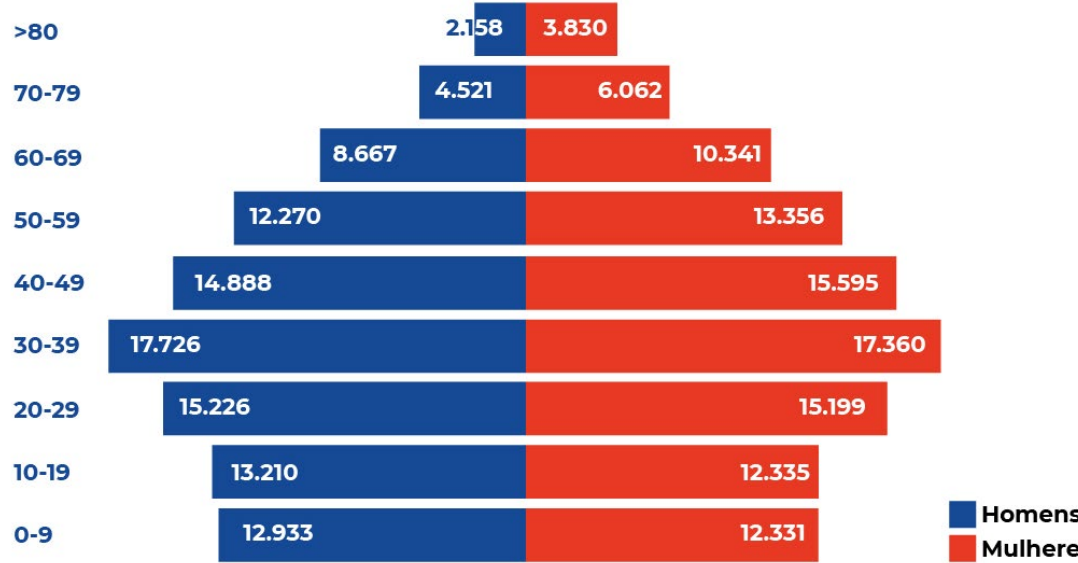


Gráfico 04 –Pirâmide Etária - Município de Rio Claro/SP Ano: 2020



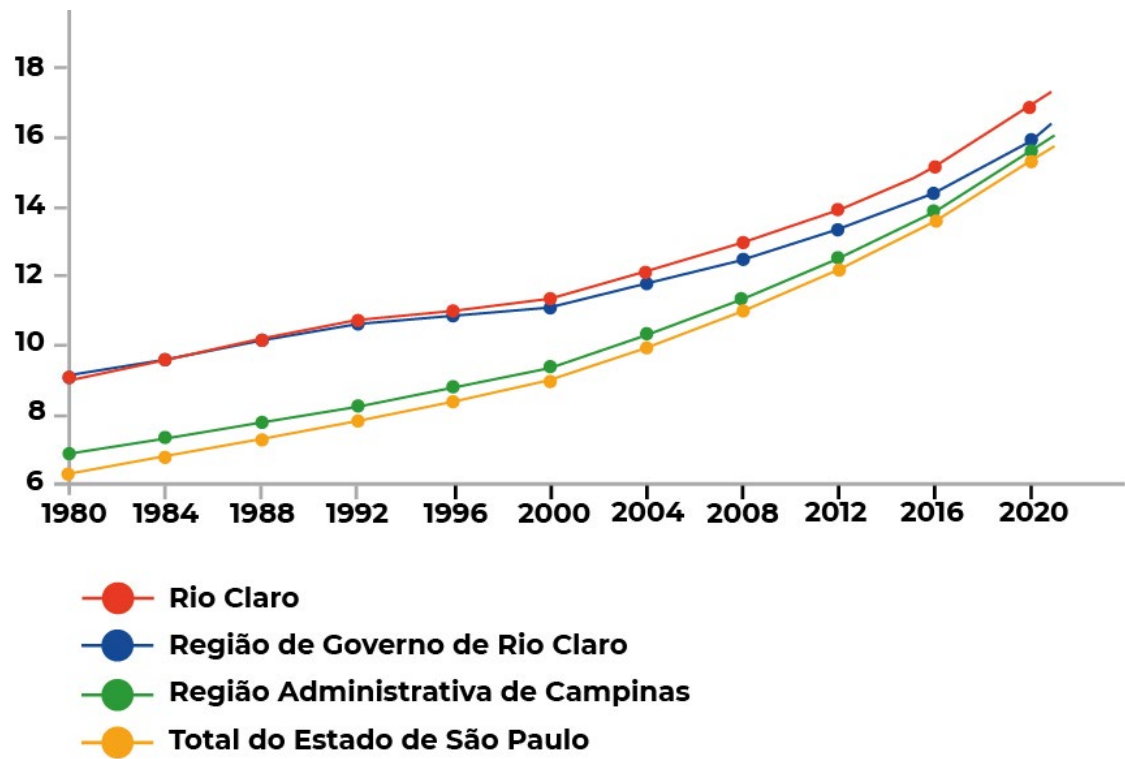
Comparando o gráfico de crescimento populacional de 2010 a 2020 o crescimento populacional foi de 21.709 habitantes, com um impacto de 10,44% no crescimento populacional. Esse crescimento em 10 (dez) anos significou uma população maior do que a cidade de Itirapina, ou quase uma cidade inteira de Santa Gertrudes dentro de Rio Claro nesse período.

A análise da Pirâmide Etária de 2020 tem algumas revelações importantes para serem consideradas:

1. Até 39 anos a população do sexo masculino é um pouco superior, já a partir dos 40 anos, a população feminina é maior;
2. As faixas etárias da população economicamente ativa (20-59 anos) representam 58,47% da população;
3. A população feminina representa 51,16% da população total;
4. E a população com mais de 60 anos representa cerca de 17% da população total.

Para se ter uma idéia da relevância do percentual de 17% da população com mais de 60 anos, o Estado de São Paulo tem um percentual de 15,75%, a Região Administrativa de 16,07% e a Região de Governo de 16,32%. Essa tendência de envelhecimento cada vez maior da população pode ser revelada no Gráfico 05 com a população com 60 anos e mais (em %) de 1980 a 2021 (SEADE, 2021).

Gráfico 05 – População com 60 Anos e Mais (Em %) - 1980-2021



Fonte: SEADE

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

1.1.1. Aspectos Educacionais

A população mais instruída e com um nível de escolaridade e instrução maior, possibilita uma sensível melhoria nas mais diferentes formas: na percepção dos problemas de saúde; na capacidade de entendimento das informações sobre saúde; na adoção de estilos

de vida saudáveis; na utilização dos serviços de saúde; e na adesão aos procedimentos terapêuticos.

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

A taxa de analfabetismo em Rio Claro é baixa e a população jovem adulta (18 a 24 anos) que possui pelo menos o ensino médio é de 67,24% (SEADE, 2020; IBGE, 2010).

O último Censo Escolar do INEP de 2020 revela a quantidade de estudantes da rede escolar de creches ao ensino médio, a Educação de Jovens e Adultos (EJA) e a Educação Especial, conforme a **Tabela 2** mencionando o Número de estudantes da Educação Básica e do Ensino Médio.

Tabela 2 – Número de estudantes da Educação Básica e do Ensino Médio

	Nº de estudantes
Creches	4.386
Pré-escolas	4.934
Anos iniciais	12.754
Anos finais	10.021
Ensino Médio	6.971
EJA	1.344
Educação Especial	1.124
TOTAL	41.534

Fonte Censo Escolar/INEP 2020 | Total de Escolas de Educação Básica/Ensino Médio: 112

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

1. 1. 2. Aspectos Sociais e Econômicos

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

Esses determinantes necessitam de articulação com outros setores da sociedade para serem alterados, e muitas vezes se situam além da governabilidade de quem planeja ações de saúde. Muitas vezes, ficamos limitados na busca da resolução de um problema de saúde pública, pois parte importante da resolução do problema está sob a gestão de outros setores e até de outras esferas de governo.

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

Outro aspecto importante para o desenvolvimento econômico refere-se à capacidade de desenvolver e absorver tecnologia e inovações e está diretamente vinculada à disponibilidade de mão-de-obra qualificada, assim como a presença de instituições de ensino e pesquisa e à formação de parcerias entre os diversos atores ligados ao setor produtivo (instituições de ensino, centro de pesquisas, poder público, empresas em geral, etc.).

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

1. 1. 2. 1. IDHM, IDHM Renda, IDHM Longevidade e IDHM Educação

O IDH-M Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios é o resultado da análise de mais de 180 indicadores socioeconômicos dos censos do IBGE de 1991, 2000 e 2010, conforme a Tabela 3 podemos verificar o IDHM em Rio Claro e no Brasil para termos uma possibilidade de comparação.

Pela escala do estudo, é considerado muito baixo o IDHM entre 0 e 0,49; baixo entre 0,5 e 0,59; médio de 0,6 e 0,69; alto 0,7 e 0,79 e muito alto entre 0,8 e 1,0.

Tabela 3 – IDHM, IDHM Renda, IDHM Longevidade e IDHM Educação

Territorialidades	IDHM 2010	IDHM Renda 2010	IDHM Longevidade 2010	IDHM Educação 2010
Brasil	0,727	0,739	0,816	0,637
Estado de SP	0,783	-	-	-
Rio Claro (SP)	0,803	0,784	0,862	0,766

Fonte: IBGE. Censo 2010. Elaboração: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Pnud. Brasil, Ipea e FJP, 2020.

1.1.2.2. IPRS – Índice Paulista de Responsabilidade Social

Criado à semelhança do Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, o IPRS – Índice Paulista de Responsabilidade Social objetiva ser um instrumento para melhorar a qualidade de vida do povo paulista, na medida em que busca facilitar uma identificação mais ágil das necessárias políticas públicas a serem implementadas nos municípios paulistas (SEADE,2020).

A exemplo do IDH, o IPRS, busca colocar o ser humano sempre no centro do processo de seu desenvolvimento. Os parâmetros para a classificação dos municípios, por dimensões do IPRS, segundo categorias do Estado de São Paulo de 2018, são:

Tabela 4 – Categorias BAIXA, MÉDIA e ALTA do IPRS nas dimensões de Riqueza, Longevidade e Escolaridade de 2018

Categoria	Riqueza	Longevidade	Escolaridade
BAIXA	Até 41	Até 66	Até 53
MÉDIA		67 a 69	54 a 58
ALTA	42 e mais	70 e mais	59 e mais

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

Conforme a **Tabela 5** podemos verificar o IPRS de Rio Claro nas várias dimensões para termos uma possibilidade de comparação com o Estado

Tabela 5 – IPRS, IPRS Riqueza,IPRS Longevidade e IPRS Escolaridade de 2018

Territorialidades	IPRS Riqueza	IPRS Longevidade	IPRS Escolaridade
Estado de SP	44	72	53
Rio Claro (SP)	41	72	63

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

Nesse indicador IPRS Riqueza já observamos que nosso município está no limite do indicador BAIXO e isso reflete um possível empobrecimento da população do município pois o IPRS é de 2018 e o Censo é de 2010.

1.1.2.3. Emprego, Renda e Economia

A estrutura de uso da força de trabalho em determinado local é determinada pelas especificidades do conjunto de atividades econômicas que estão abrigadas neste espaço geográfico.

Conforme a **Tabela 6** poderemos verificar a participação dos empregos formais nas diversas áreas, assim podendo verificar a predominância do tipo de trabalho e gerando uma renda para a população, podendo ter uma possibilidade de comparação com o Estado e com a região administrativa.

Tabela 6 – Participação dos Empregos Formais das áreas no Total de Empregos Formais (Em %) - 2019

Territorialidades	Serviços	Agricultura, Pecuária, Produção Florestal, Pesca e Aquicultura	Indústria	Comércio atacadista e varejista e do Comércio e Reparação de Veículos Automotores	Construção
Estado de SP	56,48	2,32	17,20	19,81	4,20
Região Administrativa	44,92	2,82	27,86	20,97	3,43
Rio Claro (SP)	40,01	1,86	36,81	18,01	3,31

Fonte: Fundação Seade

O município de Rio Claro se caracteriza por sua vocação na área de serviços, mas com destaque ao setor industrial, com participação de quase o dobro do que o Estado registra. Em 2019, cerca de 40% do emprego era gerado por segmentos que compunham os serviços.

Em contrapartida, as atividades da indústria caíram sua participação relativa na estrutura de emprego: de 47,8% em 2007 para 36,81% em 2019. Em função desse comportamento, o setor de serviços, em 2019, passou a ter maior participação do que as atividades industriais.

Dentro da estrutura de uso da força de trabalho pelos setores pode-se extrair o rendimento médio desses empregos formais.

Conforme a **Tabela 7** poderemos verificar o rendimento médio nas diversas áreas dos empregos formais, e a renda gerada para a população, podendo ter uma possibilidade de comparação com o Estado e com a região administrativa.

Tabela 7 – Rendimento médio dos Empregos Formais por área (Em Reais correntes \$) - 2019

Territorialidades	Rendimento médio dos empregos formais dos serviços	Rendimento médio dos empregos formais da Agricultura, Pecuária, Produção Florestal, Pesca e Aquicultura	Rendimento médio dos empregos formais da Indústria	Rendimento médio dos empregos formais do Comércio atacadista e varejista e do Comércio e Reparação de Veículos Automotores	Rendimento médio dos empregos formais da Construção
Estado de SP	3.781,97	2.085,74	3.930,94	2.683,51	2.792,65
Região Administrativa	3.400,46	2.080,13	4.015,38	2.520,01	2.700,40
Rio Claro (SP)	3.049,50	2.620,17	3.555,39	2.267,84	2.718,55

Fonte: Fundação Seade.

O rendimento médio apresenta uma comparação entre Rio Claro, a região administrativa e o Estado de São Paulo como um todo.

A comparação revela que nosso município está abaixo na região e no Estado, revelando uma qualidade menor dos empregos que se encontram na cidade ou ainda o valor pago aos empregados menor.

No caso do Rendimento médio na área de serviços, na área de indústrias, na área de empregos de comércio varejista e do comércio varejista e reparação de veículos automotores do município é menor na nossa cidade em relação à região administrativa e ao Estado de São Paulo.

No caso do Rendimento médio na área de agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura e na área de construção do município é maior na nossa cidade em relação à região administrativa e ao Estado de São Paulo, mais a diferença é muito pequena na área de construção, sendo a diferença maior apenas na agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura.

Em relação à economia de Rio Claro, 3 (três) indicadores são importantes:

1. PIB (Produto Interno Bruto); 2. PIB per capita e Participação no PIB do Estado.

Na **Tabela 8** poderemos verificar o PIB nesses 3 aspectos mencionados.

Tabela 8 – Produto Interno Bruto (PIB) do município em relação ao Estado–2018.

Territorialidades	PIB (mil reais) (2018)	PIB per capita (em reais correntes)	Participação no PIB do Estado (em %)
Estado de SP	2.210.561.949,48	50.247,86	100
Região Administrativa	404.104.837,80	59.286,84	18,280
Rio Claro (SP)	9.799.855,55	49.411,87	0,443

Fonte: Fundação Seade.

Com o rendimento menor dos empregos formais, há um reflexo também no PIB per capita e o valor do nosso município é menor do que a região administrativa e do que o Estado de São Paulo.

O PIB per capita representa uma medida da produtividade, do valor de mercado e da massa salarial dos munícipes, e serve para indicar o poder aquisitivo da população quanto a bens e serviços que podem melhorar sua qualidade de vida.

1.1.2.4. Infra-estrutura Urbana

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

Os indicadores do nosso município podem ser observados na **Tabela 9** a seguir com os indicadores de Coleta de lixo, Abastecimento de Água e o nível de atendimento de esgoto sanitário. Os dados apresentados são do Censo do IBGE de 2010, mas ainda permanecem nesse patamar, pois tratam-se de níveis próximos de 100%.

Tabela 9 – Infra-estrutura Urbana(em %) (2010).

Territorialidades	Coleta de Lixo Nível de atendimento	Abastecimento de água Nível de atendimento	Esgoto Sanitário Nível de atendimento
Estado de SP	99,66	97,91	98,99
Região Administrativa	99,69	97,07	89,77
Rio Claro (SP)	99,79	99,67	89,75

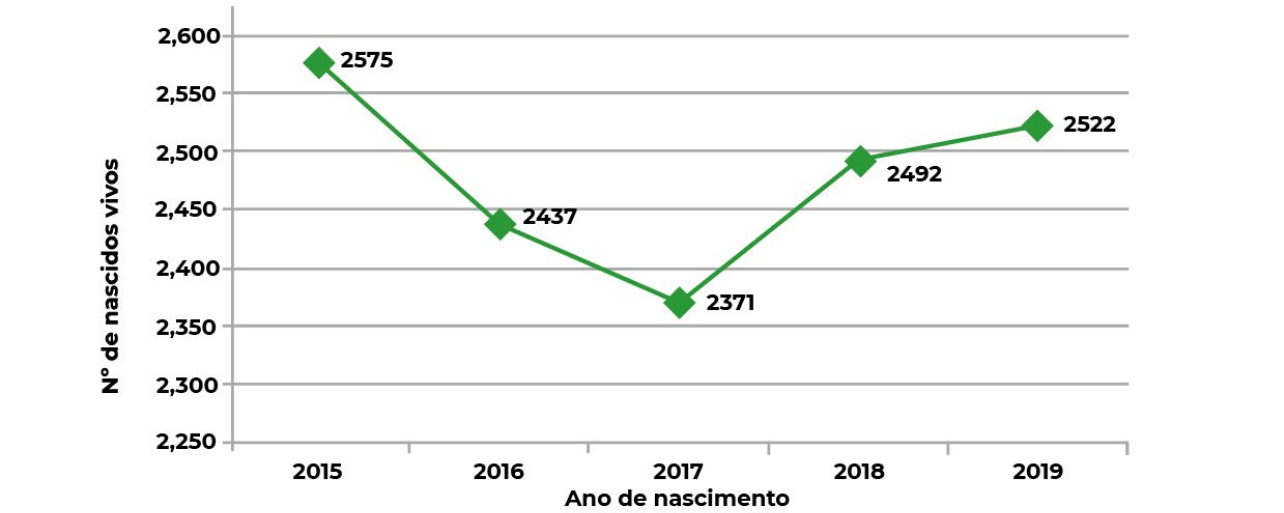
Fonte: Fundação Seade. IBGE. Censo 2010.

1.2. Perfil Epidemiológico

1.2.1. Perfil da Natalidade

No período de 2015 a 2019 foram registrados 12.397 nascidos vivos de mães residentes do município de Rio Claro, com uma média anual de 2.479 nascimentos. Isso pode ser observado no **Gráfico 6** à seguir.

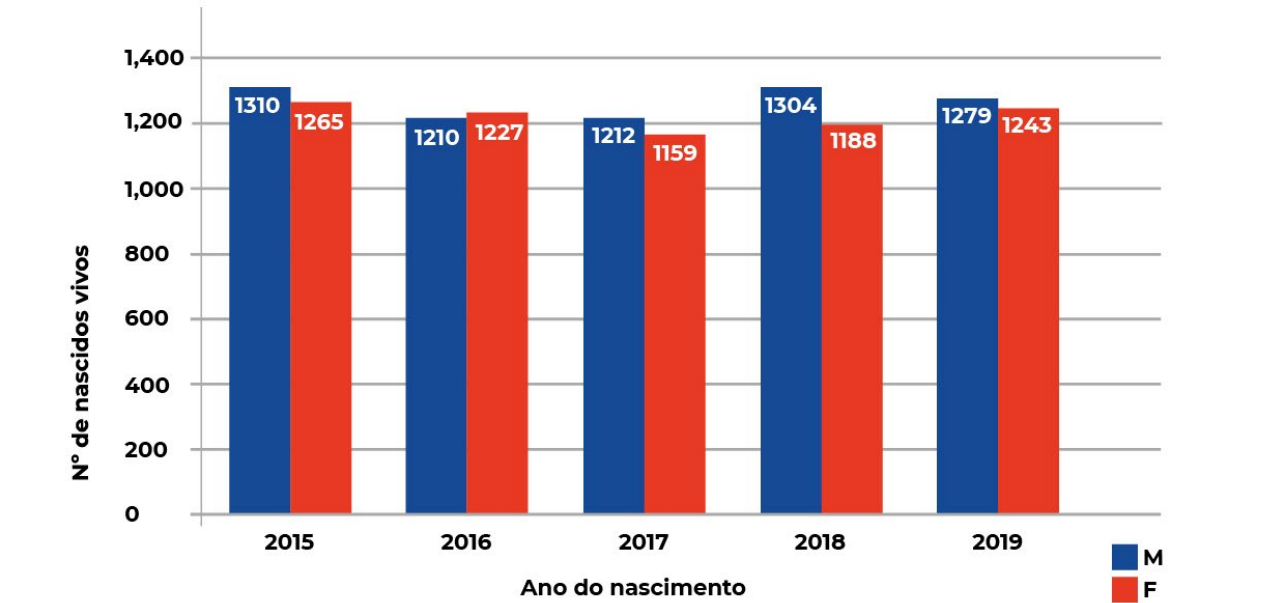
Gráfico 06 – Nascidos Vivos de Mãe Residentes em Rio Claro - 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Os nascidos vivos do período de 2015 a 2019 separados por sexo podem ser observados no **Gráfico 07**.

Gráfico 07 – Nascidos Vivos de Mãe Residentes em Rio Claro Por sexo- 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

No mesmo período de 2015 a 2019 o número de consultas de pré-natal realizadas pelas mães dos nascidos vivos residentes do município de Rio Claro podem ser observadas na **Tabela 10**.

Tabela 10 – Número de consultas de pré-natal de mãe de nascidos vivos por ano de nascimento.

	Ano		Ano		Ano		Ano		Ano			
Consultas de pré-natal	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	Total	%
Nenhuma	8	0,31	10	0,41	9	0,38	19	0,76	23	0,91	69	0,56
De 1 a 3 consultas	95	3,69	73	3,00	62	2,61	68	2,73	67	2,66	365	2,94
De 4 a 6 consultas	399	15,50	307	12,60	317	13,37	376	15,09	306	12,13	1705	13,75
7 ou mais consultas	2063	80,12	2007	82,36	1973	83,21	2023	81,18	2122	84,14	10188	82,18
Ignorado	10	0,39	40	1,64	10	0,42	6	0,24	4	0,16	70	0,56
Total	2575	100	2437	100	2371	100	2492	100	2522	100	12397	100

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

O que está preconizado pela estratégia da Rede Cegonha é a realização de, no mínimo, 7 (sete) consultas para todas as gestantes, sendo no mínimo, 03 (três) consultas/médicas, 03 (três) consultas/enfermagem, 01 consulta/odontológica durante o pré-natal.

Na **Tabela 10** observamos que 17,82% das gestantes não realizaram 07 ou mais consultas o que é preocupante; além de constataremos um salto de 8 para 23 do número de mães que tiveram nascidos vivos sem nenhuma consulta, representando uma variação com um acréscimo de 187% entre 2015 e 2019. Ou seja, de forma negativa, a quantidade de mães com nascidos vivos sem nenhuma consulta aumentou significativamente.

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

Na **Tabela 11** apresentamos a idade das gestantes e a preponderância da faixa etária de 25 a 29 anos entre os diversos grupos etários, concentrando em média 25,4% de todo grupo de gestantes; à exceção do ano de 2019 em que o número de nascidos vivos de mães da faixa etária entre 30 e 34 anos supera o número de nascidos vivos da faixa de 25 a 29 anos. Esse comportamento deve ser avaliado e acompanhado nos próximos anos.

Tabela 11 – Idade da mãe de nascidos vivos por faixa etária e ano do nascimento. Rio Claro (2015-2019).

Idade da mãe/ANO	2015	2016	2017	2018	2019	Total
10 a 14 anos	15	18	7	8	14	62
15 a 19 anos	335	329	290	261	248	1463
20 a 24 anos	614	553	547	584	580	2878
25 a 29 anos	711	628	594	612	600	3145
30 a 34 anos	580	556	547	577	618	2878
35 a 39 anos	267	287	316	353	374	1597
40 a 44 anos	50	61	66	91	87	355
45 a 49 anos	3	4	4	4	1	16
50 a 54 anos	-	1	-	1	-	2
55 a 59 anos	-	-	-	1	-	1
TOTAL	2575	2437	2371	2492	2522	12397

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

1.2.1.1. Via de Nascimento – Partos Realizados

No Brasil, a alta prevalência de parto cesáreo constitui fato particularmente marcante, na área materno-infantil. Entre as décadas de 70 e 90, o percentual de partos cesáreos elevou-se de 14,6% para 41,6%, colocando o país entre os que têm as maiores taxas do mundo. A tendência de aumento foi concomitante na grande maioria dos países da América Latina, nos Estados Unidos da América, Austrália e Índia (SALEH et al, 2019).

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

No nosso município, no período de 2015 a 2020, a realização dos procedimentos dos partos e a via de nascimentos podem ser verificadas nas **Tabelas 12 e 13**.

Tabela 12 – Tipo de parto realizado por ano (em números absolutos e %) de 2015 a 2018

Tipo de parto/ANO	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%
Parto normal	492	38,77	520	38,63	511	39,74	500	36,55
Parto cesáreo	777	61,23	826	61,37	775	60,26	868	63,45
TOTAL	1269	100	1346	100	1286	100	1368	100

Tabela 13 – Tipo de parto realizado por ano (em números absolutos e %) de 2019a 2020

Tipo de parto/ANO	2019	%	2020	%
Parto normal	507	37,17	392	31,95
Parto cesáreo	857	62,83	835	68,05
TOTAL	1364	100	1227	100

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

De todo esse período (2015 a 2020) a quantidade total de partos realizados por tipo e o respectivo percentual revela que na média do período, a grande maioria dos procedimentos de partos são cesáreos, cerca de 62,8%, enquanto que os partos vaginais (normal) são cerca de 37,18% com uma quantidade absoluta de 2.922 (dois mil novecentos e vinte e dois) partos vaginais e 4.938 (quatro mil novecentos e trinta e oito) partos cesáreos. Deve-se ressaltar ainda que houve um aumento percentual do número de partos cesáreos no período, passando de 61,23% em 2015 para 68,05% em 2020.

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

1.2.2. Perfil da Morbimortalidade

A Morbimortalidade é um conceito complexo que provém da ciência médica e que combina dois subconceitos como a morbidade e a mortalidade. Podemos começar explicando que a morbidade é a presença de um determinado tipo de doença em uma população. A mortalidade, por sua vez, é a estatística sobre as mortes em uma população. Assim, ambos os subconceitos podem ser entendidos com a idéia de morbimortalidade, mais específica, significa em outras palavras, aquelas doenças causadas de morte em determinadas populações, espaços e tempos (REDE, 2008).

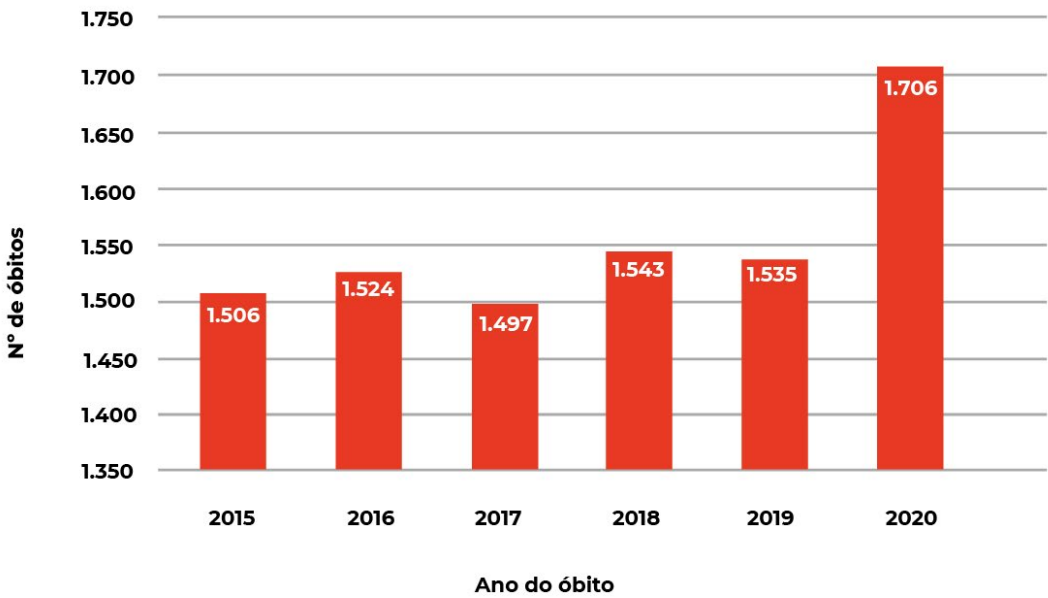
1.2.2.1. Características Gerais da Mortalidade Geral

A Taxa de Mortalidade Geral apresenta os seguintes indicadores no período de 2015 – 2020: houve um aumento de 200 óbitos, observando-se os números dos anos de 2015 e 2020; porém, temos que ressaltar que no período houve também um crescimento populacional da ordem de 8.271 habitantes (crescimento de 4,14% no período de 2015 a 2020).

Se considerássemos o período de 2015 a 2019 somente, a variação de um ano ao outro foi de 29 mortes (vinte e nove), percebendo-se um aumento diferenciado no ano de 2020.

Esse acréscimo pode ser observado no **Gráfico 8** com o número de óbitos por residência e por ano na cidade de Rio Claro, no período de 2015 a 2020.

Gráfico 08 – Óbitos por residência 2015-2020 (números absolutos)



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Analisando ainda os óbitos do período de 2015 a 2020 por capítulo CID-10, verificamos que se analisarmos o período de 2015 a 2019 teremos uma configuração de Capítulos do CID-10 das principais causas de óbito, em ordem decrescente na **Tabela 14**;

Tabela 14 – Óbitos por causa (Capítulo CID-10) no período de 2015 a 2019

Ordem	Capítulo CID-10
1	IX. Doenças do aparelho circulatório
2	II. Neoplasias (tumores)
3	X. Doenças do aparelho respiratório
4	XVIII. Sint sinais e achadanormexclin e laborat
5	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade
6	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
7	XI. Doenças do aparelho digestivo
8	VI. Doenças do sistema nervoso
9	XIV. Doenças do aparelho geniturinário
10	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias

E, se analisarmos o período de 2015 a 2020, teremos outra configuração de Capítulos do CID-10 das 10 principais causas de óbito, em ordem também decrescente (**Tabela 15**):

Tabela 15 – Óbitos por causa (Capítulo CID-10) no período de 2015 a 2020

Ordem	Capítulo CID-10
1	IX. Doenças do aparelho circulatório
2	II. Neoplasias (tumores)
3	X. Doenças do aparelho respiratório
4	XVIII. Sint sinais e achadanormexclin e laborat
5	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade
6	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
7	XI. Doenças do aparelho digestivo
8	VI. Doenças do sistema nervoso
9	XIV. Doenças do aparelho geniturinário
10	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias

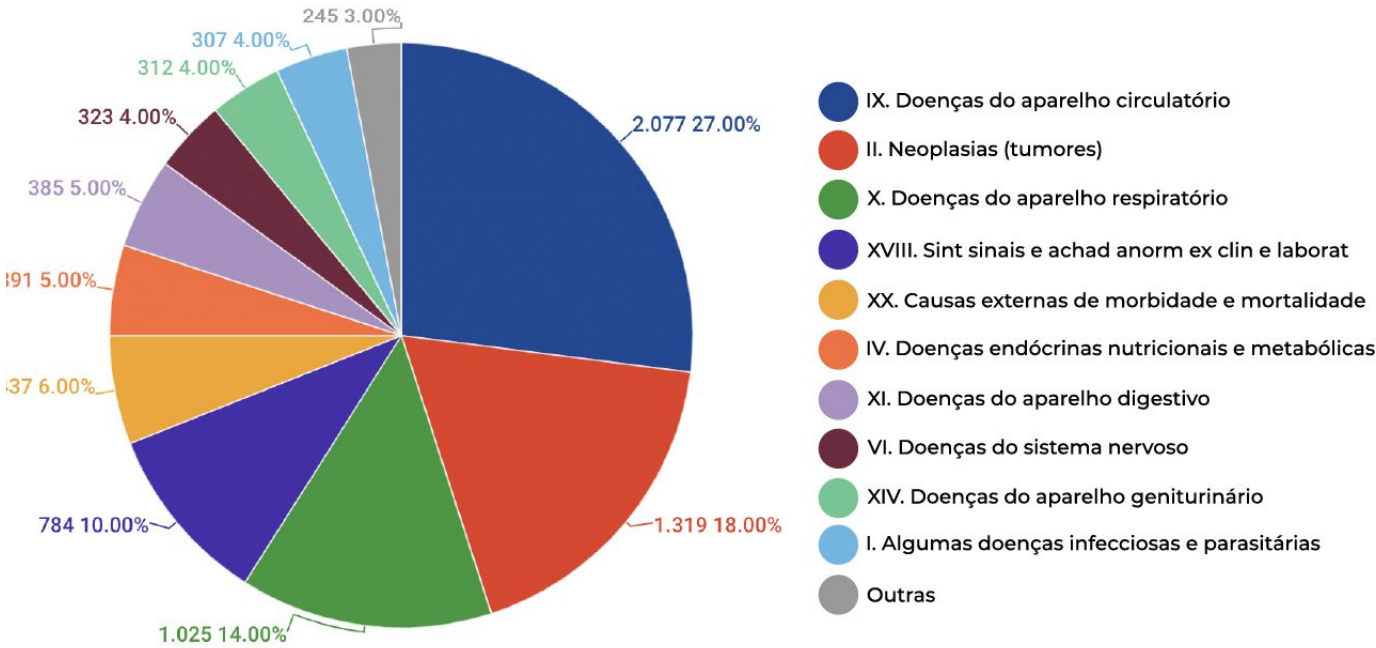
Destaca-se nesse caso, a alteração do Capítulo do CID-10 – I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias que saltou da 10ª para a 7ª posição como causa de óbito, em um único ano, por causa do Novo Coronavírus, da COVID-19.

Considerando todo o período de 2015-2019 temos um retrato da mortalidade, sem considerar a emergência em saúde pública da COVID-19. Considerando o total de óbitos por causa e por ano, podemos ter um retrato mais detalhado da importância das causas de óbitos do período analisado. Esse quadro pode ser observado no **Gráfico 09 - Óbitos absolutos por ano e capítulo CID-10 (2015-2019)**.

Considerando o período 2015-2020 há uma alteração nítida da configuração da causas de mortalidade, com certeza pelo impacto da emergência em saúde pública.

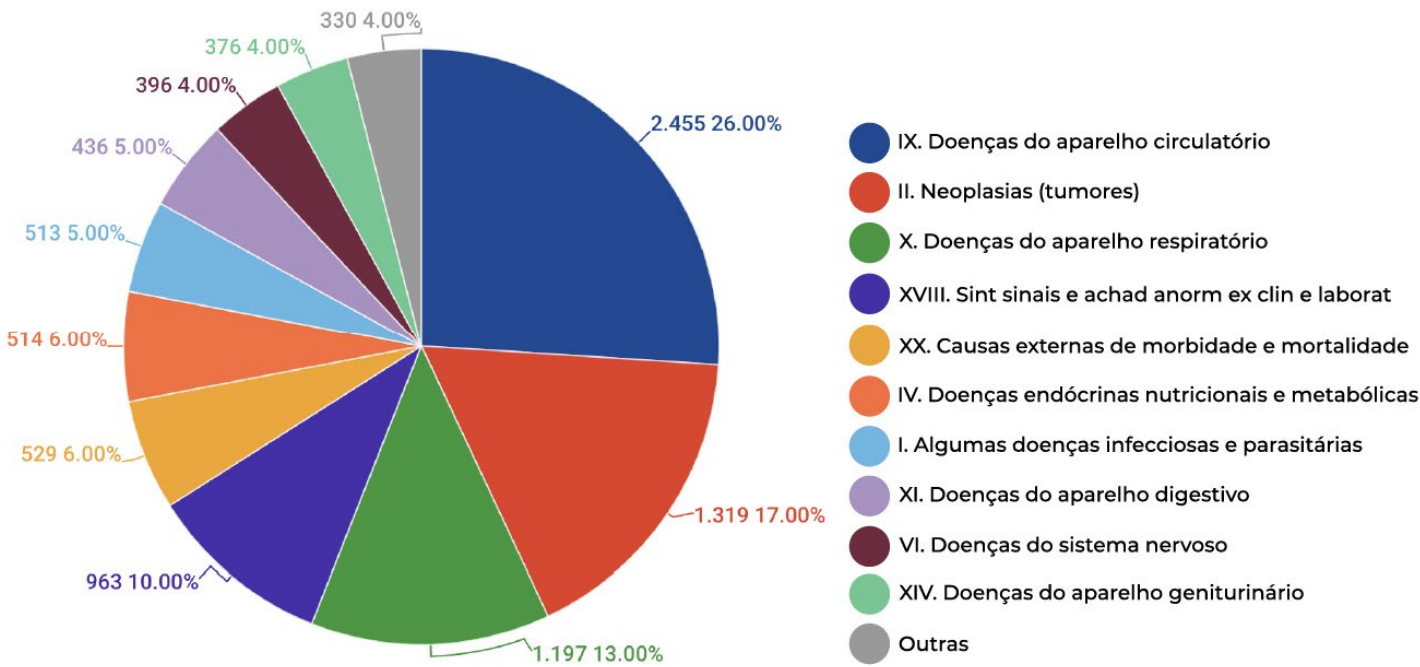
No **Gráfico 10 - Óbitos absolutos por ano e capítulo CID-10 (2015-2020)** podemos ver a clara diferença do **Gráfico 09**, impactado pelo ano de 2020 que gerou essa “distorção” na análise do quadro de causas de mortalidade dando uma ênfase maior ao Capítulo I.

Gráfico 09 – Óbitos absolutos por ano e capítulo CID-10 (2015-2019)



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Gráfico 10 – Óbitos absolutos por ano e capítulo CID-10 (2015-2020)



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

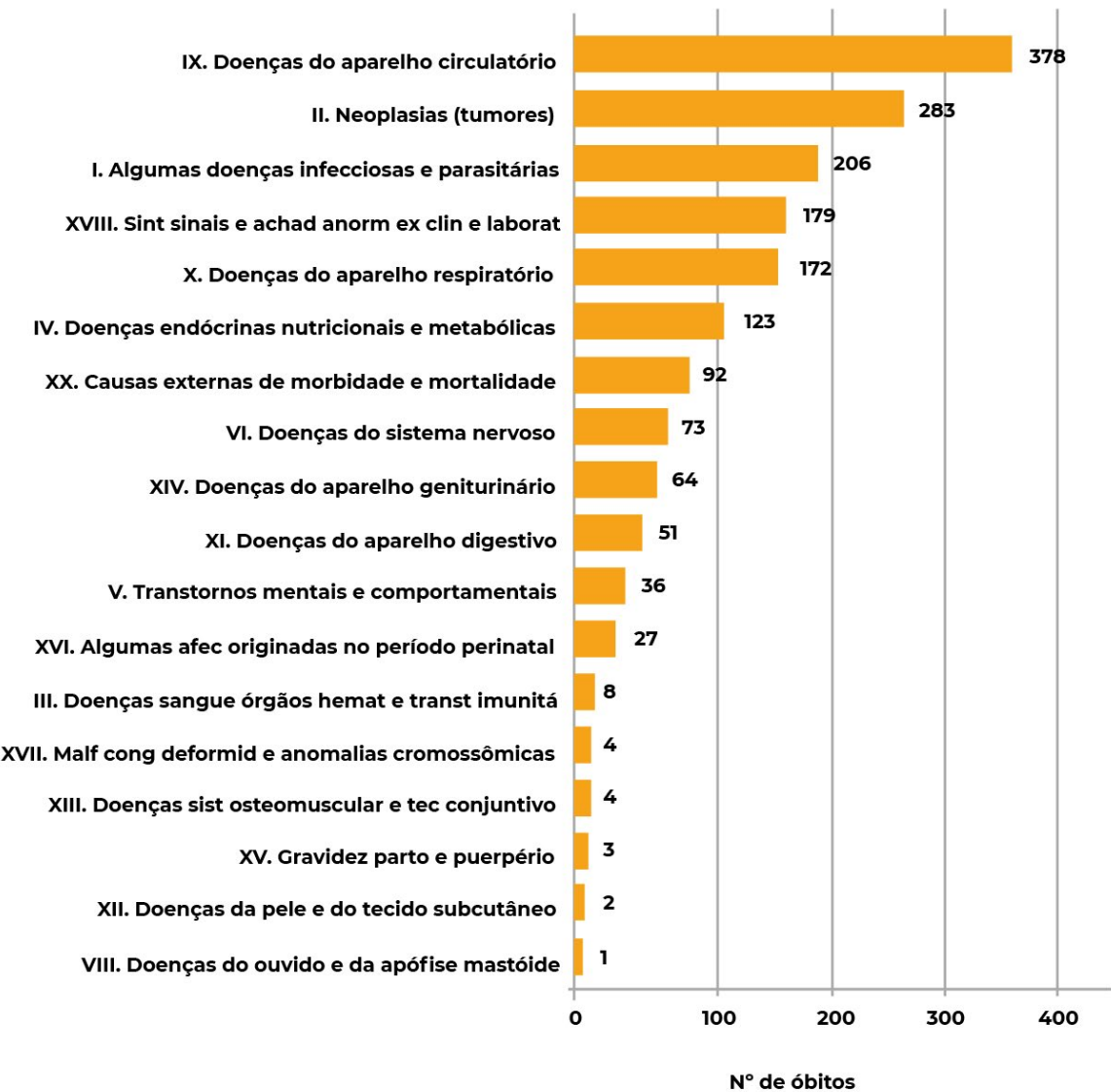
No **Gráfico 10** é mostrada a quantidade absoluta de óbitos por ano e por capítulo da CID-10 no período de 2015 a 2020.

A alteração das causas de óbito devido a emergência em saúde pública no ano de 2020 fica bem evidenciada se compararmos os **Gráficos 09 e 10**, onde a causa relacionada à COVID-19 - Capítulo I salta de posição da 10ª para a 7ª causa de morte, como já mencionado anteriormente. Também cabe destaque, à causa de morte pelo Capítulo V. Transtornos mentais e comportamentais, que cresceu muito no ano de 2020 em relação aos anos anteriores.

Se considerássemos que no período de 2015 a 2019 a variação de um ano ao outro foi de 29 (vinte e nove) óbitos, percebe-se um aumento diferenciado no ano de 2020.

Esse acréscimo do número de óbitos por causa da COVID-19 fica bem evidenciado no ano de 2020, como pode ser observada no Gráfico 11 do ano de 2020, com os óbitos por Capítulo CID-10 e o destaque ao Capítulo I. - Algumas doenças infecciosas e parasitárias, que salta para a 3ª causa de óbitos.

Gráfico 11 – Óbitos por Cap. CID 10 – Residentes de Rio Claro – 2020



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

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

Os óbitos por causas mal definidas correspondem ao Capítulo XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (códigos R00-R99), da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) representa a 4ª causa no município, isso permite avaliar que a qualidade das informações é precária e essa causa tem se mantido com um número alto de registros. Essa proporção alta dificulta o conhecimento e a análise mais adequada da mortalidade, o estabelecimento de prioridades de saúde e o adequado planejamento no SUS (REDE, 2008).

Indica ainda pouca disponibilidade de assistência médica, condições inapropriadas para o diagnóstico das doenças ou insuficiente capacitação profissional para preenchimento das informações de óbitos (REDE, 2008).

Também merece destaque a manutenção das causas externas (Capítulo XX. Causas externas de morbidade e mortalidade) como a 5ª maior causa de mortalidade.

Na **Tabela 16** com Óbitos por residência e por Capítulo CID-10 e ano do óbito (período de 2015 a 2020) pode ser observada essa situação e essa alteração nítida da ordem de mortalidade por Capítulo CID-10. Nela utilizamos cores para que possa ser destacada de forma ordenada as principais causas daquele Capítulo CID-10 de mortalidade, identificando dessa forma as principais causas de cada ano.

As cores utilizadas foram as seguintes:

1. **Principal causa de mortalidade naquele ano**
2. **Segunda Principal causa de mortalidade naquele ano**
3. **Terceira Principal causa de mortalidade naquele ano**
4. **Quarta Principal causa de mortalidade naquele ano**
5. **Quinta Principal causa de mortalidade naquele ano**
6. **Sexta Principal causa de mortalidade naquele ano**

Tabela 16 – Óbitos por residência e por Capítulo CID-10 e ano de óbito (2015-2020) (números absolutos)

Capítulo CID-10	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	66	72	72	48	49	206	513
II. Neoplasias (tumores)	255	239	274	283	268	283	1602
III. Doenças sangue órgãos hemat e tran- stimunitár	11	8	7	9	10	8	53
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	70	81	87	93	60	123	514
V. Transtornos mentais e comportamentais	14	11	7	9	9	36	86
VI. Doenças do sistema nervoso	59	67	69	57	71	73	396
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	1	-		1	2
IX. Doenças do aparelho circulatório	475	442	415	372	373	378	2455
X. Doenças do aparelho respiratório	172	227	221	205	200	172	1197
XI. Doenças do aparelho digestivo	88	70	70	78	79	51	436
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	4	-	4	4	2	14
XIII. Doenças assist. osteomuscular e tec. conjuntivo	5	8	3	8	8	4	36
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	65	49	66	76	56	64	376
XV. Gravidez parto e puerpério	1	-	-	1	1	3	6
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	13	19	11	10	17	27	97
XVII. Mal form. cong. deformid e anomalias cromossômicas	3	9	11	5	4	4	36
XVIII. Sint sinais e achadanormexclín e laborat	134	119	102	189	240	179	963
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	75	99	82	95	86	92	529
TOTAL	1506	1524	1497	1543	1535	1706	9311

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

1.2.2.2 Mortalidade Geral por sexo e idade no ano de 2019

Ao analisarmos a mortalidade separada por sexo e por idade, podemos verificar grandes diferenças. Utilizamos os dados de 2019 e não os dados de 2020, pois nesse caso há a causa da morte relacionada à COVID-19 (Capítulo I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias) que altera essa configuração consideravelmente.

No ano de 2019, embora o primeiro grupo - Capítulo IX. Doenças do aparelho circulatório seja o mesmo para ambos os sexos, o número de óbitos masculino (em valor absoluto) deste grupo é superior ao feminino, com uma diferença de 33 óbitos respectivamente.

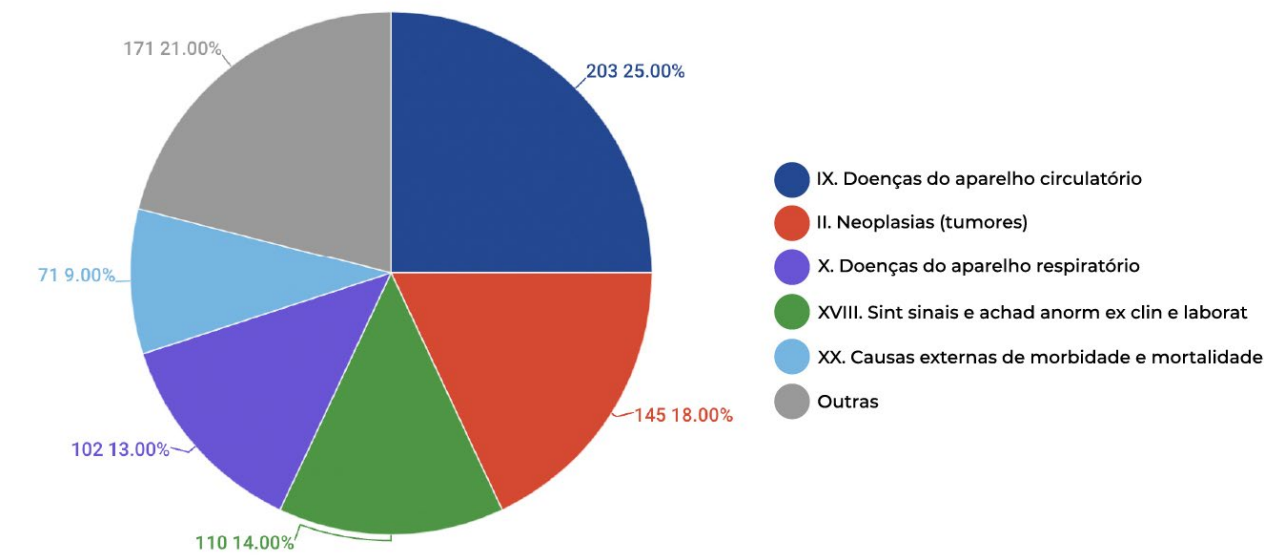
Há uma alteração entre o segundo e terceiro grupo da causa Capítulo II. Neoplasias (tumores), onde aparece como 2.^a causa masculina e 3.^a causa feminina. Podemos observar ainda a inversão dessa ordem de colocação no grupo do Capítulo XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte, onde apresenta-se como 3.^a causa masculina e 2.^a causa feminina.

O grupo - Capítulo X. Doenças do aparelho respiratório é a 4.^a causa para ambos os sexos. O maior destaque é para o grupo relacionado a Causas Externas - Capítulo XX. Causas externas de morbidade e mortalidade onde a diferença entre os sexos é significativa, com 56 óbitos a mais para o sexo masculino sendo a 5.^a causa de morte e a 10.^a causa para o sexo feminino.

Essa diferença pode ser observada nos **Gráficos 12 e 13**, ambos do ano de 2019 com os óbitos por Capítulo CID-10 e por sexo (masculino e feminino).

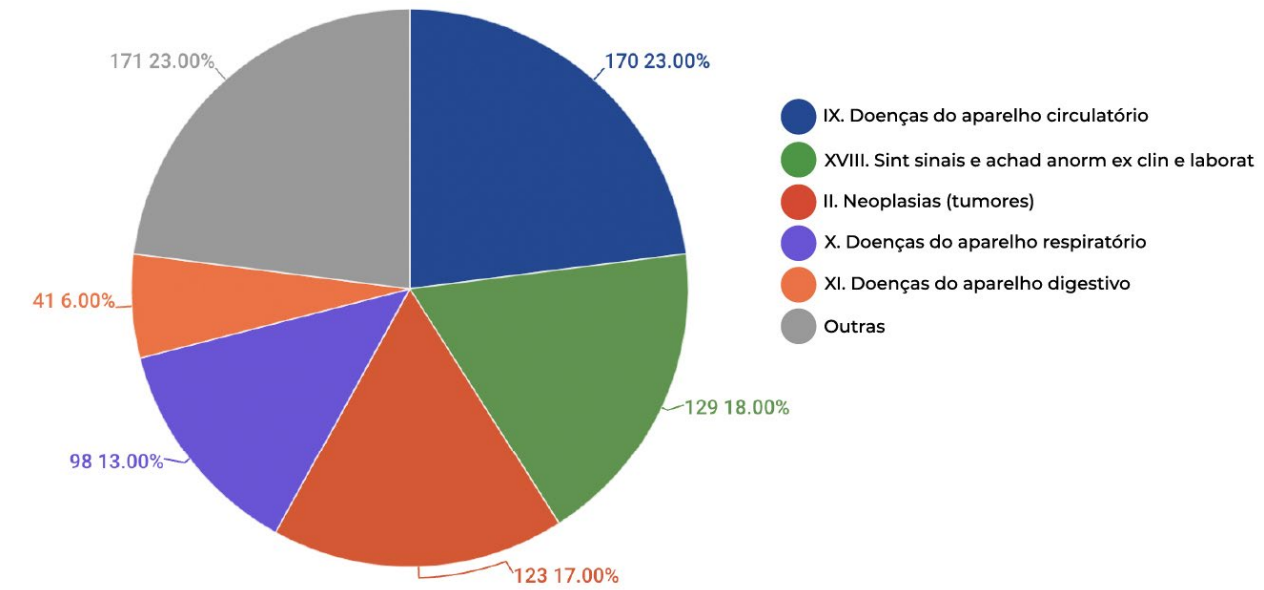


Gráfico 12 – Óbitos por Cap. CID 10 – Residentes de Rio Claro e sexo masculino – 2019



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Gráfico 13 – Óbitos por Cap. CID 10 – Residentes de Rio Claro e sexo feminino- 2019



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Na **Tabela 17** a seguir, podemos analisar as principais causas de mortalidade no ano de 2019 por faixa etária e capítulo CID-10. Foram utilizadas cores para destacar a principal causa do Capítulo CID-10 de mortalidade por faixa etária, facilitando a identificação visual das 3 principais causas daquele ano.

As cores utilizadas foram as seguintes:

1. **Principal causa naquela faixa etária**
2. **Segunda Principal causa naquela faixa etária**
3. **Terceira Principal causa naquela faixa etária**

Nas faixas etárias de 15-19 anos, 20-29 anos e 30-39 anos, destaca-se o Capítulo XX - Causas externas de morbidade e mortalidade como a principal causa de mortalidade, revelando a necessidade de elaborar políticas sociais e econômicas interssetoriais para que essa causa não predomine como determinante da condição de saúde e a conseqüente diminuição da mortalidade nessa faixa etária extensa de 15 até 39 anos, de jovem a adulto.

Já nas faixas etárias 60-69 anos, 70-79 anos e 80 anos e mais, destaca-se o Capítulo IX. Doenças do aparelho circulatório como a principal causa de mortalidade, onde podemos observar a necessidade de ações de promoção da saúde, bem como de aperfeiçoamento da linha de cuidado cardiológico para que possamos minimizar os óbitos por essa causa nessas faixas etárias.

É surpreendente que nas faixas etárias 40-49 anos e 50-59 anos, a principal causa de mortalidade seja o Capítulo II. Neoplasias (tumores). Estes dados apontam para a necessidade urgente de ampliar ações relacionadas ao rastreamento e detecção precoce dos casos de neoplasias (tumores) para que possamos reduzir a mortalidade por essa causa entre adultos e também entre idosos.

Outro aspecto relevante são as causas mal definidas estabelecidas pelo Capítulo XVIII que sugerem a necessidade de melhorar e qualificar os serviços relacionados à Declaração de Óbitos, bem como a necessidade de aperfeiçoar o registro com os dados adequados para que possa ser realizado um planejamento efetivo no âmbito da saúde pública. Essas causas mal definidas (Capítulo XVIII da CID-10) prevalece como a segunda principal causa de mortalidade nas faixas etárias de 20-29 anos e na faixa etária de 80 anos ou mais.

Cabe ainda um destaque para o Capítulo X. Doenças do aparelho respiratório que aparece como a 3ª principal causa nas faixas etárias de 20-29 anos, 50-59 anos e 80 anos ou mais, sendo uma causa importante e que merece ser observada para que possam ser elaboradas estratégias que contribuam para a progressiva diminuição da mortalidade nessas faixas etárias que representam respectivamente, 7,4%, 11% e 18,4% do total de mortes de cada um destes grupos etários.

Tabela 17 – Causas de mortalidade de residentes em Rio Claro por Capítulo CID 10 e faixa etária – números absolutos de mortalidade (2019).

Causa (Cap CID10)	<01a	01-04a	05-09a	15-19a	20-29a	30-39a	40-49a	50-59a	60-69a	70-79a	80 e+	Ign	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	-	-	2	-	2	7	8	8	4	17	-	49
II. Neoplasias (tumores)	-	-	1	-	2	5	18	42	76	76	48	-	268
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	-	-	-	-	1	2	-	1	2	4	-	10
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	1	-	-	-	-	2	7	14	15	21	-	60
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	1	-	1	1	3	-	1	2	-	9
VI. Doenças do sistema nervoso	-	1	2	-	1	3	-	-	6	17	41	-	71
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	1	-	-	2	8	15	30	98	84	135	-	373
X. Doenças do aparelho respiratório	-	-	1	-	2	4	6	18	27	43	99	-	200
XI. Doenças do aparelho digestivo	-	-	-	-	1	2	6	16	13	18	23	-	79
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	-	4
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	-	1	3	-	-	1	-	3	-	8
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	-	-	1	1	6	10	8	30	-	56
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clin e laborat	2	-	-	-	5	6	8	18	37	55	108	1	240
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	2	12	20	16	16	7	7	6	-	86
Total	23	4	4	5	27	56	82	164	299	331	539	1	1535

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

1.2.2.3. Mortalidade por acidentes e violências (Causas Externas)

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

Na **Tabela 18** abaixo, período de 2015 a 2019, podemos verificar a quantidade total de “causas externas” por ano no município de Rio Claro, além dos números detalhados das causas separadamente (homicídios, suicídios, acidentes de Transporte, Afogamentos, Quedas, Queimaduras e demais causas externas) e o impacto de cada tipo por ano.

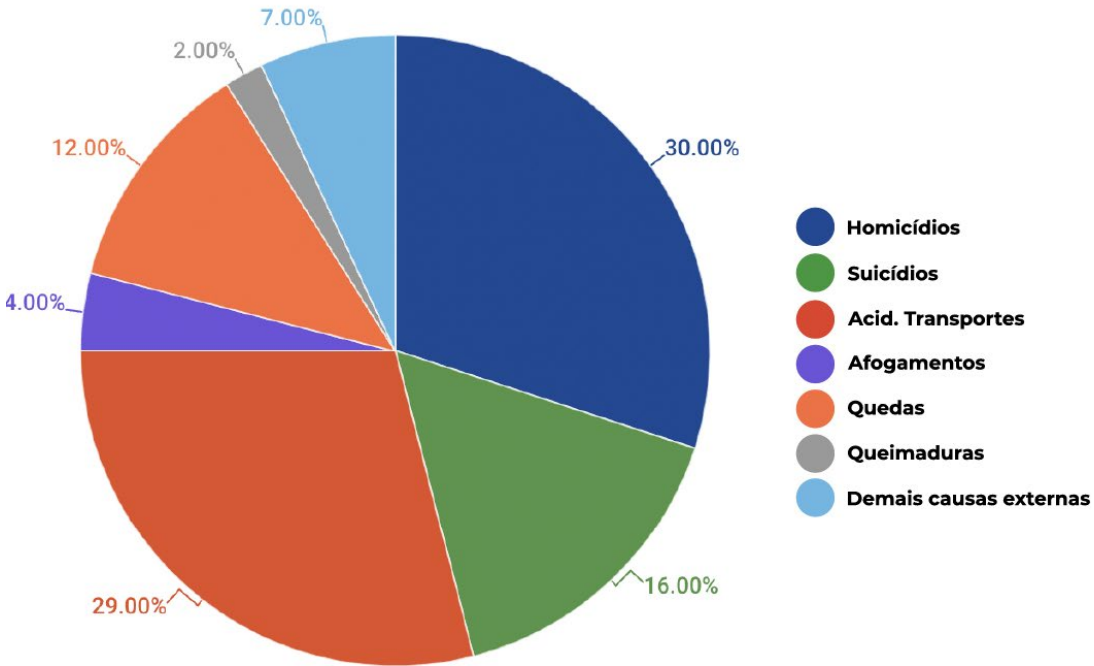
Tabela 18 – Óbitos por “causas externas” (homicídios, suicídios, acidentes de transportes, afogamentos, quedas, queimaduras e demais causas externas) e por ano de óbito (números absolutos), no município de Rio Claro (2015-2019).

ANO	Homicídios	Suicídios	Acid. Transportes	Afogamentos	Quedas	Queimaduras	Demais causas externas	Total de óbitos de causas externas
2015	24	12	30	1	4	1	3	75
2016	38	20	25	1	10	3	2	99
2017	26	12	25	2	11	3	3	82
2018	30	13	27	7	8	1	9	95
2019	18	15	24	3	16	1	9	86
TOTAL	136	72	131	14	49	9	26	

Fonte: Base Unificada de Óbitos – SESSP/FSEADE.

Os tipos de “causa externa” no período de 2015 a 2019 podem ser analisados no **Gráfico 14** onde observaremos o impacto dos homicídios, dos suicídios, dos acidentes de Transporte, dos Afogamentos, das Quedas, das Queimaduras e das demais causas externas.

Gráfico 14 – (%) Percentual de Óbitos por “causas externas” (homicídios, suicídios, acidentes de transportes, afogamentos, quedas, queimaduras e demais causas externas), no município de Rio Claro (2015-2019).



Considerando todo o período de 2015 a 2019 a principal “causa externa” são os homicídios, seguido pelos acidentes de transporte e em terceiro, os suicídios. Somente em 2019, os acidentes de transportes ocuparam a principal “causa externa” de óbito no município.

Em relação ao suicídio, considerando o período (2015-2019), o ano de 2016 foi o de maior prevalência com 20 (vinte) suicídios.

Os acidentes e violências são agravos à saúde que respondem por elevadas taxas de morbimortalidade como podemos observar nos dados do nosso município. Possuem múltiplos fatores determinantes o que requer, para seu enfrentamento, um esforço integrado de setores da saúde, assistência social, segurança pública, justiça, entre outros, pois apresenta forte relação com aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos. Os acidentes de trânsito, os homicídios e os suicídios respondem, em conjunto, por cerca de dois terços dos óbitos por causas externas, assim como na nossa cidade, também no Brasil. As taxas são consideravelmente mais altas na população de adultos jovens, principalmente do sexo masculino, como podemos observar nos dados.

As causas externas oneram o sistema de saúde, tanto na urgência como na reabilitação, exigindo tratamentos complexos e custosos da rede de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, sem contar o ônus social agregado.

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

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

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

1.2.2.4. Mortalidade – Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

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

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

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

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

Na **Tabela 19** podem ser observados os óbitos das doenças crônicas não transmissíveis e das causas evitáveis, no âmbito do município de Rio Claro/SP, no período de 2016 a 2019 em relação aos óbitos totais e revela as causas denominadas evitáveis e as DCNT dos adultos de 05 a 74 anos.

Tabela 19 – Óbitos por causas evitáveis de 05 a 74 anos, por residência e por causas evitáveis – doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

ANO	Óbitos DCNT e causas evitáveis	Total de óbitos	% DCNT e causas evitáveis
2016	374	1.525	24,54
2017	368	1.497	24,58
2018	338	1.543	21,91
2019	358	1.535	23,32

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

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

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

1.2.2.5. Mortalidade – acidentes de trabalho fatais

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

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

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

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

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

Os dados do nosso município podem ser verificados na **Tabela 20** que inclui os acidentes de trabalho fatais com o número absoluto de óbitos para o período considerado. Destaca-se porém que há subnotificação nesses dados, pois não estão incluídos servidores públicos de regime estatutário ou trabalhadores informais.

Tabela 20 – Óbitos por causas externas e acidente de Trabalho

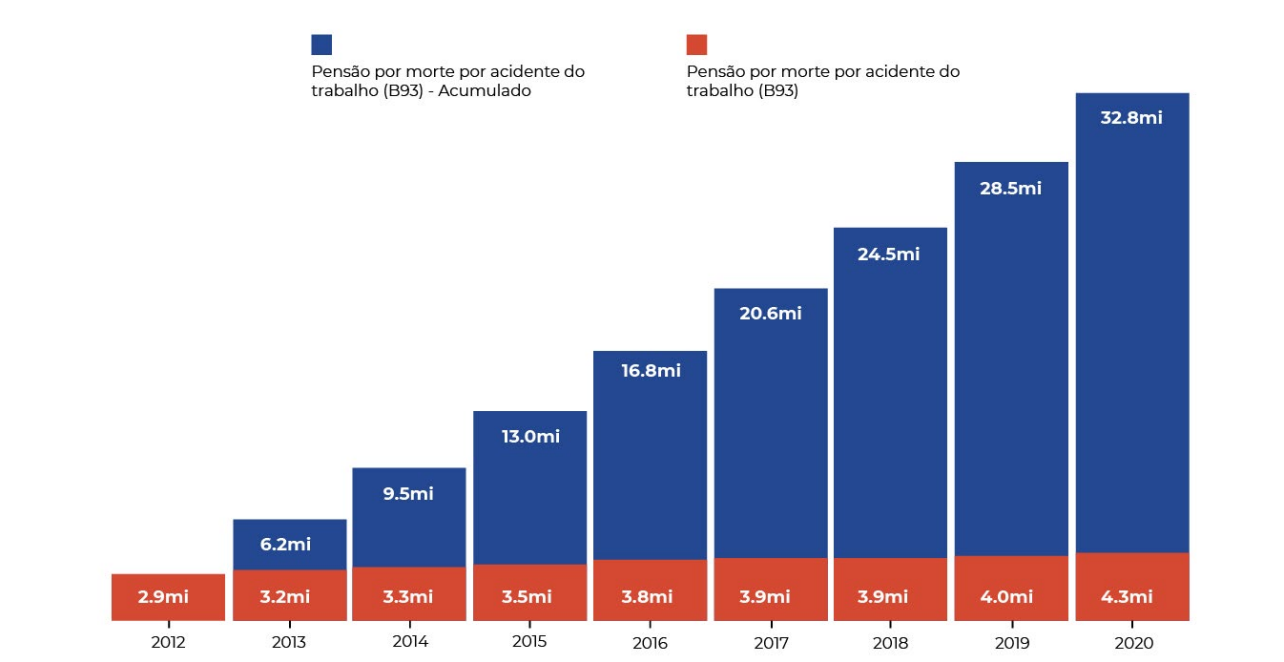
Ano	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
	3	4	2	5	2	16

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Para se ter uma idéia do impacto social e financeiro dos óbitos por acidente de trabalho, no **Gráfico 15** apresentamos o impacto econômico sobre a previdência para o pagamento da pensão por morte somente no município de Rio Claro. É possível ver o valor pago a cada ano, bem como o acumulado no período concedido. Nossa cidade ocupa a 34ª posição no Estado de São Paulo revelando uma grande despesa na previdência social.



Gráfico 15 – Despesa Previdenciária - Pensão por morte por acidente do trabalho (B93)** (2012-2020).



Fonte: Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)

** Código B93 do INSS é a Pensão por Morte por Acidente de Trabalho. É o benefício concedido aos dependentes do segurado que falece em conseqüência de acidente do trabalho.

1.2.2.6. Mortalidade Infantil

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

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

Para fazermos uma análise detalhada desse indicador e dos números relacionados que geraram as Taxas de Mortalidade (óbitos e nascidos vivos) preparamos a **Tabela 21** que possibilita integrar os números e assim gerar as Taxas de Mortalidade Neonatal, Taxa de Mortalidade Pós Neonatal e a Taxa de Mortalidade Infantil.

Tabela 21 - Óbitos de menores de um ano, nascidos vivos e Taxa de Mortalidade Infantil, Pós-neonatal e Neonatal de Rio Claro/SP de 2015 a 2019.

Indicador/ANO	2015	2016	2017	2018	2019	% variação 2019-2015
Óbitos até 27 dias	14	23	13	13	19	35,71
Óbitos de 28 dias até 1 ano	4	5	15	1	4	0,00
Total de óbitos de < um ano	18	28	28	14	23	27,78
Nascidos vivos	2575	2437	2371	2492	2522	-2,06
Taxa de mortalidade neonatal	5,4	9,4	5,5	5,2	7,5	38,57
Taxa de mortalidade pós neonatal	1,55	2,1	6,3	0,4	1,59	2,10
Taxa de mortalidade infantil	7,0	11,5	11,8	5,6	9,1	30,46

Fonte: MS/SVS/SINASC/SIM

A mortalidade por faixa etária nesse período verificado revela que a preponderância dos óbitos é das crianças de 0 (zero) até 27 (vinte e sete) dias. Mas fazendo uma estratificação mais detalhada, verificamos na **Tabela 22** que a maioria concentra-se na faixa etária de até 6 (seis) dias, representando cerca de 55,86%, mais da metade nessa faixa etária de até 6 (seis) dias.

Tabela 22 – Óbitos infantis por faixa etária e ano do óbito (2015-2019)

Faixa etária	2015	2016	2017	2018	2019	Total	%
0 a 6 dias	11	18	10	8	15	62	55,86
7 a 27 dias	3	5	3	5	4	20	18,02
28 a 364 dias	4	5	15	1	4	29	26,13
Total	18	28	28	14	23	111	100,00

Fonte: MS/SVS/SINASC/SIM

Os óbitos infantis têm como as principais causas, no período de 2015 a 2019, de acordo com o CID-10, na sua maioria, o capítulo XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal com 63,06%, seguida das causas pelo Capítulo XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas com 21,62%.

A mortalidade separada por sexo revela a preponderância dos óbitos do sexo masculino. Podemos verificar na Tabela 23 que os óbitos no período de 2015 a 2019 são 64% do sexo masculino e 46% do sexo feminino. No ano de 2015, de forma atípica, os óbitos femininos foram maiores do que os masculinos.

Tabela 23 – Óbitos infantis por sexo e ano do óbito (2015-2019)

Sexo	2015	2016	2017	2018	2019	Total
MASCULINO	8	17	16	8	15	64
FEMININO	10	10	12	6	8	46
IGNORADO	-	1	-	-	-	1
Total	18	28	28	14	23	111

1.2.2.7. Mortalidade Feminina

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

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

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

Para fazermos uma análise detalhada do perfil da mortalidade feminina, tanto da mortalidade materna, quando da mortalidade de mulher em idade fértil, elaboramos a **Tabela 24** com os óbitos de mulheres em idade fértil, óbitos maternos por ano do óbito no período de 2015 a 2019.

Tabela 24 - Óbitos de mulheres em idade fértil(MIF) e óbitos maternos (MM) por ano do óbito de Rio Claro/SP (2015-2019)

ANO	ÓBITOS MIF	ÓBITOS MM
2015	58	1
2016	49	0
2017	46	0
2018	55	1
2019	61	1
Total	269	3

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Nos anos de 2016 e 2017 não tivemos nenhuma morte materna. Mas, tanto em 2018, quanto em 2019 voltamos a registrar 1 (uma) morte materna.

Em Rio Claro, nesse período de 2015 a 2019, as principais causas de óbito em mulheres em idade fértil são as neoplasias (23,05%), doenças do aparelho circulatório (14,87%), algumas doenças infecciosas e parasitárias (11,90%) e por fim as causas externas de morbidade e mortalidade (11,52%).

No caso dos óbitos de mulheres em idade fértil podemos verificar que a faixa etária de 40 a 49 é quase que o dobro da segunda faixa etária de 30 a 39 anos. Para observarmos com mais detalhes, elaboramos a **Tabela 25** com os óbitos de mulheres em idade fértil, os óbitos maternos por ano do óbito e por faixa etária da mulher, no período de 2015 a 2019.

Tabela 25 - Óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) e óbitos maternos (MM) por ano do óbito e por faixa etária da mulher da cidade de Rio Claro/SP (2015-2019)

Faixa etária	Óbitos de mulheres em idade fértil	%MIF	Óbitos maternos	%MM
10 a 14 anos	4	1,49	-	
15 a 19 anos	12	4,46	-	
20 a 29 anos	30	11,15	1	33,3
30 a 39 anos	76	28,25	2	66,7
40 a 49 anos	147	54,65	-	
Total	269	100,00	3	100

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

1.2.3. Morbidade

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

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

1.2.3.1. Morbidade Hospitalar

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

É fundamental avaliar os dados das internações hospitalares com o motivo das internações hospitalares pelo capítulo da CID-10 no decorrer dos anos, permitindo dessa forma analisar uma situação existente e podendo prever ações para diminuir as internações e

possibilitando identificar os problemas de saúde da população nas faixas etárias e pelo sexo, além de prever tendências futuras.

Na **Tabela 26** apresentamos um retrato da Morbidade Hospitalar do SUS por local de residência e as internações por Capítulo CID-10 e ano de processamento.

Tabela 26 - Internações residentes em Rio Claro por Capítulo CID 10 e ano de Internação– 2015 a 2020

Capítulo CID-10	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	206	214	245	299	309	795	2068
II. Neoplasias (tumores)	613	611	586	655	758	645	3868
III. Doenças sangue órgãos hemat e transtímunitár	36	37	14	46	41	45	219
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	76	91	71	77	131	77	523
V. Transtornos mentais e comportamentais	83	85	82	113	119	43	525
VI. Doenças do sistema nervoso	102	93	91	147	95	84	612
VII. Doenças do olho e anexos	33	42	31	68	106	115	395
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	5	8	1	7	5	2	28
IX. Doenças do aparelho circulatório	607	601	614	1313	739	700	4574
X. Doenças do aparelho respiratório	284	257	305	490	591	405	2332
XI. Doenças do aparelho digestivo	497	411	445	708	747	517	3325
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	59	67	50	62	68	76	382
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	172	137	147	161	199	108	924
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	343	350	359	497	428	343	2320
XV. Gravidez parto e puerpério	1590	1676	1643	1702	1658	1512	9781
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	137	140	157	163	191	141	929
XVII. Malfcongdeformid e anomalias cromossômicas	64	66	87	70	61	37	385
XVIII. Sint sinais e achadanormexclín e laborat	42	53	35	26	31	40	227
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	559	664	663	796	777	775	4234
XXI. Contatos com serviços de saúde	213	223	243	221	178	178	1256
TOTAL	5721	5826	5869	7621	7232	6638	38907

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Como o ano de 2020 foi bastante atípico com a emergência de saúde pública da COVID-19, optamos por detalhar o ano de 2019 para que possamos ter um cenário mais real, frente à quantidade de causas de internações e um retrato melhor da morbidade hospitalar.

Na **Tabela 27** estaremos somando as quantidades por Capítulo CID-10 e assim teremos as causas principais de internações de 2015 a 2019.

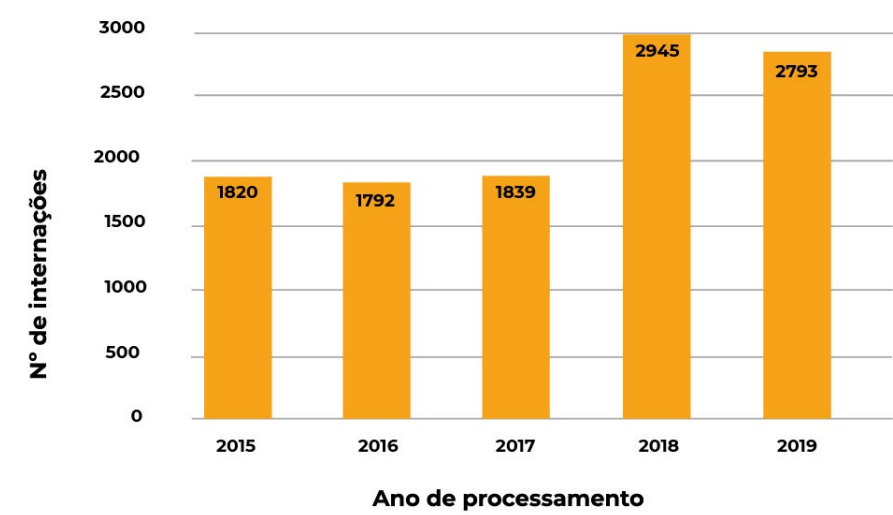
Tabela 27–Principais Causas de Internações residentes em Rio Claro por Capítulo CID 10 – Quantidade total de Internações e Percentual (2015 a 2019)

Capítulo CID-10	TOTAL
XV. Gravidez parto e puerpério	8269
IX. Doenças do aparelho circulatório	3874
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	3459
II. Neoplasias (tumores)	3223
XI. Doenças do aparelho digestivo	2808
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1977
X. Doenças do aparelho respiratório	1927
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1273
XXI. Contatos com serviços de saúde	1078
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	816
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	788
VI. Doenças do sistema nervoso	528
V. Transtornos mentais e comportamentais	482
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	446
XVII. Malfcongdeformid e anomalias cromossômicas	348
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	306
VII. Doenças do olho e anexos	280
XVIII. Sint sinais e achadanormexclín e laborat	187
III. Doença sangue órgãos hemat e transtimunitár	174
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	26
TOTAL	32.269

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

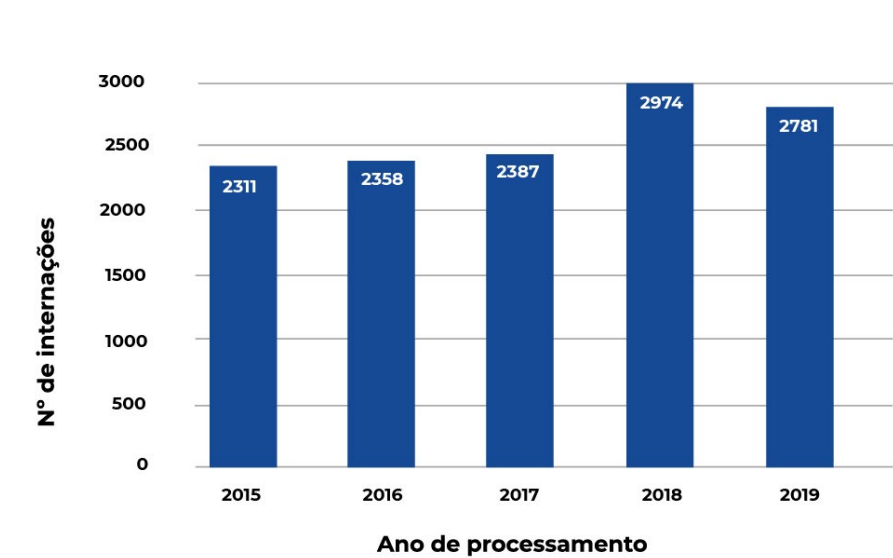
Nos **Gráficos 16 e 17** apresentamos a causas de internações por Capítulo CID-10 e por sexo (masculino e feminino).

Gráfico 16 – Morbidade Hospitalar - Feminino (2015-2019) (total)*



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Gráfico 17 – Morbidade Hospitalar - Masculino (2015-2019) (total)



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Observamos que a diferença da morbidade hospitalar por sexo fica bem evidenciada.

Enquanto para o sexo masculino as principais causas de internações são (por ordem de quantidade de internações): Capítulo XIX - Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas, Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório, Capítulo II - Neoplasmas [tumores], Capítulo XI - Doenças do aparelho digestivo e Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório. Para o sexo feminino, excluindo a Gravidez, Parto e Puerpério, as principais causas de internações são (por ordem de quantidade de internações): Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório, Capítulo II- Neoplasmas [tumores], Capítulo XI - Doenças do aparelho digestivo, Capítulo XI - Doenças do aparelho digestivo e Capítulo XIX - Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas, conforme a **figura 02** abaixo:

Internações por Capítulo CID-10



Ordem de Causa	Capítulo CID-10	Percentual (%)
1	XV. Gravidez parto e puerpério	42,28
2	IX. Doenças do aparelho circulatório	10,04
3	II. Neoplasias (tumores)	8,57
4	XI. Doenças do aparelho digestivo	6,64
5	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	6,01
6	XIV. Doenças do aparelho geniturinário	5,36
7	X. Doenças do aparelho respiratório	4,50
8	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2,70



Ordem de Causa	Capítulo CID-10	Percentual (%)
1	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	16,90
2	IX. Doenças do aparelho circulatório	14,54
3	II. Neoplasias (tumores)	11,86
4	XI. Doenças do aparelho digestivo	11,51
5	X. Doenças do aparelho respiratório	8,04
6	XIV. Doenças do aparelho geniturinário	7,10
7	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5,90
8	V. Transtornos mentais e comportamentais	4,80

1.2.3.2. Morbidade Hospitalar - Internação por Faixa etária

Na **Tabela 28** podemos verificar a quantidade de internações hospitalares por capítulo CID-10 e por faixa etária, no período de 2015 a 2019. Como o ano de 2020 foi bastante atípico por conta da emergência de saúde pública da COVID-19, optamos por detalhar até o ano de 2019 para que possamos ter um cenário mais real, frente a quantidade de causas de internações e um retrato melhor da morbidade hospitalar.

Utilizamos cores para que possa ser destacada a faixa etária principal do Capítulo CID-10 de causa de internação. Essa forma de destaque permite que possa ser identificada a principal faixa etária daquela causa, a segunda faixa etária e a terceira faixa etária daquela causa.

As cores utilizadas foram as seguintes:

1. Principal causa de internação da faixa etária
2. Segunda Principal causa de internação da faixa etária
3. Terceira Principal causa de internação da faixa etária

Outro aspecto adotado para a organização da **Tabela 28** é a ordem por quantidade total de internações por Capítulo CID-10 do maior para o menor, ou seja, do procedimento mais utilizado para o menos utilizado.

Ao final, totalizamos as faixas etárias e excluímos o Capítulo XV – Gravidez e Puerpério, para que possa ser analisada qual é a principal faixa etária da maior causa de internação. Tirando o Capítulo XV relacionado à gravidez e puerpério, a faixa etária com mais internações hospitalares é a de 60 a 64 anos.

A análise dessa tabela possibilita uma avaliação das causas de internações hospitalares relacionadas à faixa etária. Dessa forma, podemos direcionar as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde.



Tabela 28 – Causas de Internações de residentes em Rio Claro por Capítulo CID 10 e faixa etária – números absolutos de internações (2015 a 2019).

Capítulo CID-10	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 24 anos	25 a 29 anos
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	1	78	1605	2556	1905
IX. Doenças do aparelho circulatório	17	6	6	7	22	21	49
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	12	68	89	76	259	349	305
II. Neoplasias (tumores)	5	58	73	87	80	30	36
XI. Doenças do aparelho digestivo	67	75	112	118	118	144	143
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	21	39	104	62	140	132	148
X. Doenças do aparelho respiratório	373	322	226	62	59	64	41
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	201	43	41	20	23	44	41
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	7	31	13	22	49	200
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1	7	11	19	37	25	34
XVI. Algumas afec originadas no periodo perinatal	766	-	-	-	1	7	7
VI. Doenças do sistema nervoso	26	23	28	16	19	34	19
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	9	41	55	44
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	21	6	4	8	5	12	27
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	152	62	30	21	24	12	8
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	13	29	26	17	15	22	9
VII. Doenças do olho e anexos	4	1	6	4	2	2	3
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clin e laborat	5	3	4	1	10	9	11
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	14	21	9	6	2	19	6
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	9	5	1	2	2	2
Total	1699	779	806	625	2486	3588	3038
Total sem capítulo XV	1699	779	805	547	881	1032	1133

1. Principal causa de internação da faixa etária
2. Segunda Principal causa de internação da faixa etária
3. Terceira Principal causa de internação da faixa etária

30 a 34 anos	35 a 39 anos	40 a 44 anos	45 a 49 anos	50 a 54 anos	55 a 59 anos	60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 a 74 anos	75 a 79 anos	80 anos e mais	Total
1198	690	222	13	-	1	-	-	-	-	-	8269
81	155	205	321	411	512	601	519	384	275	282	3874
297	287	247	244	225	246	202	153	104	112	184	3459
67	129	182	176	350	348	384	445	338	197	238	3223
150	177	176	241	264	264	215	182	152	95	115	2808
122	115	128	145	150	171	144	157	76	63	60	1977
48	52	45	74	67	82	94	82	78	60	98	1927
54	44	42	84	72	75	115	104	93	67	110	1273
241	212	117	71	29	29	25	20	8	3	1	1078
54	63	54	75	99	93	89	72	54	21	8	816
5	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	788
25	32	27	48	53	49	56	32	15	16	10	528
88	59	73	40	32	24	11	5	-	1	-	482
40	40	45	37	41	45	43	29	11	15	17	446
6	4	3	3	3	3	4	4	2	4	3	348
20	16	15	18	21	20	17	22	15	9	2	306
6	6	14	12	16	28	40	37	39	35	25	280
9	13	8	23	15	22	18	14	11	5	6	187
9	7	8	5	13	6	7	13	6	10	13	174
1	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	26
2521	2102	1613	1631	1861	2019	2065	1890	1386	988	1172	32269
1323	1412	1391	1618	1861	2018	2065	1890	1386	988	1172	24000

1.2.3.3. Morbidade Hospitalar - Internação por Condições Sensíveis à Atenção Básica – ICSAB no SUS

Dentro da morbidade hospitalar destacamos as internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) que revela o impacto das ações de atenção básica nas morbidades e internações no SUS. Esse indicador permite avaliar, de fato, a qualidade e a resolutividade da atenção primária em saúde do município, embora as internações representem apenas uma pequena parcela dos eventos e procedimentos em saúde, seu custo e a gravidade justifica o seu acompanhamento dos perfis de morbidade de internação do SUS e assim, podem auxiliar os gestores e os trabalhadores da saúde ao adequado planejamento, tanto da rede hospitalar quanto ambulatorial.

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

Na **Tabela 29** apresentamos as internações por causas sensíveis à Atenção Básica de 2015 a 2019.

Tabela 29 – Internações de Causas Sensíveis à Atenção Básica de residentes em Rio Claro – Quantidade total de Internações por CSAB em relação ao total de internações e o percentual por ano por CSAB(2015 a 2019).

Ano	Internações por CSAB	Total de internações	% internações por CSAB
2015	545	5672	9,61
2016	481	5752	8,36
2017	431	5813	7,41
2018	607	7558	8,03
2019	575	7169	8,02
Total	2639	31964	8,26

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH-SUS/DATASUS/MS

As internações por causas sensíveis à Atenção Básica podem ser verificadas na **Tabela 30** à seguir.

Tabela 30 – Internações de Causas Sensíveis à Atenção Básica de residentes em Rio Claro – Quantidade total por causa de Internações por CSAB no período de 2015 a 2019 (10 principais causas).

Causa Sensíveis Atenção Básica	Total do Período de 2015 a 2019
12. Doenças cerebrovasculares	454
11. Insuficiência cardíaca	344
15. Infecção no rim e trato urinário	302
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	278
10. Angina	275
8. Doenças pulmonares	199
13. Diabetes melitus	181
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	112
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	82
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	79

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH-SUS/DATASUS/MS

As ICSAB em 2020 tiveram uma alteração em relação as 10 (dez) principais causas. Mantiveram-se nas 3 (três) principais causas as mesmas do período de 2015 a 2019, mas a causa de Diabetes melitus se tornou a 4ª causa e Doença pulmonar passou para a 5ª causa. E, outro destaque, as doenças relacionadas ao pré-natal e ao parto passaram da 4ª causa para a 7ª causa em 2020, enquanto as epilepsias saltaram para a 10ª causa em 2020. As internações por causas sensíveis à Atenção Básica de 2020 podem ser verificadas na **Tabela 31** à seguir.

Tabela 31 – Internações de Causas Sensíveis à Atenção Básica de residentes em Rio Claro – Quantidade total por causa de Internações por CSAB exclusivamente no ano de 2020(10 principais causas).

Causa Sensíveis Atenção Básica	Somente 2020
12. Doenças cerebrovasculares	117
11. Insuficiência cardíaca	95
15. Infecção no rim e trato urinário	81
13. Diabetes melitus	51
8. Doenças pulmonares	34
10. Angina	30
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	29
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	22
18. Úlcera gastrointestinal	22
14. Epilepsias	12

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH-SUS/DATASUS/MS

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

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

Como o ano de 2020 foi bastante atípico, com a emergência de saúde pública da COVID-19, optamos por excluir a COVID-19 desse contexto e desse capítulo para que possamos analisar as demais doenças endêmicas, epidêmicas e que tenham relevância para a saúde pública.

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

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

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

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

A) Dengue, Febre Chikungunya, ZikaVirus e Febre Amarela

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

Diversos fatores contribuem para a rápida expansão do mosquito Aedes aegypti no Município de Rio Claro, destacando-se o acelerado processo de urbanização, o depósito de lixo em locais não regulamentados (ecopontos), a produção excessiva de materiais não biodegradáveis como descartáveis de plástico, vidro, reservatórios não ligados à

rede, e outros. Associam-se a esse processo as mudanças climáticas que estão alterando sensivelmente o regime de chuvas e temperatura, e as condições ambientais com disponibilidade de reservatórios para o vetor.

A Dengue apresenta ciclos endêmicos e epidêmicos, com epidemias explosivas ocorrendo a cada 4 ou 5 anos. Desde a introdução do vírus da Dengue no país (1981) mais de sete milhões de casos já foram notificados. Nos últimos dez anos, têm-se observado, além do elevado número de casos, o aumento da gravidade da doença e, conseqüentemente, de hospitalizações (FIOCRUZ, 2021).

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

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

Na **Tabela 32** podemos verificar a quantidade de notificações de casos de Dengue por ano, sem especificação do sorotipo e com a respectiva evolução.

No ano de 2015 o município de Rio Claro passou por um grave surto, o maior que se tem registrado. Após o surto, a circulação do vírus da Dengue continuou sem a interrupção, como pode ser observado na **Tabela 32**. Destaca-se que a taxa de letalidade em 2019 e 2020 foi alta, pois mesmo com menos de 2.000 casos ocorreram óbitos.

Tabela 32 – Notificações de Dengue registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Casos Prováveis por ano de notificação e evolução no município de Rio Claro (2014-2020)(incluindo registros notificados).

Ano notificação	Ign/Branco	Cura	Óbito pelo agravo notificado	Óbito por outra causa	TOTAL
2014	16	646	-	-	662
2015	185	21464	7	4	21660
2016	11	95	-	-	106
2017	-	17	-	-	17
2018	2	26	-	-	28
2019	193	1214	1	-	1408
2020	12	1164	1	2	1179
TOTAL	419	24626	9	6	25060

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Na **Tabela 33** podemos verificar a quantidade de notificações de casos de ZikaVírus por ano, os casos agravados e a respectiva evolução.

Tabela 33 – Notificações de Zika Vírus registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Casos Prováveis por ano de notificação e evolução no município de Rio Claro (2016-2020) (incluindo registros notificados).

Ano notificação	Ign/Branco	Cura	Óbito pelo agravo notificado	Óbito por outra causa	TOTAL
2016	-	16	-	-	16
2017	1	49	-	-	50
2018	-	45	-	1	46
2019	2	60	-	-	62
2020	-	100	-	-	100
TOTAL	3	270	0	1	274

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

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

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

Na **Tabela 34** podemos verificar a quantidade de notificações de casos de Febre Chikungunya por ano e os casos agravados com a evolução dos casos.

Tabela 34 – Notificações de Febre Chikungunya registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Casos Prováveis por ano de notificação e evolução no município de Rio Claro (2016-2020) (incluindo registros notificados).

Ano notificação	Ign/Branco	Cura	Óbito pelo agravo notificado	Óbito por outra causa	TOTAL
2016	-	1	-	-	1
2017	6	86	-	-	92
2018	5	82	-	2	89
2019	8	110	-	1	119
2020	-	123	-	-	123
TOTAL	19	402	0	3	424

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

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

De acordo com a Vigilância Epidemiológica Municipal temos 26 (vinte e seis) casos confirmados no período de 2015 a 2020 da Febre Chikungunya.

B) Roedores - Leptospirose

Em relação à Leptospirose, conforme informações da Vigilância Epidemiológica Municipal, temos 9 (nove) casos confirmados no período de 2016 a 2020 da leptospirose. Os ratos e os camundongos, pertencem à subordem Sciurognathi, família Muridae, subfamília Murinae; são considerados sinantrópicos por associarem-se ao homem em virtude de terem seus ambientes prejudicados pela ação do próprio homem (FIOCRUZ, 2021).

Durante as enchentes, a urina dos ratos, presente nos esgotos e bueiros, mistura-se à enxurrada e à lama. Qualquer pessoa que tiver contato prolongado com a água ou a lama pode infectar-se. As leptospirosas penetram no corpo pela pele, principalmente por arranhões ou ferimentos, e também com a pele íntegra, imersa por longos períodos na água ou lama contaminada. O contato com esgotos, lagoas, rios e terrenos baldios também podem propiciar a infecção(FIOCRUZ, 2021).

Outras modalidades de transmissão possíveis, porém com menor frequência, são contato com sangue, tecidos e órgãos de animais infectados, transmissão acidental em laboratórios e ingestão de água ou alimentos contaminados (FIOCRUZ, 2021).

No Brasil, a leptospirose é uma doença endêmica, tornando-se epidêmica em períodos chuvosos, principalmente nas capitais e áreas metropolitanas, devido às enchentes associadas à aglomeração populacional de baixa renda, às condições inadequadas de saneamento e à alta infestação de roedores infectados. Algumas profissões facilitam



o contato com as leptospirosas, como trabalhadores em limpeza e desentupimento de esgotos, garis, catadores de lixo, agricultores, veterinários, tratadores de animais, pescadores, militares e bombeiros, dentre outros. Contudo, a maior parte dos casos ainda ocorre entre pessoas que habitam ou trabalham em locais com infraestrutura sanitária inadequada e expostos à urina de roedores. Existem registros de leptospirose em todas as unidades da federação, com um maior número de casos nas regiões sul e sudeste (FIOCRUZ, 2021).

Na **Tabela 35** podemos verificar a quantidade de notificações de casos de Leptospirose por ano; os casos agravados e sua evolução.

Tabela 35 – Notificações de Leptospirose registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Casos confirmados por ano de notificação e evolução no município de Rio Claro (2016-2020) (incluindo registros notificados).

Ano notificação	Ign/Branco	Cura	Óbito pelo agravo notificado	Óbito por outra causa	TOTAL
2016	-	3	-	-	3
2017	-	1	-	-	1
2018	-	1	-	-	1
2019	-	2	-	-	2
2020	-	2	-	-	2
TOTAL	0	9	0	0	9

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

C) Leishmaniose Visceral e Leishmaniose Tegumentar Americana

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

A Leishmaniose Visceral (LV) é uma infecção zoonótica que afeta animais e o ser humano, causada por protozoário do gênero *Leishmania* sp. Ross, 1903 e transmitida por várias espécies de insetos vetores conhecidos como flebotomíneos. É uma das seis doenças endêmicas mais importantes no mundo, dada a sua incidência, alta mortalidade em indivíduos não tratados e crianças desnutridas e emergente em indivíduos portadores da infecção por HIV (SÃO PAULO (ESTADO), 2006).

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

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

No Brasil, a Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma das afecções dermatológicas que merece mais atenção, devido à sua magnitude, assim como pelo risco de ocorrência de deformidades que pode produzir no ser humano, e também pelo envolvimento psicológico, com reflexos no campo social e econômico, uma vez que, na maioria dos casos, pode ser considerada uma doença ocupacional. Apresenta ampla distribuição com registro de casos em todas as regiões brasileira (BRASIL, 2010).

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

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

De acordo com a Vigilância Epidemiológica Municipal temos 01 (um) caso confirmado de Leishmaniose Visceral (LV) em 2019 e temos 10 (dez) casos confirmados no período de 2014 a 2020 da Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA).

Na **Tabela 36** podemos verificar a quantidade de notificações de casos de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) por ano no período de 2014 a 2020.

Tabela 36 – Notificações de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Casos confirmados por ano de notificação no município de Rio Claro (2014-2020) (incluindo registros notificados).

Ano notificação	Caso confirmado de LTA	Total
2014	2	2
2015	1	1
2016	1	1
2017	1	1
2018	-	0
2019	-	0
2020	5	5
Total	10	10

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net e Vigilância Epidemiológica Municipal.

1.2.4.2. Doenças Transmissíveis

A) Tuberculose

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

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

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

A Tuberculose pode ser causada por qualquer uma das sete espécies que integram o complexo Mycobacterium tuberculosis: M. tuberculosis, M. bovis, M. africanum, M. canetti, M. microti, M. pinnipedi e M. caprae. Em saúde pública, a espécie mais importante é a M. tuberculosis, conhecida também como bacilo de Koch (BK). O M. tuberculosis é fino, ligeiramente curvo e mede de 0,5 a 3 µm. É um bacilo álcool-ácido resistente (BAAR), aeróbio, com parede celular rica em lipídios (ácidos micólicos e arabinogalactano), o que lhe confere baixa permeabilidade, reduz a efetividade da maioria dos antibióticos e facilita sua sobrevivência nos macrófagos (BRASIL, 2019).

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

Na **Tabela 37** podemos verificar a quantidade de casos confirmados no SINAN de Tuberculose com a quantidade de cura, abandono, óbitos pelo agravo, Transferência, TB-DR e Mudança no Esquema, no município de Rio Claro, no período de 2017 a 2020.

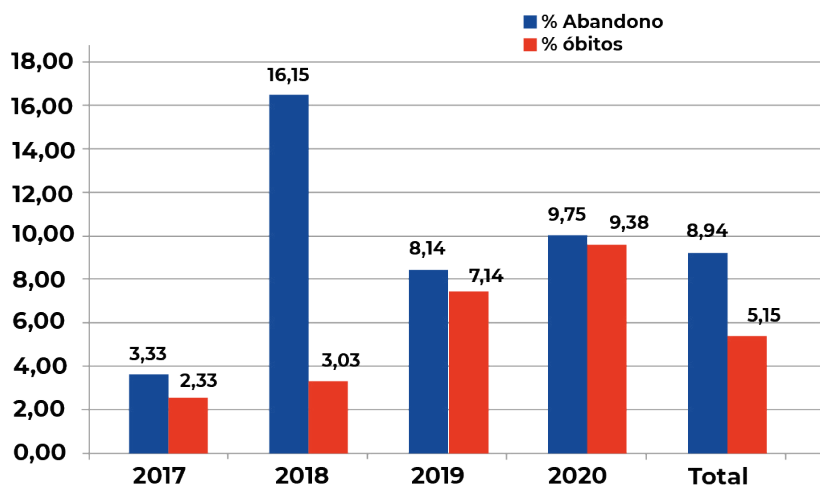
Tabela 37 – Notificações de casos de Tuberculose (TB) registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação com cura, óbitos pelo agravo e óbito por outras causas, Transferência, TB-DR (*) e Mudança no Esquema,além do Percentual de abandono e de óbito pelo agravo no município de Rio Claro (2017-2020).

Ano notificação	Ign /Branco	Cura	Abandono	Óbito pelo agravo notificado	Óbito por outra causa	Transferência	TB-DR(*)	Mudança de Esquema	Total	% Abandono	% óbitos
2017	-	43	1	1	1	-	-	-	46	3,33	2,33
2018	-	33	5	1	3	-	-	1	43	16,15	3,03
2019	-	28	2	2	2	-	-	-	34	8,14	7,14
2020	20	12	3	3	1	-	-	-	39	9,75	9,38
Total	20	116	11	7	7	0	0	1	162	8,94	5,15

(*) Tuberculose resistente à medicamentos
 Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Abaixo podemos observar, graficamente, a evolução do Percentual de Abandono dos pacientes que estavam tratando a Tuberculose e o Percentual de Óbitos por Tuberculose no período de 2017 a 2020 no município de Rio Claro.

Gráfico 18 – Percentual de Óbitos por Tuberculose e Percentual de Abandono dos Tratamentos de Tuberculose (2017-2020).



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

A cura dos casos de TB é um dos principais indicadores de controle da doença, sendo que se espera curar pelo menos 85% dos casos novos, com menos de 5% de abandono de tratamento. Essa meta somente foi atingida em 2017, nos demais anos não foram atingidas, conforme pode-se verificar na **Tabela 37** e também no **Gráfico 18**. Assim, podemos admitir a provável correlação direta entre o percentual de óbitos, relacionados à taxa de abandono, mostrando a necessidade de estratégias mais efetivas para evitar os casos de abandono.

B) HIV/Aids

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

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

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

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), considera-se que uma epidemia tem caráter concentrado quando os casos de infecção de um determinado agravo contabilizam menos de 1% na população de modo geral, ao passo que atingem ao menos 5% em grupos populacionais específicos. Ainda de acordo com a OMS, quando os casos ultrapassam a marca de 1% na sociedade como um todo, a epidemia passa a ser considerada generalizada (BRASIL, 2017b).

Na prática e com o avanço na assistência farmacêutica e do tratamento de pessoas com o HIV/AIDS a AIDS evoluiu de uma condição aguda para uma doença crônica transmissível.

Até meados dos anos de 1980, a AIDS era descrita como condição aguda, pois os sintomas manifestavam-se rapidamente, não havia tratamentos disponíveis e seu desfecho era rápido, com altas taxas de mortalidade. Os avanços no conhecimento da história natural do HIV, a possibilidade de monitorar a progressão da doença com CD4 e carga viral e o surgimento e melhorias do tratamento antirretroviral, a AIDS passa a ser uma doença tratável e clinicamente manejável. A AIDS deixou de ser uma doença aguda e a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a incluir a AIDS na categoria das doenças crônicas transmissíveis. Neste novo cenário ocorre uma diminuição da morbimortalidade pela AIDS, melhora da saúde, da qualidade de vida, da expectativa de vida, PVHA (Pessoas Vivendo com HIV/AIDS) tratados de forma otimizada tem a mesma expectativa de vida de pessoas HIV negativas e reduz substancialmente o risco da transmissão do HIV. Porém, novas questões emergiram como os efeitos colaterais do uso prolongado dos antirretrovirais como a síndrome lipodistrofica, as comorbidades, as coinfeções e o envelhecimento das PVHIV (Pessoas Vivendo com o HIV), necessitando de um cuidado integral com acompanhamento longitudinal (BRASIL, 2017a).

Na **Tabela 38** poderemos verificar a quantidade de pessoas vivendo com o HIV (PVHIV) e pessoas vivendo com AIDS e HIV (PVAH) vinculadas (pelo menos uma dispensa, CD4 ou carga viral), por ano e sexo, no município de Rio Claro, no período de 2015 a 2019.

Tabela 38 – Número de Pessoas vivendo com o HIV (PVHIV) e número de Pessoas vivendo com AIDS/HIV (PVAH) vinculadas (pelo menos uma dispensa, CD4 ou carga viral), por ano e sexo, no município de Rio Claro (2015-2019).

Ano notificação	Homens PVHIV	Mulheres PVHIV	Homens PVAH	Mulheres PVAH	Total PVHIV	Total PVAH
2015	354	213	34	27	567	61
2016	377	203	28	21	580	49
2017	377	203	21	17	580	38
2018	398	210	24	17	608	41
2019	408	219	16	13	627	29

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Elaboração Própria.

O agravamento da condição de saúde das pessoas vivendo com AIDS/HIV pode ser retratado na **Tabela 39**. Verificamos ainda a quantidade de óbitos por causa básica de AIDS e o coeficiente de mortalidade bruto por AIDS (por 100.000 hab.), por ano do óbito, no período de 2015 a 2019 no município de Rio Claro.

Tabela 39 – Quantidade de óbitos por causa básica de AIDS e o coeficiente de mortalidade bruto por AIDS (por 100.000 hab.), por ano do óbito, no município de Rio Claro (2015-2019).

Ano de notificação	Óbito pelo agravo notificado	Taxa Bruta de Óbito
2015	12	6
2016	18	8,9
2017	15	7,4
2018	12	7
2019	7	3,4
Total	64	-

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

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

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

Segundo dados da Vigilância Epidemiológica de Rio Claro, desde 2007, não há registro de AIDS em menores de 5 anos. Ou seja, não ocorreu transmissão vertical da mãe portadora do HIV para o filho.

Por outro lado, há registro de HIV em gestantes. Na **Tabela 40** pode ser verificado a quantidade de gestantes infectadas pelo HIV (casos e taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos) por ano do parto, no período de 2014 a 2019 no município de Rio Claro.

Tabela 40 – Quantidade de gestantes infectadas pelo HIV (casos e taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos) por ano do parto, no município de Rio Claro (2014-2019).

Ano do parto	HIV em gestantes	Taxa de detecção em gestantes
2014	8	3,1
2015	3	1,2
2016	6	2,5
2017	2	0,8
2018	5	2
2019	7	2,8
Total	31	-

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

A Declaração de Paris estabelecida pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) estabelece a meta de ampliação dos esforços de suas respectivas respostas nacional à epidemia de HIV/AIDS, na busca de garantir que 90% das PVHIV sejam diagnosticadas, que 90% dessas pessoas estejam em tratamento, e que 90% das pessoas em tratamento atinjam carga viral indetectável (BRASIL, 2017b).

Essa estratégia da UNAIDS foi conhecida como meta 90-90-90 e estabeleciam metas até 2020 que 73% de todas as PVHIV apresentassem supressão viral e se essa meta fosse atingida teríamos uma perspectiva para 2030 do fim epidêmico de HIV/AIDS no mundo (BRASIL, 2017b).

O Ministério da Saúde em 2013 alterou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o manejo da infecção ao HIV/AIDS em adultos, modificando o critério para o início de tratamento com a terapia antirretroviral (TARV). Essa iniciativa da utilização da terapia antirretroviral (TARV) como estratégia de prevenção do HIV expandiu o tratamento para todas as PVHIV (BRASIL, 2017b).

No Brasil, está recomendada a TARV para todas as pessoas vivendo com HIV/AIDS, independentemente do seu estágio clínico ou imunológico (BRASIL, 2019).

A instituição da TARV tem por objetivo diminuir a morbidade e mortalidade das PVHIV, melhorando sua qualidade e expectativa de vida. A TARV está indicada para toda gestante infectada pelo HIV, independentemente de critérios clínicos e imunológicos, e não deverá ser suspensa após o parto, independentemente do nível de LT-CD4+ no momento do início do tratamento (BRASIL, 2019).

Os dados da situação do tratamento utilizando a terapia antirretroviral (TARV) no nosso município podem ser verificados na **Tabela 41**. Quanto maior, melhor o engajamento do paciente e a sua adesão ao TARV teremos diminuição da carga viral e assim reduzindo a transmissão do HIV e as possibilidades do desenvolvimento de um agravamento e manifestação da AIDS.

Tabela 41 – Situação (Status) da Terapia Antirretroviral de PVHIV com o número de pessoas por status e a quantidade ao final de cada ano, inclui a Adesão e a Perda de Seguimento de TARV por ano e quantidade de pessoas, no município de Rio Claro (2014-2020).

Status da Adesão TARV/ANO	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Adesão suficiente	376	421	452	447	477	509	508
Adesão Insuficiente	62	65	57	79	76	81	102
Perda de Seguimento	32	27	36	35	36	24	29
Denominador: Total de indivíduos com pelo menos uma dispensa ao ano	470	513	545	561	589	614	639

FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

C) Sífilis

A Sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST), de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. É causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas, descoberta em 1905 (BRASIL, 2019).

No Brasil, nos últimos cinco anos, foi observado um aumento constante no número de casos de Sífilis em gestantes, Sífilis Congênita e Sífilis Adquirida. Esse aumento pode ser atribuído, em parte, à elevação nos números de testagem, decorrente da disseminação dos testes rápidos, mas também à diminuição do uso de preservativos, à redução na administração da penicilina na Atenção Básica e ao desabastecimento mundial de penicilina, entre outros (BRASIL, 2019).

A sífilis é transmitida predominantemente por via sexual e vertical. O risco dessa IST está diretamente relacionado à presença de lesões sifilíticas mucocutâneas, mais comuns no primeiro ano de infecção (fases primária e secundária) (BRASIL, 2019).

Asífilis congênita (SC) é o resultado da transmissão da espiroqueta do *Treponema pallidum* da corrente sanguínea da gestante infectada para o conceito por via transplacentária ou, ocasionalmente, por contato direto com a lesão no momento do parto (transmissão vertical). A maioria dos casos acontece porque a mãe não foi testada para sífilis durante o pré-natal ou porque recebeu tratamento não adequado para sífilis antes ou durante a gestação (BRASIL, 2019).

A transmissão vertical é passível de ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna e pode resultar em aborto, natimorto, prematuridade ou um amplo espectro de manifestações clínicas; apenas os casos muito graves são clinicamente aparentes ao nascimento (BRASIL, 2019).

A sífilis congênita é passível de prevenção quando a gestante infectada por sífilis é tratada adequadamente. A sífilis na gestação pode implicar consequências como aborto, natimorto, parto prematuro, morte neonatal e manifestações congênitas precoces ou tardias (BRASIL, 2019).



Não existe vacina contra sífilis e a infecção prévia não confere imunidade protetora. Portanto, a pessoa pode se reinfectar a cada vez que for exposta, o que justifica o rastreamento mais freqüente durante a gestação (BRASIL, 2019).

Segundo dados do Ministério da Saúde/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis podem ser observados os dados da sífilis na nossa cidade através das **Tabelas 42, 43 e 44**.

Na **Tabela 42** pode ser verificado a quantidade de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico e a taxa de detecção (por mil nascidos vivos) no município de Rio Claro, no período de 2016 a 2019.

Tabela 42 – Casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico. Rio Claro (2016-2019).

Sífilis em Gestantes	2016	2017	2018	2019
Casos	33	35	55	29
Taxa de detecção	13,5	14,8	22,1	11,6

FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Nos dados da **Tabela 42** verificamos quando foi detectado o diagnóstico da gestante com sífilis, percentualmente e a distribuição de casos de gestantes com sífilis, segundo a idade gestacional. Já a **Tabela 43** demonstra como está o processo de detecção na APS e se a detecção está sendo oportuna ou está sendo tardia.

O melhor indicador é ter menos casos de sífilis, mas o retardamento da detecção também demonstra a necessidade de verificar os protocolos e processos que vem sendo adotados para que possam melhorar a situação revelada pela **Tabela 43**, que tem como base a quantidade total de casos desse período e o percentual por idade gestacional do diagnóstico, com base na idade gestacional.

Nela, a coluna percentual (2016-2019) revela que a maioria dos casos detectados ocorreu no 1º trimestre, mas se os números de diagnóstico no 3º trimestre continuarem altos, esse percentual será alterado, conseqüentemente piorando os indicadores de detecção precoce dos caso de gestantes com sífilis. Outro indicador preocupante é o da idade gestacional ignorada, revelando dificuldade de alimentação dos dados dos sistemas oficiais e das notificações obrigatórias.

Tabela 43 – Distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo a idade gestacional por ano do diagnóstico. Rio Claro (2016-2019).

Idade Gestacional	%(2016-2019)	2016	2017	2018	2019
1º trimestre	46,1	63,6	37,1	41,8	44,8
2º trimestre	17,1	15,2	25,7	14,5	13,8
3º trimestre	23,0	12,1	28,6	25,5	34,5
Idade gestacional ignorada	11,8	9,1	8,6	18,2	6,9

FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Nos dados da **Tabela 44** observamos a quantidade de casos de sífilis adquirida perfazendo um total de 145 (cento e quarenta e cinco) casos; o número de homens com sífilis é surpreendente, com mais de 60%, considerando o período de 2016 a 2019.

Tabela 44 – Quantidade de casos de sífilis adquirida por sexo e por ano de diagnóstico. Com o total de casos e o percentual de casos por sexo e por ano. Rio Claro (2016-2019).

Sífilis Adquirida	2016	2017	2018	2019	Total	%
Homens	16	13	32	33	94	64,8
Mulheres	7	6	25	13	51	35,2
Total	23	19	57	46	145	

FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

D) Hepatites Virais

As hepatites virais são doenças silenciosas. Isso dificulta o diagnóstico dos portadores. Em fase avançada, a doença pode causar cirrose, câncer de fígado ou até mesmo levar à morte precoce.

A Hepatite A é uma doença infecciosa viral, contagiosa, causada pelo vírus A (HAV) e também conhecida como “hepatite infecciosa”, “hepatite epidêmica”, “hepatite de período de incubação curto”. O agente etiológico é um pequeno vírus RNA, membro da família picornaviridae (BRASIL, 2005).

A hepatite pelo HAV apresenta distribuição mundial. A principal via de contágio é a fecal-oral, por contato inter-humano ou por água e alimentos contaminados. A disseminação está relacionada às condições de saneamento básico, nível sócioeconômico da população, grau de educação sanitária e condições de higiene da população. Em regiões menos desenvolvidas as pessoas são expostas ao HAV em idades precoces, apresentando formas subclínicas ou anictéricas em crianças em idade pré-escolar. A transmissão poderá ocorrer 15 dias antes dos sintomas até sete dias após o início da icterícia (BRASIL, 2005).

No nosso município há poucos registros de Hepatite A (HAV); no período de 2015 a 2019, há registro de 05 (cinco) notificações, segundo a Vigilância Epidemiológica de Rio Claro.

A Hepatite B é uma doença infecciosa viral, contagiosa, causada pelo vírus da hepatite B (HBV), conhecida anteriormente como soro-homóloga. O agente etiológico é um vírus DNA, hepatovírus da família hepadnaviridae, podendo apresentar-se como infecção assintomática ou sintomática. Em pessoas adultas infectadas com o HBV, 90% a 95% se curam; 5 a 10% permanecem com o vírus por mais de 6 meses, evoluindo para a forma crônica da doença. Os pacientes com a forma crônica podem apresentar-se em uma condição de replicação do vírus (HBeAg reagente), o que confere maior propensão de evolução da doença para formas avançadas, como a cirrose, ou podem permanecer sem replicação do vírus (HBeAg não reagente e anti-HBe reagente), o que confere taxas menores de progressão da doença. Percentual inferior a 1% apresenta quadro agudo grave (fulminante). A infecção em neonatos apresenta uma taxa de cronificação muito superior àquela que encontramos na infecção do adulto, com cerca de 90% dos neonatos evoluindo para a forma crônica e podendo, no futuro, apresentar cirrose e/ou carcinoma hepatocelular (BRASIL, 2005).

A Hepatite B é transmitida por meio de: a) relações sexuais desprotegidas, pois o vírus encontra-se no sêmen e secreções vaginais. Há que se considerar que existe um gradiente de risco decrescente desde o sexo anal receptivo, até o sexo oral insertivo sem ejaculação na boca; b) realização dos seguintes procedimentos sem esterilização adequada ou utilização de material descartável: intervenções odontológicas e cirúrgicas, hemodiálise, tatuagens, perfurações de orelha, colocação de piercings; c) transfusão de sangue e derivados contaminados; d) uso de drogas com compartilhamento de seringas, agulhas ou outros equipamentos; e) transmissão vertical (mãe/filho); f) aleitamento materno e g) acidentes perfurocortantes. Em acidentes ocupacionais perfurocortantes, o risco de contaminação pelo vírus da hepatite B (HBV) está relacionado, principalmente, ao grau de exposição ao sangue no ambiente de trabalho e também à presença ou não do antígeno HBeAg no paciente fonte (BRASIL, 2005).

No nosso município há poucos registros de Hepatite B (HBV); no período de 2015 a 2019, há notificação de 41 (quarenta e uma) casos, segundo o MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. A Hepatite B é uma doença que até o momento não tem cura. Mas tem vacina.

A Hepatite C é uma doença infecciosa viral, contagiosa, causada pelo vírus da Hepatite C (HCV), conhecido anteriormente por Hepatite Não A Não B, quando era responsável por 90% dos casos de hepatite transmitida por transfusão de sangue sem agente etiológico reconhecido. O agente etiológico é um vírus RNA, da família flaviviridae, podendo apresentar-se como uma infecção assintomática ou sintomática. Em média 80% das pessoas que se infectam não conseguem eliminar o vírus, evoluindo para formas crônicas. Os restantes 20% conseguem eliminá-lo dentro de um período de seis meses do início da infecção (BRASIL, 2005).

A Hepatite C é classificada como Hepatite C aguda ou Hepatite C crônica. Na Hepatite C aguda os sintomas são extremamente raros. No caso da Hepatite C crônica os sintomas persistem sem melhoras por mais de seis meses, considera-se que a infecção está evoluindo para a forma crônica. Os sintomas, quando presentes, são inespecíficos, predominando fadiga, mal-estar geral e sintomas digestivos. Uma parcela das formas crônicas pode evoluir para cirrose, com aparecimento de icterícia, edema, ascite, varizes de esôfago e alterações hematológicas. O hepatocarcinoma também faz parte de uma porcentagem do quadro crônico de evolução desfavorável (BRASIL, 2005).

Na Hepatite C os mecanismos conhecidos para a transmissão dessa infecção são os seguintes: a) Transfusão de sangue e uso de drogas injetáveis; b) Hemodiálise; c) Acupuntura, “piercings”, tatuagem, droga inalada, manicures, barbearia, instrumentos cirúrgicos; d) Relacionamento sexual; e) Transmissão vertical e aleitamento materno. f) Acidente ocupacional e g) Transplante de órgãos e tecidos (BRASIL, 2005).

A transmissão do HCV através do aleitamento materno não está comprovada. Dessa forma, a amamentação não está contraindicada quando a mãe é infectada pelo vírus da hepatite C, desde que não existam fissuras no seio que propiciem a passagem de sangue (BRASIL, 2005).

No nosso município há registros de Hepatite C (HCV), no período de 2015 a 2019; há notificação de 257 (duzentos e cinquenta e sete) casos, segundo o MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. A Hepatite C é uma doença silenciosa, infelizmente ainda não tem vacina para a prevenção. Mas o tratamento é altamente eficaz em mais de noventa e cinco por cento dos casos. A doença é tratada com medicamentos fornecidos pelo SUS no nosso município.

A **Tabela 45** demonstra a quantidade de casos de Hepatites (A,B,C outras Hepatites e forma ignorada) e a taxa de detecção (por 100.000 habitantes;. é identificada pelo tipo de vírus HVA, HVB e HVC e o ano de notificação no período de 2015 a 2019 no município de Rio Claro.

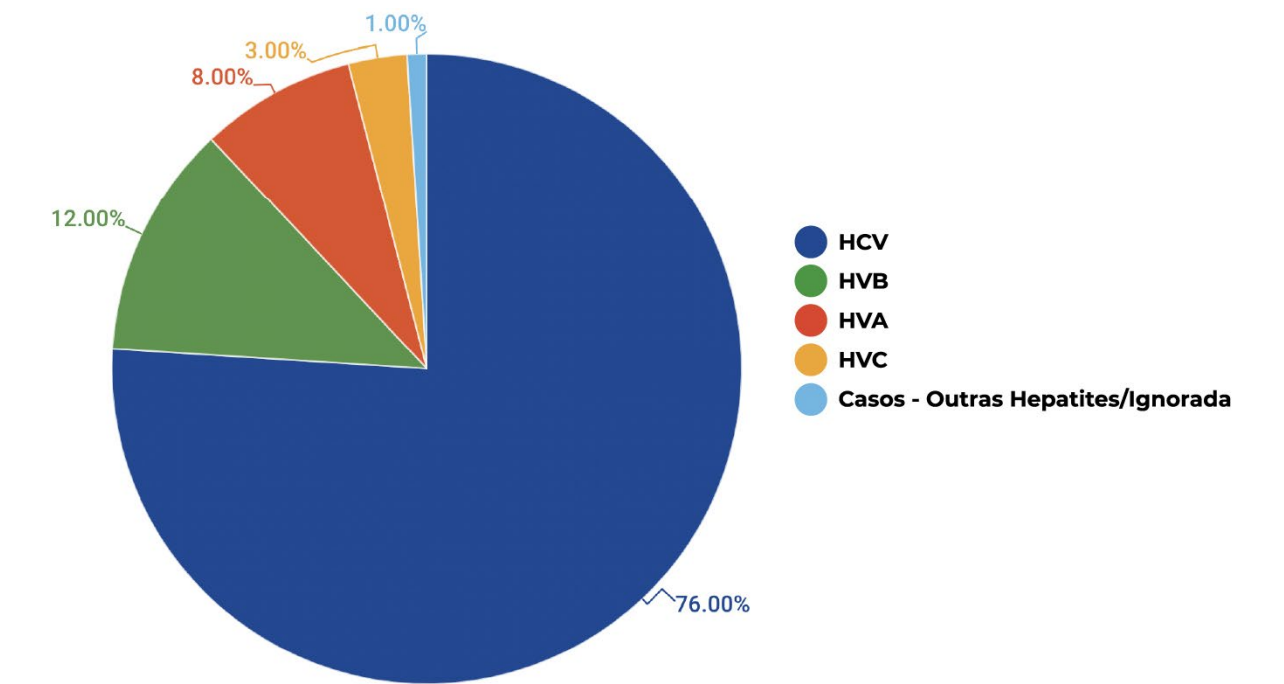
Tabela 45 – Casos de Hepatites (HVA, HVB, HVC e outras hepatites e forma ignorada e a taxa de detecção (por 100.000 habitantes) e por ano de notificação. Rio Claro (2015-2019).

	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Casos HVA	1	1	2	0	0	4
Taxa de Incidência	0,5	0,5	1	0	0	
Casos HVB	22	5	4	7	3	41
Taxa de Incidência	11	2,5	2	3,4	1,5	
Casos HVC	72	50	32	65	38	257
Taxa de Incidência	36	24,8	15,8	31,7	18,6	
Casos HVC e HVB	1	0	8	1	0	10
Casos- Outras Hepatites/Forma Ignorada	2	9	4	8	4	27
Total	98	65	50	81	45	339

FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis e Dados da Vigilância Epidemiológica de Rio Claro.

Abaixo podemos observar, graficamente, a evolução da quantidade de casos com hepatites virais por tipo de vírus e por ano, no período de 2015 a 2019, no município de Rio Claro.

Gráfico 19 – Casos de Hepatites (HVA, HVB, HVC e outras hepatites e forma ignorada e por ano de notificação. Rio Claro (2015-2019).



FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis e Dados da Vigilância Epidemiológica de Rio Claro

E) Meningites/ Meningocócica

A Meningite é uma inflamação das meninges, que são membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal. As meningites podem ser causadas por lesão física, neoplasias, doença autoimune, medicamentos, e por infecções por vários microrganismos, como fungos, parasitas e mais frequentemente, vírus e bactérias (BRASIL, 2017).

Há meningite viral e bacteriana. A meningite viral é uma doença causada por vários tipos de vírus como, por exemplo, os enterovírus. É a meningite que ocorre mais frequentemente, e em geral evolui bem. A meningite bacteriana é uma doença grave, que pode ser causada por várias bactérias, dentre elas, o meningococo (Neisseria meningitidis), o pneumococo (Streptococcus pneumoniae), o Haemophilus influenzae, e outras. As meningites causadas pelo meningococo são denominadas “Doença Meningocócica (DM)”. Quando a bactéria é o meningococo, há a presença de manchas vermelhas na pele que não desaparecem quando se faz pressão sobre elas, e define o quadro de meningococcemia, que é a infecção generalizada (BRASIL, 2017).

No Brasil, a doença meningocócica é endêmica, com ocorrência de surtos esporádicos. O meningococo é a principal causa de meningite bacteriana no país (BRASIL, 2017). A doença meningocócica acomete indivíduos de todas as faixas etárias, porém aproximadamente 30% dos casos notificados ocorrem em crianças menores de 5 anos de idade. Os maiores coeficientes de incidência da doença são observados em lactentes, no primeiro ano de vida (BRASIL, 2017).

No nosso município há registros de meningites e doença meningocócica (DM) inclusive com registros de óbitos, conforme informações da Vigilância Epidemiológica. A **Tabela 46** demonstra a quantidade de casos confirmados e notificados de meningite com a respectiva evolução dos casos e o ano do 1º sintoma, no período de 2016 a 2020, sendo que no ano de 2020 os dados estão sujeitos ainda a revisão.

Tabela 46 – Casos de Meningite com a respectiva evolução dos casos e o ano do 1º sintoma por ano de notificação. Rio Claro (2016-2020).

Ano notificação	Ign/Branco	Alta	Óbito pelo agravo notificado	Óbito por outra causa	TOTAL
2016	-	7	2	1	10
2017	-	10	1	3	14
2018	1	4	-	-	5
2019	1	6	4	-	11
2020	-	5	2	1	8
TOTAL	2	32	9	5	48

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net e Vigilância Epidemiológica de Rio Claro. Dados de 2020 sujeitos a revisão.

F) Hanseníase

A hanseníase é uma doença infecciosa, transmissível e de caráter crônico, que ainda persiste como problema de saúde pública no Brasil. Seu agente etiológico é o Mycobacterium leprae, um bacilo que afeta principalmente os nervos periféricos, olhos e pele. A doença atinge pessoas de qualquer sexo ou faixa etária, podendo apresentar evolução lenta e progressiva e, quando não tratada, pode causar deformidades e incapacidades físicas, muitas vezes irreversíveis (BRASIL, 2016).

A bactéria é transmitida pelas vias respiratórias (pelo ar), e não pelos objetos utilizados pelo paciente. Estima-se que a maioria da população possua defesa natural (imunidade) contra o M. leprae. Portanto, a maior parte das pessoas que entrarem em contato com o bacilo não adoecerão. É sabido que a susceptibilidade ao M. leprae possui influência genética. Assim, familiares de pessoas com hanseníase possuem maior chance de adoecer (BRASIL, 2016).

A Hanseníase é considerada quando uma pessoa apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais, a qual necessita de tratamento com poliquimioterapia (PQT): a) lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ ou dolorosa e/ou tátil; ou b) espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ ou autonômicas; ou c) presença de bacilos M. leprae, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biopsia de pele (BRASIL, 2016).

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória. Os casos diagnosticados devem ser notificados, utilizando-se a ficha de Notificação/ Investigação, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (BRASIL, 2016).

No Estado de São Paulo, adota-se a seguinte classificação das taxas de incidência de casos por 10 mil habitantes: baixa (menor que 1,00), média (1,00 a 4,00), alta (5,00 a 9,00), muito alta (10,00 a 19,99) e situação hiperendêmica (maior ou igual a 20,00) (SÃO PAULO (ESTADO, 2020).

Na **Tabela 47** podemos verificar a quantidade de casos de hanseníase no município de Rio Claro no período de 2016 a 2019 e respectiva taxa de incidência por 10.000 habitantes. A taxa de incidência revela que nosso município encontra-se na incidência baixa.

Tabela 47 - Casos e taxa de incidência (por 10 mil hab.) de hanseníase por ano de diagnóstico. Rio Claro, 2016-2019

Hanseníase	2016	2017	2018	2019	Total
Casos	1	8	7	8	24
Taxa de incidência por 10 mil hab.	0,05	0,38	0,34	0,38	

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net e Vigilância Epidemiológica de Rio Claro.

G) Raiva Animal

É uma zoonose viral que se caracteriza como uma encefalite progressiva aguda e letalidade de aproximadamente 100%, considerando casos raros de cura (BRASIL, 2016).

O agente infeccioso é o vírus da raiva. O vírus da raiva (RABV) apresenta sete caracterizações antigênicas (AgV) distintas no Brasil, sendo 2 (duas) encontradas, principalmente, em cães (AgV1 - Canis familiaris e AgV2 - Canis familiaris), três em morcegos (AgV3 - Desmodus rotundus; AgV4 - Tadarida brasiliensis e AgV6 - Lasiurus spp.) e outras duas em reservatórios silvestres, no Cerdocyonthous (AgV2*) e no Callithrix jacchus (AgVCN) (BRASIL, 2016).

A distribuição da doença é mundial e os reservatórios da doença são canídeos selvagens e domésticos, como cães, raposas, coiotes, lobos e chacais e também gatos. São infectados os morcegos frutívoros e insetívoros (FIOCRUZ, 2021).

O modo de transmissão é pela saliva de um animal raivoso quando este morde sua vítima, introduzindo assim o vírus da doença, que se propaga no sistema nervoso central. É mais comum entre os animais, tendo suscetibilidade os mamíferos de sangue quente (FIOCRUZ, 2021). O vírus, contido na saliva do animal, penetra no organismo principalmente por meio de mordedura e, mais raramente, pela arranhadura e lambadura de mucosas (BRASIL, 2016).

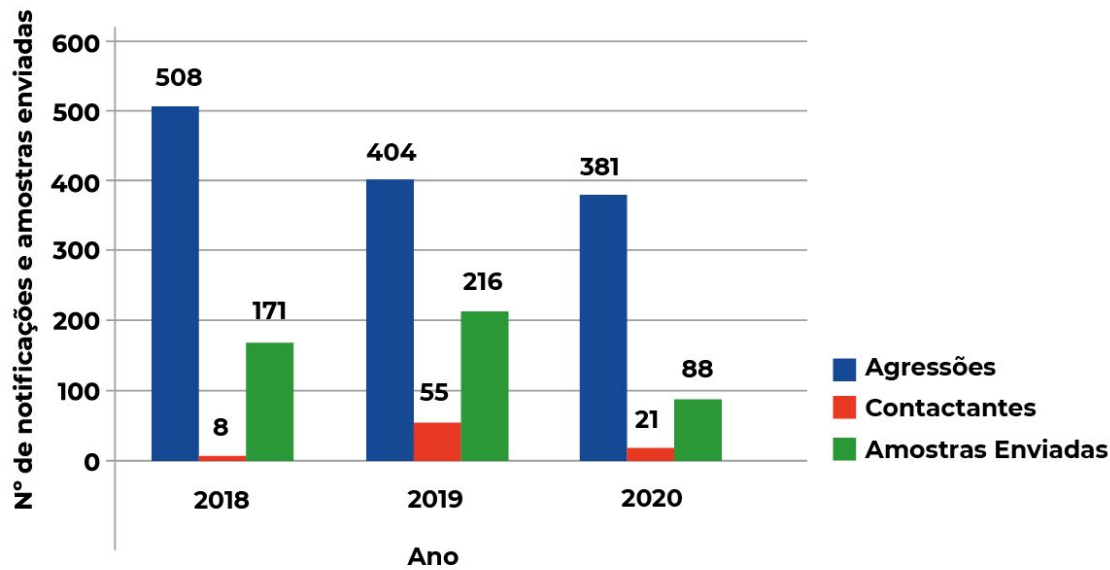
Nos cães e nos gatos, a eliminação de vírus pela saliva ocorre entre dois a cinco dias antes do aparecimento dos sinais clínicos, persistindo durante toda a evolução da doença. A morte do animal ocorre, em média, entre 5 (cinco) a 7 (sete) dias após a apresentação dos sintomas. Os quirópteros podem albergar o vírus por longo período, sem sintomatologia aparente (BRASIL, 2016).

Como medidas de prevenção aconselha-se a vacinação de todos os cães e gatos. É necessário fazer a observação clínica por 10 dias de cães e gatos que mordaram uma pessoa. Caso apresentem sinais de raiva, devem ser sacrificados. A pessoa que foi mordida deve receber prontamente a primeira dose da vacina antirrábica e as outras doses 3, 7, 14 e 28 dias depois da primeira (FIOCRUZ, 2021).

Outro aspecto relevante de ações do CCZ refere-se às ações de vigilância e prevenção; é o envio do máximo de amostras ao Instituto Pasteur para o estudo antigênico e genético dessas amostras com a definição do vírus circulante no local.

Podemos observar abaixo, graficamente, o número de notificações de animais agressores e contactantes e de amostras enviadas ao Instituto Pasteur no período de 2018-2020 no município de Rio Claro.

Gráfico 20 – Número de notificações de animais agressores, de animais contactantes e de amostras enviadas ao Instituto Pasteur por ano de notificação e de envio das amostras ao IP, no município de Rio Claro (2018-2020).



Fonte: Banco de Dados do Centro de Controle de Zoonoses.

1.2.4.3. Comentários finais sobre o perfil epidemiológico de Rio Claro

O diagnóstico mostra que as condições socioeconômicas estruturais e as transformações demográficas e epidemiológicas que se encontram em curso na cidade determinam as condições de saúde da população. Essa situação das doenças deve orientar a condução da política de saúde e a organização dos serviços, com vistas à redução efetiva dos agravos e das doenças e assim fazer frente aos reais problemas de saúde da população.

A existência de lacunas na oferta de serviços em diversos locais fica bem evidenciada. No entanto, o diagnóstico mostra ainda que alguns agravos relevantes tiveram redução; por outro lado, outros tiveram aumento. Os serviços necessários para enfrentar e melhorar os indicadores são um desafio permanente, além da manutenção dos indicadores que estão em bom nível e patamar.

1.3. Gestão do SUS

1.3.1. Estrutura do Sistema de Saúde em Rio Claro/SP

A saúde pública na cidade de Rio Claro, assim como nos outros municípios brasileiros seguiu alinhada com a construção e estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de São Paulo e na região de saúde.

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

Na Figura 01 e Tabela 01 podemos observar a localização dos municípios e a participação de cada um em termos populacional na região Rio Claro.

Nosso município, diferente de outros, optou por construir uma Fundação Municipal de Direito Público, a Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro, criada em 1995 através da Lei Municipal nº 2720, de 23/02/1995. Por esta Lei Municipal, todos os órgãos da estrutura administrativa e operacional da Secretaria Municipal de Saúde passaram para a Fundação Municipal; todos os bens móveis e imóveis, além dos recursos do Fundo Municipal de Saúde e outros, passaram a compor o patrimônio inicial da Fundação Municipal da Saúde. O Presidente da Fundação Municipal de Saúde é o Secretário Municipal de Saúde.

O município de Rio Claro habilitou-se na condição de gestão plena do sistema municipal, após aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), através da Portaria MS/GM nº 2.553 de 04/05/1998.

Em 2008, através do pleito do município, foi homologado o Termo de Compromisso de Gestão – TCG – “Pacto pela Saúde”, através da Portaria MS/GM nº 155, de 28/01/2008.

Ao longo dos anos, houveram alterações na estrutura da Fundação Municipal de Saúde através da legislação municipal; mas no momento atual, a Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro rege-se pelas Leis Municipais Complementares nº 145 e nº 146, de 12/05/2020, além da Lei Municipal nº 2720/1995 de criação da FMSRC.

Atualmente, o município de Rio Claro, dispõe de 615 estabelecimentos assistenciais de saúde cadastrados no SCNES até janeiro de 2021. Desse total, 90,8% são estabelecimentos não vinculados ao SUS; 7,32% são estabelecimentos públicos municipais, 0,81% são estabelecimentos públicos estaduais. Não temos nenhum estabelecimento do SUS federal no município e 0,98% são entidades filantrópicas e privadas, mas vinculadas ao SUS. Os estabelecimentos assistenciais de saúde vinculados ao SUS são 56, e desse total, 80,3% são públicos municipais, 8,9% são públicos estaduais e 10,71% são vinculados a entidades filantrópicas.

Na **Tabela 48** podemos verificar os estabelecimentos cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES no município de Rio Claro na competência dezembro de 2020 por tipo de estabelecimento e esfera jurídica.

Tabela 48 – Quantidade de estabelecimentos cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES no município de Rio Claro (competência dezembro de 2020), por tipo e esfera jurídica do estabelecimento.

Tipo de Estabelecimento	Administração Pública Estadual ou Distrito Federal	Administração Pública Municipal	Demais Entidades Empresariais	Entidades sem Fins Lucrativos	Pessoas Físicas	TOTAL
Central de Regulação	-	1	-	-	-	1
Central de Regulação Médica nas Urgências	-	1	-	-	-	1
Centro de Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica	-	-	1	-	-	1
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	-	3	-	-	-	3
Centro de Saúde / Unidade Básica de Saúde	2	21	-	-	-	23
Clínica Especializada / Ambulatório Especializado	1	4	58	3	-	66
Consultório	-	2	111	1	329	443
Cooperativa	-	-	1	-	-	1
Farmácia	-	-	2	-	-	2
Hospital Especializado	-	-	-	1	-	1
Hospital Geral	-	1	2	1	-	4
Hospital Dia	-	-	1	-	-	1
Laboratório de Saúde Pública	1	-	-	-	-	1
Policlínica	-	1	14	-	-	15
Posto de Saúde	1	-	-	-	-	1
Pronto Atendimento	-	3	-	-	-	3
Secretaria de Saúde	-	1	-	-	-	1
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia	-	1	40	-	-	41
Unidade de Vigilância em Saúde	-	3	-	-	-	3
Unidade móvel de nível pre-hosp-urgência/emergência	-	3	-	-	-	3
TOTAL	5	45	230	6	329	615

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

A) Atenção Básica / Atenção Primária em Saúde

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Atualmente os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária em Saúde (APS), na atual concepção, são termos equivalentes, conforme estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) definida na Portaria de Consolidação nº 02 de 28/09/2017 (BRASIL, 2017).

A APS é o primeiro nível de acesso ao Sistema Único de Saúde(SUS), caracterizando-se, principalmente, como o primeiro e preferencial contato dos usuários com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo orientada pelos princípios do SUS.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Outras estratégias de Atenção Básica serão reconhecidas, desde que observados os princípios e diretrizes da PNAB e devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2017).

Atualmente a concepção presente na normativa do SUS é de um sistema hierárquico e piramidal, formatado segundo as complexidades relativas de cada nível de atenção, em atenção básica, média complexidade e alta complexidade.

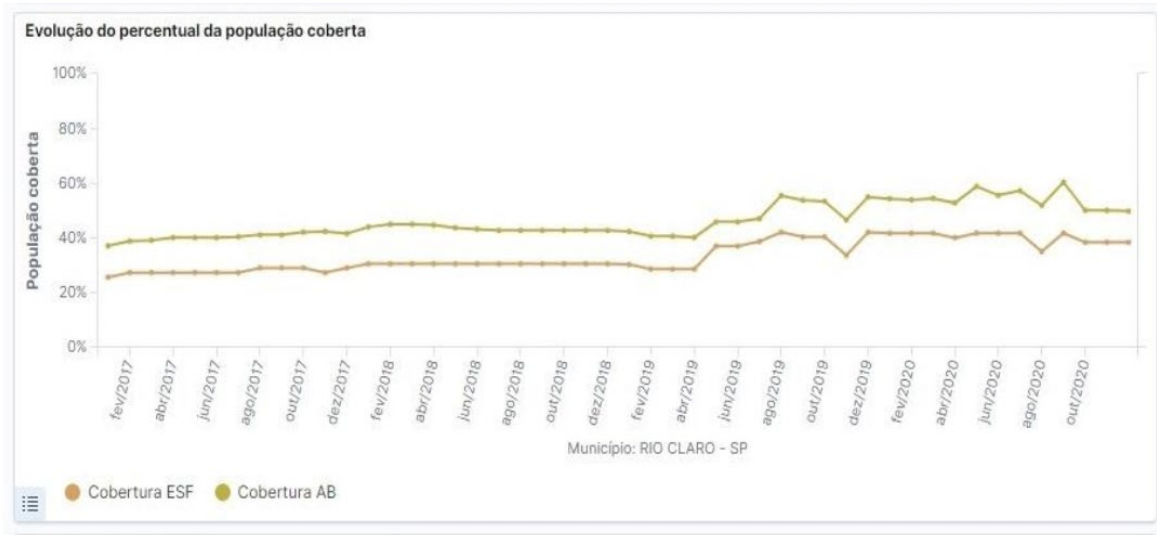
Mas, esse conceito acima mencionado de nível de atenção, leva a um entendimento equivocado sobre a complexidade da Atenção Primária em Saúde (APS) – atenção básica. Segundo Mendes (2019), é a APS que deve atender a mais de 85% dos problemas de saúde; e completa Mendes (2019) “(...) é ai que situa a clinica mais ampliada e em que se ofertam, preferencialmente, tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas a mudanças de comportamento e estilos de vida em relação à saúde; cessação do hábito de fumar, adoção de comportamentos de alimentação saudável e de atividades físicas e etc.” (p.176).

A rede de Atenção Primária a Saúde do município de Rio Claro dispõe de 21 (vinte e uma) Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que 04 (quatro) são Unidades Básicas de Saúde sem a Estratégia de Saúde da Família e 17 (dezessete) são Unidades Básicas de Saúde com estratégia de Saúde da Família com 25 (vinte e cinco) equipes de Saúde da Família– EqSF implantadas.

No **Gráfico 21** podemos verificar que a população coberta pela Atenção Básica ficou próxima dos 50% ao longo dos últimos anos, com pequena evolução nesse período, pois, para a ampliação da cobertura da população há necessidade de criação de novas equipes ou ampliação das equipes da estratégia de saúde da família que estão instaladas em algumas unidades ou a instalação de novas unidades básicas com a estratégia de saúde da família.

Observamos ainda a evolução da cobertura da Atenção Básica e a cobertura das equipes de saúde da família no município de Rio Claro, no período de 2017 a 2020.

Gráfico 21 – Evolução da Cobertura da Atenção Básica e das Equipes de Saúde da Família no município de Rio Claro (2017-2020).



Fonte: MS/CGIAP/DESF/SAPS

Na **Tabela 49** poderemos ver a relação completa de Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família e a quantidade de equipes de Saúde da Família – EqSF implantada na respectiva UBS (USF) no município de Rio Claro.

Tabela 49 – Relação de UBS (USF) com ESF e número de EqSF implantada na respectiva unidade de saúde.

UBS com Estratégia de Saúde da Família	Número de Equipes de SF-EqSF
USF Ajapi “Farmacêutico Antonio Gilberto Fonseca (Seu Gilberto)”	1
USF Mãe Preta “Dr. Eduardo Reis”	3
USF Palmeiras “Dr Gilson Giovanni”	2
USF Jardim Novo I e II “Dr. Dirceu Ferreira Penteado”	1
USF Benjamin de Castro “Dr Norberto Antonio Simão Carneiro”	1
USF Bonsucesso/ Novo Wenzel - “Célia Ap. Ceccato da Silva”	3
USF Jardim das Flores - “Dr. Moacir Camargo”	1
USF Guanabara - “Dr Celestino Donato”	1
USF Panorama - “Dr. Osvaldo Akamine”	1
USF Terra Nova	3
USF Jardim Progresso “José Carlos da Silva”	1
USF Santa Elisa - “Dr Acácio Jorge”	1
USF Assistência	1
USF Nosso Teto/Boa Vista “Dr Antonio R. M. Santomauro”	2
USF Brasília - “ Enf. Neusa Maria Mortari”	1
USF São Miguel - “Jorcelindo Quintino de Faria”	1
USF Bela Vista - “Arindal Carneiro Cesar Pires”	1
Total de EqSF	25

Fonte: MS/CGIAP/DESF/SAPS/CNES

Na **Tabela 50** veremos o complemento da relação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família com a quantidade de micro áreas e dos números de Agentes Comunitários de Saúde por EqSF.

Tabela 50 – Quantidade de microareas por UBS (USF) com ESF e número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por EqSF implantada na respectiva unidade de saúde.

USB com Estratégia de Saúde da Família	Número de Equipes de SF - EqSF	Número de usuários cadastrados em cada equipe de SF	Número de Micro-areas existentes	Número de ACS lotados na referida Equipes de SF - EqSF	Número de ACS necessários na referida Equipes de SF - EqSF	Diferença entre número de ACS lotados e ACS necessários
USF Ajapi “Farmacêutico Antonio Gilberto Fonseca (Seu Gilberto)”	1	4833	9	7	8	1
USF Mãe Preta “Dr Eduardo Reis”	3					
Equipe 1		4437	8	8	8	0
Equipe 2		4315	8	8	8	0
Equipe 3		2621	8	6	8	2
USF Palmeiras “Dr Gilson Giovanni”	2					
Equipe 1		3051	10	8	8	0
Equipe 2		3641	10	7	8	1
USF Jardim Novo I e II “Dr. Dirceu Ferreira Penteado”	1	5699	10	10	8	0
USF Bonsucesso / Novo Wenzel - “Célia Ap. Ceccato da Silva”	3					
Equipe 1		2557	6	5	8	3
Equipe 2		2390	5	5	8	3
Equipe 3		1750	5	4	8	4
USF Jardim das Flores - “Dr. Moacir Camargo”	1	4958	8	8	8	0

USB com Estratégia de Saúde da Família	Número de Equipes de SF - EqSF	Número de usuários cadastrados em cada equipe de SF	Número de Micro-areas existentes	Número de ACS lotados na referida Equipes de SF - EqSF	Número de ACS necessários na referida Equipes de SF - EqSF	Diferença entre número de ACS lotados e ACS necessários
USF Guanabara - “Dr. Celestino Donato”	1	14192	8	3	8	5
USF Panorama - “Dr. Osvaldo Akamine”	1	3973	8	8	8	0
USF Terra Nova	3					
Equipe 1		3205	6	4	8	4
Equipe 2		2036	7	5	8	2
Equipe 3		1681	6	2	8	6
USF Jardim Progresso “José Carlos da Silva”	1	2983	8	8	8	0
USF Santa Elisa - “Dr. Acácio Jorge”	1	3151	7	5	8	3
USF Assistência	1	1618	5	3	5	2
USF Nosso Teto/ Boa Vista “Dr. Antonio R. M. Santomauro”	2					
Equipe 1		2951	7	6	8	2
Equipe 2		2237	7	5	8	3
USF Brasília - Enf. Neusa Maria Mortari”	1	2181	8	8	8	0
USF São Miguel - “Jorcelindo Quintino de Faria”	1	2063	8	8	8	0
USF Bela Vista - Ârindal Carneiro Cesar Pires”	1	1602	8	8	8	0
TOTAL de EqSF	25	88404	188	155	197	42

O município de Rio Claro foi qualificado junto ao Ministério da Saúde, na Fase I do Programa de Expansão da Saúde da Família – PROESF. Na ocasião houve estudo para que o município completasse 100% (cem por cento) de cobertura de atenção básica e necessitaria de 42 (quarenta e duas) equipes de Saúde da Família implantadas para atingir essa meta.

Para ampliação da cobertura de atenção básica há necessidade de verificar quais são os locais que necessitam de instalações, pois os estudos baseados na fase inicial do então PROESF, que hoje não existe mais, levava em conta a implantação das unidades nos locais de maior densidade demográfica e com maior vulnerabilidade social e ambiental.

Os estudos sobre a vulnerabilidade e a instalação das próximas unidades básicas de saúde com estratégia de saúde da família devem ter esse planejamento, e devem ser incluídos primeiros os bairros e os setores censitários com muito alta ou alta vulnerabilidade.

De acordo com Sodelli (2016) e Braga (2008), a melhor renda da população concentra-se nas porções mais centrais e em alguns bairros específicos. As áreas mais afastadas do centro apresentam maior crescimento populacional o que pode-se inferir que as demandas dessas populações inseridas nestas localidades também são maiores. O que se observa em relação a distribuição dos equipamentos públicos é a tendência à concentração nas áreas centrais o que coloca a população localizada nas porções mais afastadas em maiores níveis de vulnerabilidade social, considerando tais equipamentos públicos como estruturas de oportunidade. Diante disso, considerando que estes figuram como estrutura de oportunidades infere-se que investimento em saúde é condição sine qua non para a diminuição das disparidades sociais no espaço intraurbano. Neste sentido, disponibilizar um equipamento público de saúde para o atendimento das necessidades de atenção primária em saúde da população do bairro, no seu próprio bairro ou com o mínimo de deslocamento, é uma obrigação do poder público (BRAGA, 2008; SODELLI, 2016).

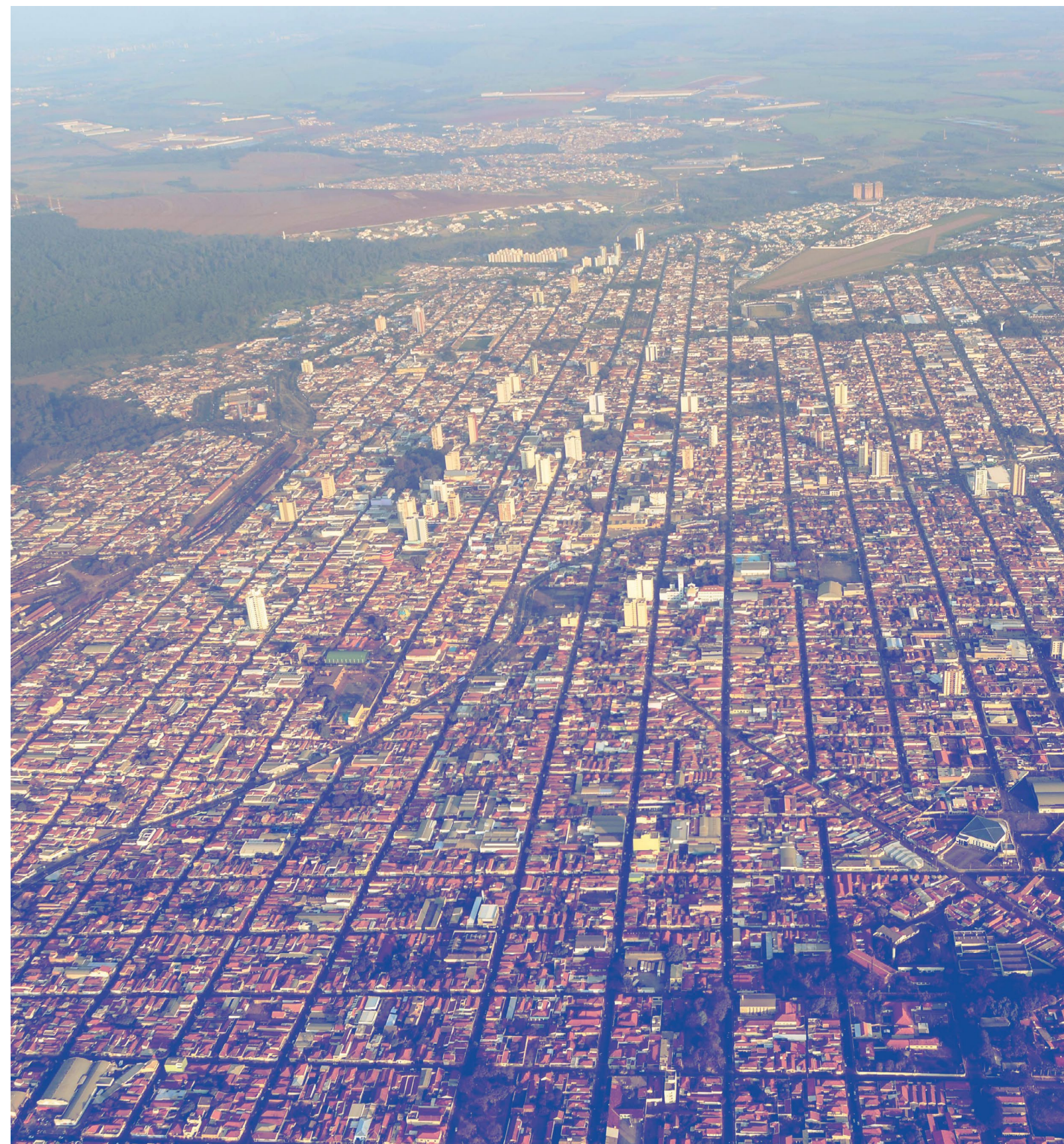
Para Donabedian (1973), o acesso, tornado como acessibilidade aos serviços de saúde, é a capacidade de um sistema de atenção à saúde responder às necessidades de saúde de uma população. O autor distinguiu dois tipos de acessibilidade: a sócio-organizacional, que inclui características da oferta de serviços, e a geográfica, que se relaciona com o espaço e que pode ser medida pela distância e pelo tempo de locomoção, custos de transporte e outras variáveis.

É necessário então, que o planejamento das unidades básicas de saúde com estratégia de saúde da família leve em conta que nas porções periféricas onde há maior crescimento populacional ainda há poucas unidades de saúde, em relação à porção mais central da cidade.

Das últimas unidades construídas e habilitadas, a única unidade de saúde prevista, aprovada inclusive pelo Conselho Municipal de Saúde e não habilitada ou viabilizada, desse planejamento anterior, foi a UBS (USF) Jardim Conduta: abrangeria os bairros Jardim Conduta e Vila Paulista. Com equipe completa formada por 01 Médico Generalista, 01 Dentista, 01 Enfermeiro, 03 Técnicos de Enfermagem, 08 Agentes Comunitários de Saúde, 01 Auxiliar de Consultório Dentário, 01 Auxiliar de Serviços Gerais e 01 Guarda Mirim.

As próximas unidades e equipes a serem implantadas devem considerar a diminuição gradativa da população usuária das unidades básicas de saúde (sem estratégia de saúde da família) para que possam ser atendidas por equipe de saúde da família e assim, convertendo-se gradativamente o modelo e a sua transformação. As unidades básicas de saúde com estratégia de saúde da família que deverão ser implantadas para que haja a diminuição dos usuários das unidades básicas sem estratégia de saúde da família são: UBS CERVEZON, UBS 29, UBS WENZEL e UBS VILA CRISTINA.

Outro aspecto importante é o crescimento populacional em determinadas áreas da cidade de Rio Claro, o que leva a uma análise mais detalhada do ponto de vista populacional desses locais para o adequado planejamento das próximas implantações, sempre levando em consideração a escolha de locais com maior vulnerabilidade socioambiental e maior densidade populacional.



Na **Figura 03** e **Figura 04**, podemos ver os mapas de Rio Claro com a Renda Média em Salários Mínimos e o Crescimento Populacional da cidade.

Figura 3 – Renda Média em Salários Mínimos no município de Rio Claro/SP.

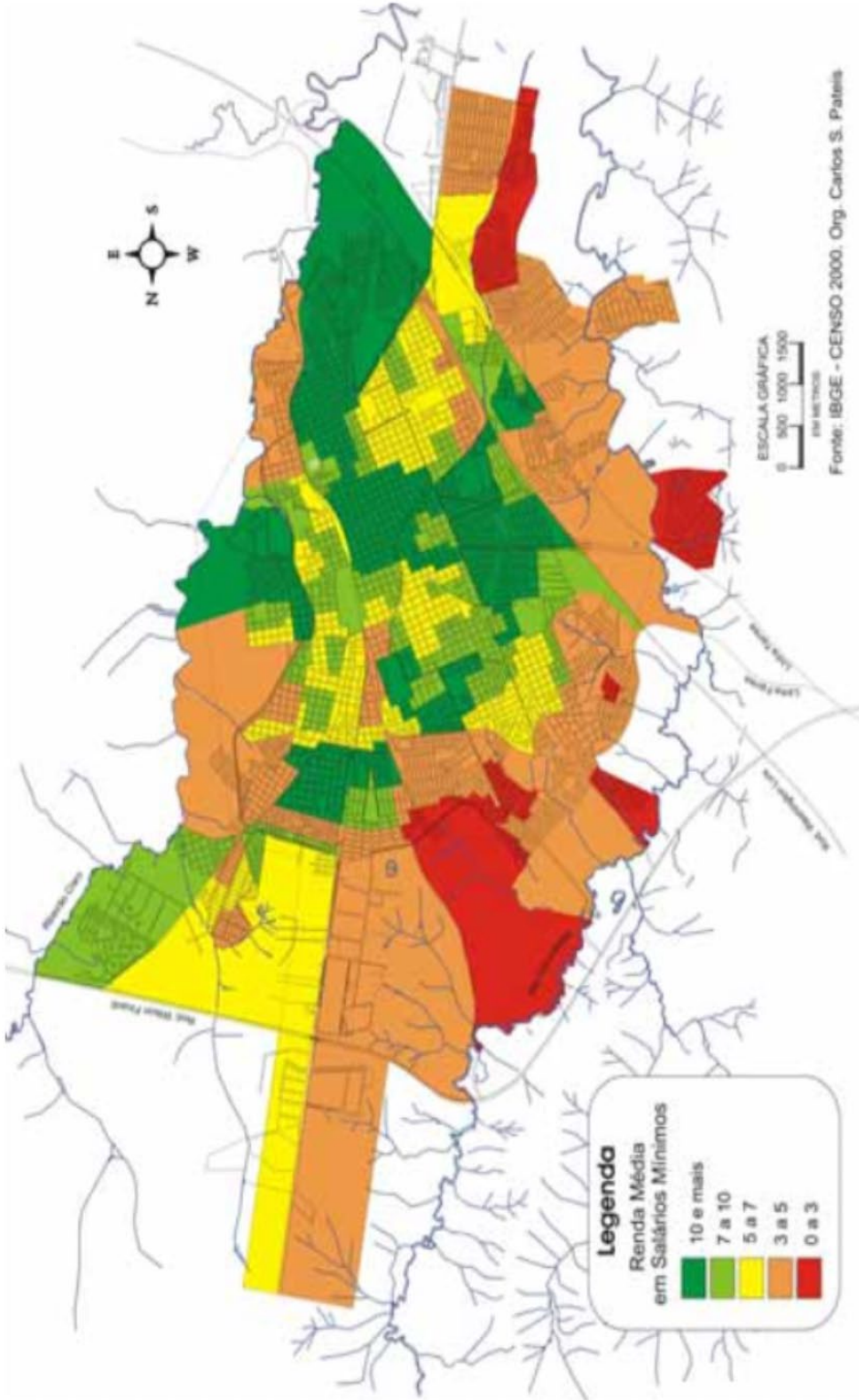
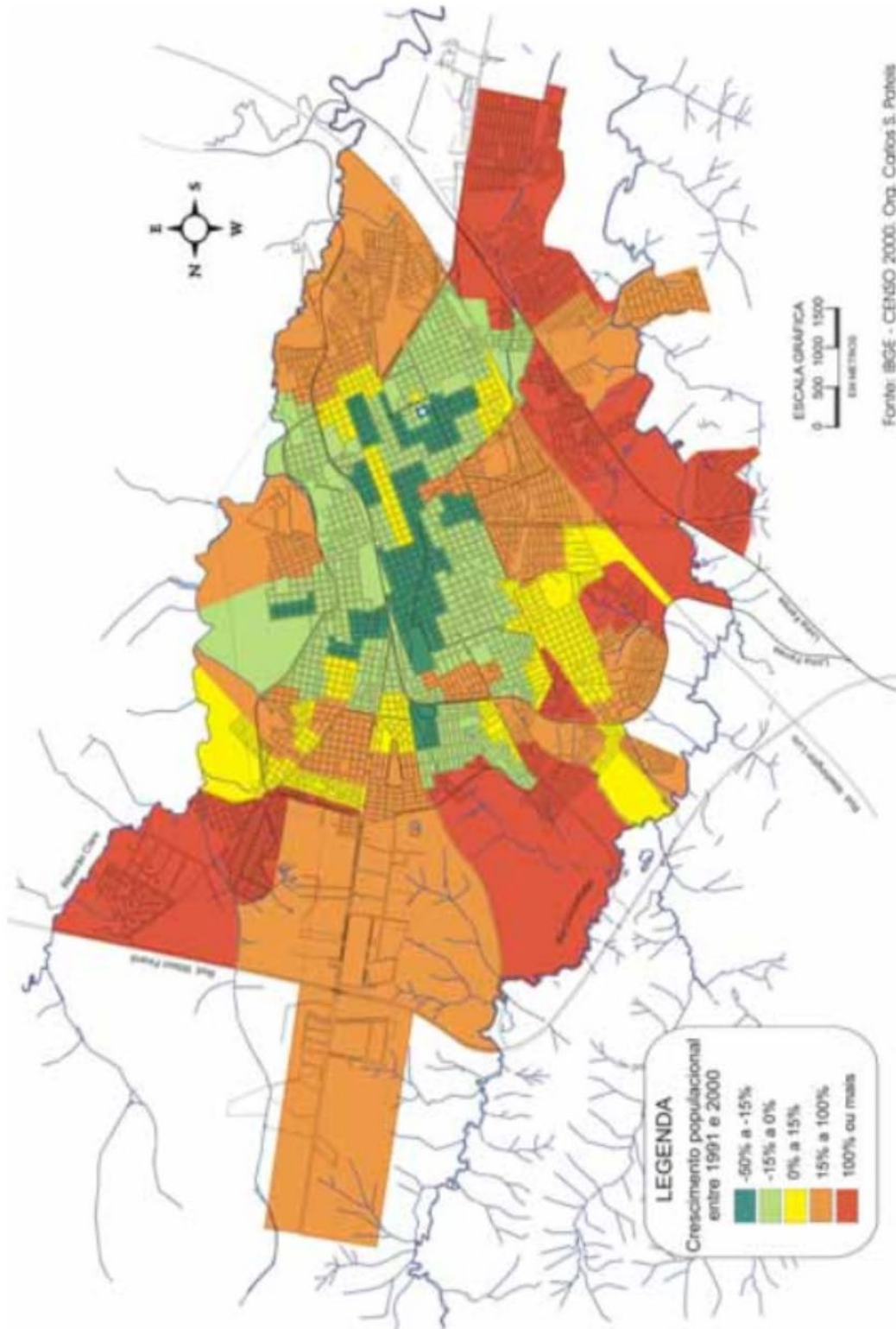
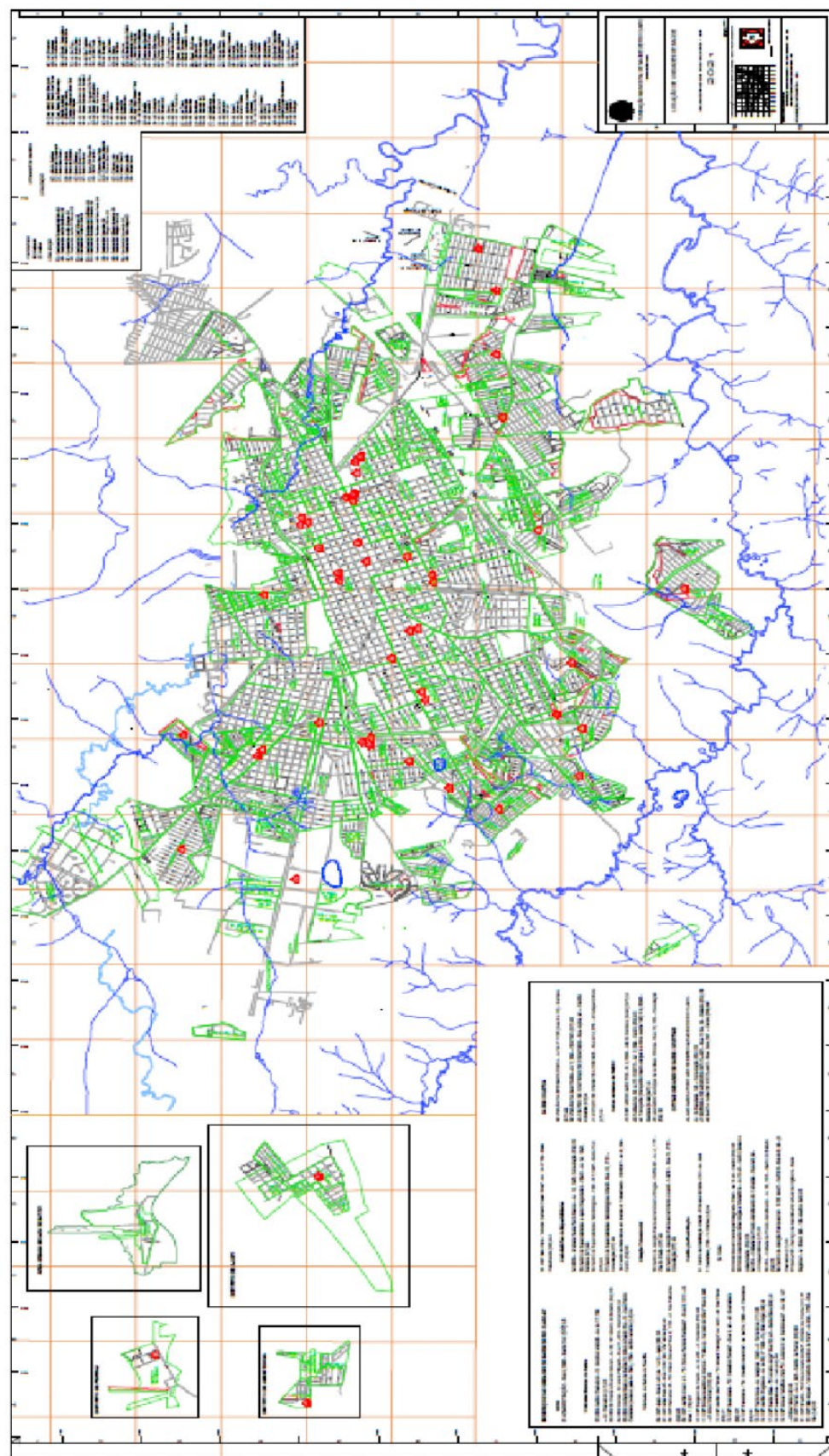


Figura 4 – Crescimento Populacional no município de Rio Claro/SP (entre 1997-2000) Dados do Plano Diretor do município.



Na **Figura 05**, podemos ver o mapas de Rio Claro com a distribuição das unidades de saúde no município de Rio Claro.

Figura 05 – Mapa dos serviços de saúde no município de Rio Claro/SP.



a) Programa Mais Médicos

Em 2013, o governo federal criou o Programa “Mais Médicos” e o mesmo foi instituído pela Lei Federal nº 12871, de 22/10/2013.

No mesmo ano, o município de Rio Claro pleiteou adesão ao Programa “Mais Médicos” que se deu no final de 2013 com a autorização de provimento de 04 (quatro) vagas. Em seguida, houve a autorização legislativa para a adesão do município de Rio Claro ao Programa através da Lei Municipal nº 4.688, de 14 de março de 2014 que “autorizava o poder executivo a aderir ao Programa “Mais Médicos”, a concessão de bolsa auxílio moradia e bolsa alimentação exclusivamente aos médicos do Programa Mais Médicos”. O Programa possibilitou melhoria e aumento da cobertura de Atenção Básica e das Equipes de Saúde da Família, justamente pelo fato de que esses médicos integraram novas equipes de Saúde da Família e outros integraram o quadro funcional das unidades básicas com estratégia de saúde da família que não contavam com médicos.

No mesmo ano iniciamos a adesão ao outro eixo/dimensão do Programa “Mais Médicos” que tratava da ampliação para formar novos profissionais médicos com a ampliação de vagas do curso de graduação de medicina. Esse eixo relacionava-se à aprovação do município de Rio Claro para a implantação do curso de graduação de medicina na cidade.

O município pleiteou a adesão e foi aprovado e contemplado através de Portaria expedida pela Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior do MEC (SERES) - Portaria nº 646, de 02/12/2013. Na referida portaria o município de Rio Claro/SP foi contemplado através do Edital nº 3/2013 para implantação de curso de graduação em medicina por instituição de educação superior privada.

Rio Claro foi uma das 39 (trinta e nove) cidades do país contempladas para implantar o curso de graduação de medicina dentro do eixo formação do Programa “Mais Médicos”.

A partir da formalização do curso de graduação de Medicina na nossa cidade foi celebrado o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES) como também, o ingresso de novos atores nos cenários das práticas: o aluno e o preceptor. O COAPES dá visibilidade para a importante diretriz que é a integração ensino-saúde-comunidade. Na prática, aquele estágio que muitas vezes ocorria despercebido, ganhou novos olhares nesse aspecto.

A partir da celebração do COAPES a possibilidade de integração efetiva para amplificar as parcerias com as instituições de ensino estão se consolidando. Atualmente, são signatárias do COAPES as seguintes instituições de ensino: Centro Universitário Claretiano, Anhanguera, Unesp, Unicep, Unimep, Colégio Renascer, Senac e Escola Estadual Bayeux.

Outra dinâmica diferenciada, refere-se ao curso de graduação de medicina que a partir de sua proposta pedagógica, insere os alunos desde o primeiro ano nas unidades de saúde. Esse processo formativo provoca alterações importantes nos cenários das práticas com a entrada de dois novos atores: alunos e preceptores. Essa dinâmica pode ser disparadora de importantes processos de ensino e aprendizagem, não somente para os alunos mas para os trabalhadores que diariamente podem exercitar seus saberes.

Em relação ao outro eixo do Programa “Mais Médicos” relacionado ao provimento de profissionais temos, atualmente, 06 (seis) médicos atuando na cidade do referido Programa.

B) Rede de Saúde Bucal

Em 2004 foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Programa Brasil Sorridente. O documento delineava as diretrizes para estruturação e condução de ações e serviços de saúde bucal no país com foco na reorganização da Atenção Básica e na inédita estruturação de atenção especializada em saúde bucal por meio da implementação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Segundo Cayetano et al. (2019), a PNSB estruturou as ações de saúde bucal na lógica de rede de atenção à saúde (RAS), articulando a atenção básica com a atenção especializada.

A área de saúde bucal no município já existia antes mesmo da criação da PNSB e, no mesmo ano (2004), o município já credenciou o CEO tipo I através da Portaria MS/GM nº 2.192, de 8 de outubro de 2004, habilitando o seu primeiro Centro de Especialidade Odontológica - CEO Tipo 1.

Em 2010, houve a evolução e a preparação para a alteração do tipo do CEO, que passou do Tipo 1 para o Tipo 2 com a sua habilitação ratificada através da Portaria MS/GM nº 3.440, de 11 de novembro de 2010.

E, recentemente, somente em 2019, houve a alteração do CEO do tipo 2 para o Tipo 3 com a sua habilitação ratificada através da Portaria MS/GM nº 3.135, de 09 de dezembro de 2019.

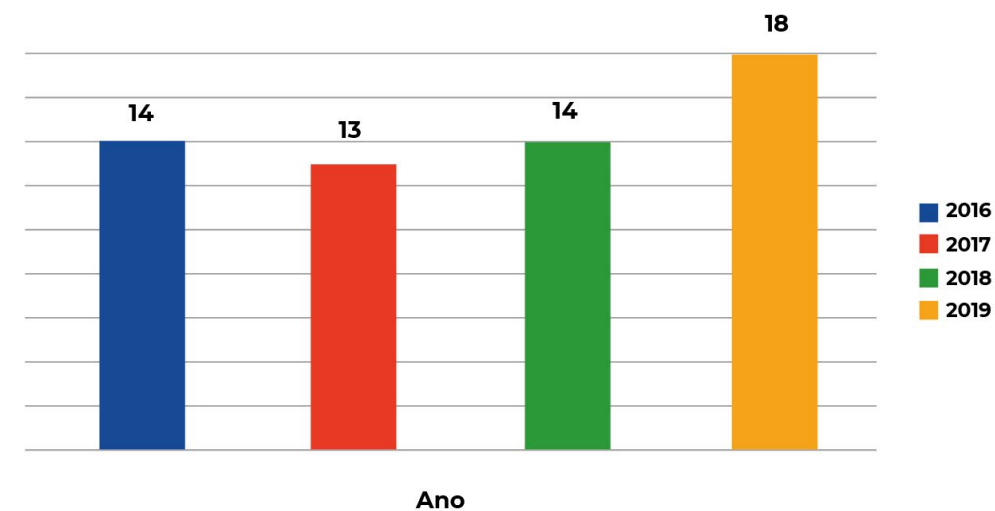
Em relação ao Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), em 2005 o município de Rio Claro habilitou o LRPD e a habilitação foi ratificada através da Portaria MS/GM nº 2.444, de 12 de dezembro de 2005.

Com a efetivação da PNSB, a equipe de saúde bucal (eSB) tem uma composição mínima de um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal integrado à uma equipe de saúde da família no território.

A rede de saúde bucal do município de Rio Claro está organizada por níveis de atenção. Na rede de Atenção Primária a Saúde Bucal (APSB) o município de Rio Claro dispõe de 18 (dezoito) Equipes de Saúde Bucal (eSB) implantadas em 14 unidades básicas de saúde com estratégia de saúde da família (UBS/USF).

A evolução das eSB no último período pode ser observada no **Gráfico 22** no período de 2016 a 2019 no município de Rio Claro.

Gráfico 22 – Evolução das Equipes de Saúde Bucal no município de Rio Claro (2016-2020).



Fonte: MS/CGIAP/DESF/SAPS

Na rede de Atenção Secundária em Saúde Bucal dispomos de 1 (um) Centro de Especialidade Odontológica (CEO) com as seguintes especialidades: 1) Endodontia; 2) Ortodontista; 3) Cirurgia Oral dos tecidos moles e duros; 4) Dentística; 5) Periodontista; 6) Odontogeriatría; 7) Odontopediatria; 8) Patologia bucal; 9) Prótese Dentária 10) Radiologia; 11) Traumatologia bucomaxilofacial; e 12) Odontologia para pacientes com necessidades especiais (PCD).

Oferecemos atendimento para a pessoa com deficiência na rede de saúde bucal e ainda, na rede de Atenção Secundária em Saúde Bucal através de 1 Serviço de Atendimento Odontológico Especializado, voltado para pacientes portadores de infecções sexualmente transmissíveis (IST/ HIV/Aids/HV) no SEPA (Serviço Especializado em Prevenção e Assistência para DST/AIDS/Hepatites Virais).

Na área de urgência e emergência de saúde bucal, contamos com 1 serviço de atendimento odontológico no Pronto Atendimento do Chervezon para atendimentos emergenciais.

C) Atenção Secundária/Especializada

Segundo Merhy (1997), os serviços de atenção especializada são espaços de saber-fazer profissionais, onde se concretiza o encontro das tecnologias leves e leves-duras ofertadas sobre a infraestrutura tecnológica dura.

A atenção especializada no SUS é também segmentada em dois níveis de complexidade: média complexidade e alta complexidade.

Mendes (2019) revela que “Os níveis de atenção secundários e terciários constituem de tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não de maiores complexidades. Tal visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, os políticos, os gestores, os profissionais de saúde e a população a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica das práticas que são realizadas nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde” (p.176-177).

Enquanto a rede de serviços de atenção básica deve ser extremamente capilarizada com unidades de pequeno porte distribuídas o mais próximo possível de onde os usuários vivem e trabalham, tendo, portanto, como sua principal característica a descentralização, a atenção especializada deve ser preferencialmente ofertada de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo a escala adequada (economia de escala) para assegurar tanto uma boa relação custo/benefício quanto a qualidade da atenção a ser prestada.

Cabe ainda, para delimitar o campo da chamada atenção especializada, um recorte constitutivo dado pela modalidade ou nível assistencial, exemplificado pelas áreas de atenção secundária (serviços médicos ambulatoriais e de apoio diagnóstico e terapêutico), de atenção terciária (de diagnose e terapia e atenção hospitalar) e de urgência/emergência (que se insere e articula com todos os níveis de atenção). Do ponto vista de rede assistencial, os serviços de atenção secundária e terciária constituem-se em níveis de referência para a atenção básica, dentro da lógica de hierarquização e regionalização com que se constituiu o SUS.

Os problemas de saúde que não forem resolvidos no nível da atenção básica deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica, organizados de forma municipal ou regional, tais como os ambulatórios de especialidades e os serviços de apoio diagnósticos e terapêuticos e de atenção hospitalar. Uma vez equacionado o problema, o serviço especializado deve encaminhar o usuário para que possa ser acompanhado no âmbito da atenção básica. Referência e contra-referência também funcionam entre serviços do mesmo nível de complexidade ou entre os serviços de atenção ambulatorial especializada, hospitalares, de reabilitação e de apoio diagnóstico e terapêutico. A organização e gestão deste sistema é uma responsabilidade da direção municipal do SUS, que deve estabelecer parcerias com municípios vizinhos a fim de garantir o atendimento necessário à população.

Sob gestão do município, dispomos dos seguintes equipamentos da Atenção Especializada (AE): CEAD e SEPA. E sob gestão do Estado, temos o AME-RC. O Centro de Especialidades e Apoio Diagnóstico - CEAD foi implantado em 1998, para garantir o acesso às especialidades médicas e serviços de apoio diagnóstico; iniciou suas atividades na Rua 10, nº 152, junto com o Instituto Adolfo Lutz (gestão estadual) e posteriormente passou por um curto período de transição em prédio da Unesp (cedido) e desde 2014 passou a atender na Avenida 24, nº 1040 – Bairro Santa Cruz. O CEAD ao longo do tempo e das gestões passou por diversas reformulações. No momento atual, as especialidades médicas e serviços de apoio diagnóstico próprios que a unidade dispõe estão especificados na **Tabela 51**.

Na unidade são realizados esses serviços próprios, em geral encaminhados pelas unidades básicas através da central de regulação municipal.

Tabela 51 – CBO - Especialidades médicas e serviços de apoio diagnóstico próprios no CEAD (Centro de Especialidades e Apoio Diagnóstico).

CBO - Especialidades Médicas	Apoio Diagnóstico
225112 - Neurologista	Eletrocardiograma
225115 - Angiologista	Ecocardiograma
225120 - Cardiologista	US diversos
225121 - Oncologista Clínico	Colposcopias
225127 - Pneumologista	Punção de Tireoide
225133 - Psiquiatra	Punção de Mama
225135 - Dermatologista	Pequenas Cirurgias
225148 - Anatomopatologista	EEG
225155 - Endocrinologista	Coleta de material para exame Laboratorial
225165 - Gastroenterologista	Espirometria
225185 - Hematologista	Coleta de Lavado Bronco - Alveolar
225203 - Cirurgião Vascular	Cuidado com Estomas
225215 - Cirurgião Cabeça e Pescoço	
225225 - Cirurgião Geral	
225230 - Cirurgião Pediátrico	
225250 - Ginecologista e Obstétrica	
225255 - Mastologista	
225260 - Neurocirurgião	
225265 - Oftalmologista	
225270 - Ortopedista	
225275 - Otorrinolaringologista	
225285 - Urologista	
225320 - Radiologista	

Fonte: MS/CGIAP/DESF/SAPS/CNES e FMSRC

Para o atendimento das necessidades dos usuários e as solicitações médicas, dispomos de serviços de apoio diagnóstico contratados de terceiros, regulados pela Central de Regulação municipal que estão elencados na **Tabela 52**. Nessa tabela não incluímos nenhum serviço do AME-RC e também nenhum serviço que não está contratado pela FMSRC.



Tabela 52 – Serviços contratados pela FMSRC de apoio diagnóstico regulados pela Central de Regulação Municipal.

Apoio Diagnóstico	Apoio Diagnóstico
Angioressonâncias	Microscopia Especular de Córnea
Angiotomografias	Monitoização Ambulatorial de pressão Arterial
Bera	Monitoramento Holter
Biometria	Nasofibrolaringoscopia
Biomicroscopia	Paquimetria
Campimetria Computadorizada	Polissonografia
Capsulotomia (Yag Laser)	Potencial de Acuidade Visual
Ceratometria	Radiografias Diversas com ou sem contraste
Cintilografias	Ressonância Magnética
Colonoscopia	Retinografias
Curva diária de Pressão Ocular	Retossigmoidoscopia
Dacriocistografia	Sessoes de Oxigenoterapia Hiperbárica
Ecocardiografia Fetal	Teste de Esforço/Teste Ergométrico
Eletroencefalograma	Teste Ortóptico
Eletroneuromiografia	Tomografia Computadorizada
Escanometria	Tonometria
Esofagogastroduodenoscopia	Topografia de Córnea
Exames Anatomo-Patológicos	Uretrocistografia
Fundoscopia	Urografia Venosa
Gonioscopia	US diversos
Imunohistoquimicas	US obstétrico
Ligadura Esofágica	Vectoeletronistamografia
Mapeamento de Retina	Videodeglutição

Fonte: MS/CGIAP/DESF/SAPS/CNES e FMSRC

O SEPA (Serviço Especializado em Prevenção e Assistência para DST/AIDS/Hepatites Virais), unidade especializada do município em serviço de atenção à DST (IST)/ HIV e AIDS, iniciou suas atividades quando os serviços, antes espalhados, foram unificados: Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e o Serviço de Assistência Especializada (SAE) em HIV/AIDS, Hepatites e ISTs. Posteriormente, foi criada a Unidade de Dispensação de Medicamentos e Insumos (UDMI) relacionada aos medicamentos de Hepatites Virais.

O SAE existia no local, numa pequena parte do prédio localizado na Avenida 19 com ruas 9 e 10. Foram então juntados todos os serviços relacionados à área e assim o CTA e SAE deram origem ao SEPA e foi incluída a UDMI no mesmo local.

O nome da unidade SEPA foi homenagem póstuma à servidora da Fundação Municipal de Saúde Graziela Osele Ferro Ramos, que foi Coordenadora da unidade e quem iniciou os trabalhos na época da explosão dos casos de AIDS/HIV no país e na cidade. A inauguração do prédio reformado e ampliado foi entregue pelo então Ministro da Saúde Alexandre Padilha em Dezembro de 2013.

O AME-RC – Ambulatório Médico de Especialidades de Rio Claro é uma unidade de atendimento ambulatorial de gestão estadual que tem por finalidade a realização de atendimento assistencial na área de consultas ambulatoriais especializadas e a realização de exames de apoio diagnóstico à pacientes do Sistema Único de Saúde, no âmbito de sua área de abrangência. Esse serviço é referência para as cidades do Departamento Regional de Saúde, DRS-X. Está em funcionamento desde 14 de dezembro de 2009, sendo inaugurado em 06 de janeiro de 2010; foi criado pelo Decreto Estadual nº 53286 de 23/07/2008 e foi implantado e é gerenciado pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) através de um convênio firmado com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, com a interveniência da Fundação de Desenvolvimento da UNICAMP, sendo mantido com recursos provenientes do cidadão, administrados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A rede de AME's (Ambulatórios Médicos Especializados) foi criada pela Resolução da Secretaria de Estado da Saúde nº 39 de 03/04/2008 (Resolução SS nº 39/2008) com os seguintes objetivos: ampliar a rede de serviços de média complexidade voltada para o Sistema Único de Saúde (SUS); racionalizar e melhorar a qualidade da assistência; alcançar maior resolutividade; promover integração entre a rede de assistência básica, especializada e hospitalar da área de abrangência; implantar protocolos gerenciados de referência e contra-referência ambulatorial e desenvolver atividades visando capacitação de recursos humanos.

a) Serviço de Atenção Domiciliar – SAD – Programa “Melhor em Casa”

A Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) foi efetivada no âmbito do SUS através da Portaria MS/GM nº 2.029, de 24 de agosto de 2011; no mesmo ano, essa Portaria foi substituída pela Portaria MS/GM nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Ainda em 2011, em novembro, foi lançado o Programa “Melhor em Casa”.

Atualmente está vigorando a Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017 que define a atenção domiciliar (AD) e o serviço de atenção domiciliar (SAD):
 “I - Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados;” (BRASIL, 2017).

“II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP);” (BRASIL, 2017).

Nosso município dispunha de atendimento domiciliar e tinha um serviço conhecido como PAD (Programa de Atendimento Domiciliar), nada comparado ao serviço de atendimento domiciliar (SAD) previsto na PNAD.

Em 2012, o município reorganizou o serviço de atenção domiciliar criando o SAD junto ao Centro de Especialidade e Apoio Diagnóstico (CEAD) e, através da Portaria MS/GM nº 2.598, de 14 de novembro de 2012 foi ratificada a habilitação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) com o credenciamento de 1 (uma) Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e 1 (uma) Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).

Conforme previsto, inclusive na Portaria do Ministério da Saúde, cada EMAD atenderá uma população adscrita de 100.000 (cem mil) habitantes. Portanto, há necessidade de habilitar a 2ª equipe EMAD pela demanda necessária e pelo parâmetro populacional do município.

D) Atenção Secundária/Saúde Mental

A área de Saúde Mental se constitui atualmente na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS é estabelecida por vários componentes, mas abordaremos aqui apenas o componente da Atenção Psicossocial Especializada e das Estratégias de Desinstitucionalização.

Os componentes que fazem parte da RAPS, incluindo os seus pontos de atenção à saúde, são os seguintes: Atenção Básica em Saúde (UBS/USF), Atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192, UPA e PA, portas hospitalares de atenção às urgências); Estratégias de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos/Programa de Volta para Casa); Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Iniciativas de geração de trabalho e renda) e a Atenção Psicossocial Especializada (CAPS em suas diferentes modalidades).

Em 2002, houve a habilitação do Centro de Atenção Psicossocial Tipo III, ratificada através da Portaria MS/GM nº 2.103, de 19 de novembro de 2002. Já em 2005, houve a habilitação do Centro de Atenção Psicossocial Tipo AD, ratificada através da Portaria SAS nº 754, de 26 de dezembro de 2005. E o último CAPS a ser habilitado foi o Centro de Atenção Psicossocial Tipo i, ratificada a sua habilitação através da Portaria SAS nº 1.376, de 10 de dezembro de 2013.

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

- **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 leitos de retaguarda à crise para as urgências psiquiátricas. O serviço é destinado ao atendimento de adultos com transtornos mentais graves e persistentes, sendo que na urgência em saúde mental atende todas as faixas etárias.**
- **Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil - CAPS IJ, implantado em julho de 2013, ampliando a atenção no componente da Atenção Psicossocial Especializada. O CAPS IJ atende crianças e adolescentes de 3 a 18 anos incompletos, com transtornos mentais severos e persistentes e com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O CAPS IJ é referência para o município de Rio Claro.**

No final de 2020, foi habilitado o Serviço Residencial Terapêutico – Tipo II, ratificada através da Portaria GM/MS nº 2.974, de 28 de outubro de 2020.

No componente da Estratégia de Desinstitucionalização, o município de Rio Claro conta com: a) Serviço Residencial Terapêutico Tipo II com 10 (dez) moradores e o b) Programa de Volta para Casa. Dispomos de 1 SRT Tipo II masculina.

Os outros 2 (dois) serviços ambulatoriais especializados na área de saúde mental, o CESM (ambulatorio de saúde mental adulto) e o CRIARI (ambulatorio de saúde mental infanto-juvenil) foram desativados na gestão anterior da FMSRC (2017-2020) e não foram substituídos por nenhum outro equipamento ou serviço. Para atender a demanda houve a elaboração de um projeto que previa ações de matriciamento nas unidades de saúde. No caso do CRIARI houve o deslocamento de alguns dos profissionais daquela unidade extinta para o CAPS i; porém, tratam-se de serviços totalmente diferentes pois o CAPS i tem uma dinâmica e um funcionamento diametralmente diferente do serviço ambulatorial especializado do CRIARI que existia na rede de saúde.

Também foram desativadas pela gestão anterior da FMSRC (2017-2020), as Estratégias de Reabilitação Psicossocial, no caso o premiado programa que ficou conhecido como “Loucos por pão”.

E) Atenção Secundária/ Reabilitação

No município de Rio Claro, antes até mesmo do SUS, já existia uma unidade que atendia crianças e adolescentes com deficiência, na faixa etária de 0 à 18 anos, implantada em 1982, em parceria com Prefeitura Municipal de Rio Claro através da Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social e Legião Brasileira de Assistência (LBA), conhecida na época como Centro de Reabilitação Infantil, funcionando em espaço cedido em regime de comodato pelo Asilo São Vicente de Paulo. Depois de uma parceria com a família real sueca e a sociedade beneficente sueco brasileira, o novo prédio foi construído e a partir de 1991, passou-se a chamar-se CENTRO DE HABILITAÇÃO INFANTIL “PRINCESA VICTORIA”, localizado na Avenida José Felício Castellano no. 1700 – Bairro Vila Cristina.

Com a criação da Fundação Municipal de Saúde em 1995, o então CHI “PV” passou a se integrar na sua estrutura. Em 15/03/2002, foi habilitado como Centro de Referência de Reabilitação em Medicina Física (Portaria 180 SAS).

Com a criação pelo Ministério da Saúde, da Rede de Cuidados à Pessoa com deficiência no âmbito do SUS, através da Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012, iniciaram-se os estudos para que a unidade pudesse ser habilitada como uma unidade do componente da Atenção Especializada em Reabilitação nas modalidades previstas. Outro desafio com a habilitação junto ao Ministério, seria ampliar a faixa etária de atendimento, pois a expertise da unidade e da equipe estava centrada na infância, adolescência e no atendimento dos bebês de risco.

Nesse momento, o CHI está em fase de habilitação junto ao Ministério da Saúde. A gestão anterior da FMSRC submeteu um projeto junto ao MS de habilitação da Unidade como CER – Centro Especializado em Reabilitação nas modalidades Física e Visual, CER tipo II.

Atualmente, a unidade conta com profissionais de diversas categorias e núcleos de avaliação física, auditiva, visual, intelectual, transtorno do espectro do autismo, bebês de risco, para avaliação e atendimento da pessoa com deficiência.

A rede de atenção à pessoa com deficiência no Estado de São Paulo conta com diversos serviços habilitados junto ao Ministério da Saúde, trata-se da Rede Lucy Montoro, da Secretaria de Estado da Saúde, Centro Especializado em Reabilitação de Pirassununga (CER IV) e Rede de Saúde Auditiva (Santa Casa de Limeira). Portanto, as patologias não atendidas na unidade e/ou casos mais complexos são encaminhados para os serviços de referência, dentro da hierarquia e na sua complexidade conforme fluxos do SUS.

No CHI “PV” os casos são avaliados por equipe interdisciplinar para verificar critérios de elegibilidade e iniciar o atendimento na unidade. Patologias atendidas: lesão medular; seqüela de acidente vascular encefálico (AVE); amputações; traumatismo crânio encefálico (TCE); doenças neuromusculares; encefalopatia crônica não progressiva da infância (paralisia cerebral); síndromes genéticas que comprometam o aparelho locomotor; malformações congênitas; paralisia infantil; múltiplas deficiências; atraso no desenvolvimento neuropsicomotor; neuropatias; nanismo; seqüelas de pós COVID 19; perda auditiva e surdez, cegueira e visão subnormal; transtorno do espectro do autismo; bebês de risco.

Critérios para atendimento de bebês de risco: Baixo peso (< de 2.000g); asfixia grave ao nascer APGAR (<7 no 5º minuto); patologias graves ao nascimento como meningite, traumatismo craniano e convulsões; doenças infectocontagiosas como HIV, Hepatites virais, Sífilis, Rubéola, Toxoplasmose, COVID (encaminhados pelo SEPA); má formação ou com síndromes genéticas com alterações neurológicas; pé-torto congênito, lesão de plexo braquial obstétrica, displasia de quadril, polidactilia; Prematuridade menor ou igual a 36 semanas; DNPM insatisfatório para a faixa etária; Falha nas triagens auditivas e visuais; Cardiopatias; Bebês internados ou com intercorrências na maternidade ou em unidade de assistência ao recém-nascido (UTI neonatal/berçário patológico); Alteração no perímetro cefálico, Bebês que apresentarem crise de abstinência decorrente de uso de álcool e drogas na gestação; Mães que testaram positivo para COVID 19 na gestação.

F) Urgência e Emergência – APH Fixo e Móvel

O município de Rio Claro possui 2 (duas) Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), distribuídas uma na zona sul da cidade e outra na zona norte. No atendimento pré-hospitalar fixo, o município ainda conta com o Pronto Socorro Municipal Integrado (PSMI), Pronto Socorro em Ginecologia e Obstetrícia (PSGO) e a Urgência Psiquiátrica realizada pelo CAPS III.

Na ocasião da entrega, inauguração e início das atividades em 01 de junho de 2012, a UPA 29 contou com a presença do então ministro da saúde Alexandre Padilha na solenidade, dentre outras autoridades. A UPA 29 foi qualificada a 1ª (primeira) vez através da Portaria MS/GM nº 1017 de 28 de maio de 2013; é classificada como Porte II, conforme classificação da Portaria do MS e atende conforme os requisitos estabelecidos para uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com classificação de risco, entre outros critérios e protocolos próprios. A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

A UPA 29, da zona sul, foi construída e iniciou as suas atividades com prédio próprio projetado exclusivamente para aquela unidade. O projeto foi submetido ao Ministério da Saúde e aprovado através da Portaria MS/GM nº 2.161, de 16/09/2009. Em 2014, através da Lei Municipal nº 4.796, de 28/10/2014 foi denominada de UPA 29 “Dr. Olavo Narkevitz”. A última qualificação se deu em Janeiro de 2016, através da Portaria MS/GM nº 2, de 6 de janeiro de 2016. A qualificação venceu em 2019 e não foi renovada pela gestão anterior da FMSRC (2017-2020).

A UPA “Jd. Chervezon” teve sua qualificação de forma diferente. Já Unidade da zona norte já existia como Pronto Atendimento naquele local desde 2008. Em 2012, o Ministério da Saúde através da Portaria MS/GM nº 1.171/2012 autorizou que unidades de pronto atendimento pudessem ser transformadas em “UPA Ampliada”. Ou seja, não era preciso a construção de uma unidade nova, mas a adequação de uma unidade existente para “UPA Ampliada”.

O município de Rio Claro então, pleiteou a transformação daquela unidade de pronto atendimento da zona norte para “UPA Ampliada”, o que foi efetivado através da Portaria MS/GM nº 1.173, de 05 de junho de 2012. Rio Claro foi um dos 6 primeiros municípios paulistas a serem atendidos nesse pleito.

Para essa transformação, diversas adequações foram realizadas e exigências cumpridas; a Unidade passou por ampliação da área e o desenho e alteração arquitetônica foram aprovados pela área técnica do Ministério da Saúde. Porém, a gestão da FMSRC (2017-2020) não pleiteou a habilitação para o recebimento de custeio do PA “Jd. Chervezon” como “UPA Ampliada” e não deu andamento à finalização do pleito e cumprimento das exigências para a finalização dessa conversão.

O Pronto Socorro Municipal Integrado - PSMI - é uma unidade especializada de urgência e emergência e é a única unidade com atendimento referenciado sem pronto-atendimento. Na prática, o PSMI é a porta de entrada da emergência do Hospital Santa Casa de Misericórdia. Há tratativas para que essa porta de entrada hospitalar retorne à gestão do hospital Santa Casa de Misericórdia, o que ocorre quase que na totalidade dos municípios do Brasil.

O Pronto Socorro em Ginecologia e Obstetrícia – PS GO funciona vinculado ao PSMI e a Maternidade do Hospital Santa Casa de Misericórdia. A unidade é referência para atendimento emergencial ginecológico e obstétrico e também para os casos de violência sexual. A unidade também é um dos pontos de atenção da Rede Cegonha. O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) Móvel é recente no município de Rio Claro, pois era a principal lacuna existente na rede de urgência emergência até 2011, desde a sua concepção em 2002, através da Portaria MS/GM nº 2048/2002 e a efetiva criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/192) com o Decreto presidencial nº 5.055, de 27 de abril de 2004 (RODRIGUES FILHO, 2011).

Na nossa cidade, o início do processo de implantação do SAMU/192 se deu com a aprovação da Lei Municipal nº 3.953, de 25/06/2009. Dessa forma, efetivou-se o APH móvel na cidade e na microrregião.

Em menos de 1 ano, o Ministério da Saúde efetivou a aprovação do Projeto do SAMU/192 Regional com sede na cidade de Rio Claro através da Portaria MS/GM nº 1.003, de 04/05/2010.

As unidades de Suporte Básico e Suporte Avançado que compõe o SAMU/192 – Regional Rio Claro, constam na **Tabela 53**, à seguir.

Tabela 53 – Distribuição das Unidades de Suporte Básico, Avançado e Central de Regulação Médica na Região de Saúde de Rio Claro, Quadro de distâncias e População estimada de cada município da Região de Saúde de Rio Claro.

CIDADE	POPULAÇÃO	DISTÂNCIA DE RIO CLARO (KM)	Central de Regulação Médica	Unidade de Suporte Avançado - USA	Unidade de Suporte Básico - USB
Rio Claro	208.008	-	01	01	01
Santa Gertrudes	27.381	08	-	-	01
Itirapina	18.387	39	-	-	01
Ipeuna	7.687	18	-	-	01
Analandia	5.056	41	-	-	-
Corumbatai	4.064	28	-	-	01
TOTAL	270.583	-	01	01	05

Fonte: Departamento de Estradas e Rodagem – DER/SP. Ministério da Saúde – Portaria de Habilitação do SAMU/192 – Regional Rio Claro. 2000 a 2020 – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE. Elaboração própria (RODRIGUES FILHO, 2011).

O SAMU/192 Regional Rio Claro iniciou os seus trabalhos em 01/07/2011 e conta com a participação de todas as cidades da microrregião: Analândia, Corumbataí, Ipeúna, Itirapina e Santa Gertrudes. A sede foi inaugurada em 22/06/2011 como parte da comemoração das festividades do aniversário da cidade, tamanho a importância do serviço. O SAMU/192 Regional Rio Claro é habilitado no mesmo ano, através da Portaria MS/GM nº 2.547, de 28 de outubro de 2011.

A qualidade dos serviços do SAMU/192 Regional Rio Claro possibilitou a sua primeira qualificação em 2013, através da Portaria MS/GM nº 86, de 22 de janeiro de 2013 qualificando toda a regional. A última qualificação do SAMU/192 se deu em 2018 através da Portaria MS/GM nº 1.572, de 1 de junho de 2018.

Em 2018, através da Lei Municipal nº 5.214, de 29/06/2018a base da unidade do SAMU de Rio Claro foi denominada de “Silvestre La Torre”.

Em 2019, foi criada uma base descentralizada do SAMU/192 Regional na zona sul do município de Rio Claro, próximo da UPA 29 “Dr. Olavo Narkevitz”. Essa base descentralizada foi exclusivamente uma iniciativa municipal, não há qualquer registro de pactuação no âmbito regional. Foi autorizada pela Câmara Municipal através da Lei Municipal nº 5.215, de 29/06/2018, denominada de “Vereador José Carlos Leonhardt”.

Em 2020, por força da Portaria MS/GM nº 732, de 07 de abril de 2020, estão prorrogados temporariamente os prazos de qualificação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), enquanto perdurar a emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.

G) Atenção Terciária/Hospitalar

O Município não dispunha de nenhum equipamento próprio hospitalar até 2020. Nesse ano, frente à emergência de saúde pública, foi criado um “hospital de campanha” dentro das dependências do Pronto Atendimento do Chervezon e trata-se de uma estrutura emergencial.

A Atenção Hospitalar deve cumprir principalmente, a função de responder às condições agudas ou aos momentos de agudização das condições crônicas, conforme estabelecido em diretrizes clínicas baseadas em evidências. Para isso, os hospitais em redes devem ter uma densidade tecnológica compatível com o exercício dessa função e devem operar com padrões ótimos de qualidade, gerando valor para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde (Mendes, 2011).

De forma resumida, as informações sobre os hospitais encontram-se na **Tabela 54** – Serviços Hospitalares existentes no município de Rio Claro, contendo todos os serviços, incluindo aqueles não vinculados ao SUS.

Tabela 54 – Serviços Hospitalares no município de Rio Claro/SP (CNES 2020)

Hospital SP (CNES)	Leitos SUS	Leitos NÃO SUS	Classificação	Natureza
2082888 Santa Casa de Rio Claro	120	50	GERAL	FILANTRÓPICO
2081113 Hospital Santa Filomena de Rio Claro	6	62	GERAL	PRIVADO
2083159 Bezerra de Menezes Rio Claro	100	14	ESPECIALIZADO	FILANTRÓPICO
2081032 Hospital Unimed de Rio Claro			GERAL	PRIVADO
TOTAL	226	179		

Fonte: MS/CGIAP/DESF/SAPS

Os hospitais que prestam serviços ao SUS são os seguintes: Santa Casa de Rio Claro (CNES 2082888), Hospital Santa Filomena de Rio Claro (CNES 2081113) e Bezerra de Menezes Rio Claro (CNES 2083159), sendo o último hospital especializado e os outros hospitais gerais.

a) Santa Casa de Rio Claro

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro, instituição filantrópica, foi fundada em 28 de março de 1885 com a finalidade de servir a comunidade rio-clarense e “manter um hospital exercitando a caridade”. Entidade católica baseou-se nos moldes da primeira Misericórdia fundada no mundo, a Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, Portugal. Neste mesmo ano, o Sr. Francisco de Assis Negreiros cedeu à Irmandade, o uso do prédio e terrenos para instalações do hospital. Nesta época, os primeiros funcionários foram contratados para a aplicação de ventosas e sanguessugas e a condução de enfermos e cadáveres. Em 08 de setembro de 1922 foi inaugurado o atual prédio da Santa Casa em terreno doado pelo Sr. Miguel Arcanjo Rinaldi. Já em 1965 foi construído mais um prédio destinado à Maternidade Rio Claro e que, em 2000, foi totalmente remodelado visando o atendimento de convênios e particulares (SANTA CASA DE RIO CLARO, 2021).

O hospital conta com as seguintes habilitações/credenciamentos junto ao Ministério da Saúde: **a)** Assistência em Alta Complexidade em Cardiovascular; **b)** Nefrologia; **c)** Neurocirurgia; **d)** Ortopedia; **e)** Terapia Nutricional; **f)** Oncologia – UNACON; **g)** Gestante de Alto Risco (atendimento terciário); **h)** Contracepção definitiva (laqueadura/vasectomia); **i)** UTI Adulto Tipo II e **j)** UTI Neonatal Tipo II (Leitos neonatais e pediátricos).

Com a implantação da Rede Cegonha (2011) foram estudados em conjunto com o hospital a habilitação de outros serviços/leitos relacionados à essa Rede de Atenção à Saúde no Hospital o que foi consolidado na Deliberação CIB nº 57, de 19/11/2013.

- Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal - UTIN Tipo II- 05 (cinco) leitos(Portaria MS/SAS nº 1336, de 03/10/2016);
- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo)- 05 (cinco) leitos (Portaria MS/SAS nº 1302, de 27/09/2016);
- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)02 (dois) leitos (Portaria MS/SAS nº 1336, de 03/10/2016);
- Referência Hospitalar na Atenção à Saúde em Gestação de Alto Risco Tipo II(Portaria MS/SAS nº 1113, de 22/06/2017).

A assistência hospitalar é realizada através da disponibilização de leitos gerais e complementares que pode ser verificado na **Tabela 55** com a quantidade de leitos e a tipologia de cada um.



Tabela 55 – Leitos Hospitalares da Santa Casa de Rio Claro por especialidade (SUS e não-SUS) (CNES 2020)

Leitos por Especialidade	SUS	Não SUS	TOTAL
Cirúrgico/Cirurgia Geral	6	19	25
Cirúrgico/Ginecologia	2	2	4
Cirúrgico/Neurocirurgia	3	1	4
Cirúrgico/Oncologia	1	0	1
Cirúrgico/Ortopedia - Traumatologia	8	5	13
Clínico/AIDS	1	0	1
Clínico/ clínica geral	12	13	25
Clínico/Oncologia	2	0	2
Obstetrícia/Cirúrgica	10	4	14
Obstetrícia/ Clínica	10	4	14
Pediatria/Cirúrgica	5	2	7
Pediatria/Clínica	7	2	9
Crônicos	2	0	2
Pneumologia			
Pneumologia sanitária	1	0	1
Psiquiatria	2	0	2
Sub-Total (1)	72	52	124
Leitos Complementares	SUS	Não SUS	TOTAL
Unidade de Isolamento	2	1	3
UTI Adulto - Tipo II	10	10	20
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru - Ucinca	2	0	2
UTI Neonatal - Tipo II	5	1	6
Leitos por Especialidade	SUS	Não SUS	TOTAL
Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Convencional - Ucinco	5	3	8
UTI Pediátrica - Tipo II	2	0	2
Sub-Total (2)	26	15	41
Leitos Complementares COVID-19	SUS	Não SUS	TOTAL
Suporte Ventilatório Pulmonar	2	0	2
UTI - Adulto SRAG	10	10	20
Sub- Total (3)	12	10	22
TOTAL	110	77	187

Fonte: MS/CGIAP/DESF/SAPS (CNES 2020).

A importância dos hospitais filantrópicos na rede de saúde do SUS é histórica, nesse caso a Secretaria de Estado (SES) criou um programa denominado de “Santa Casa Sustentáveis” com o propósito de integrar os hospitais no sistema de regulação estadual denominado de CROSS (Central de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde) e também contribuir para o desenvolvimento do parque hospitalar de referência no Estado de São Paulo, capaz de prestar serviços de saúde de qualidade e resolutivos de média e alta complexidade. O Programa “Santa Casa SUSTentável” foi criado através da Resolução SS nº 13 de 05/02/2014 que classifica as Santas Casas em três tipos: hospitais estruturantes (alta complexidade), hospitais estratégicos (média complexidade) e de apoio (menos de 50 leitos). Se reclassificados, esses hospitais recebem repasse superior ao pago pelo SUS, de mais 70%, 40% e 10%, respectivamente. A importância desse programa foi efetivada e tornou-se permanente através da Lei Estadual nº 16.109, de 13/01/2016 que torna permanente o auxílio financeiro às instituições filantrópicas – Santas Casas SUSTentáveis.

Atualmente a Santa Casa de Rio Claro está classificada nesse Programa como “hospital de apoio”. Esse aspecto deve ser avaliado para que o hospital de referência da região de saúde de Rio Claro, única estrutura hospitalar de porte, seja valorizado e reclassificado para um porte superior. Devem ser feitos esforços para que o hospital Santa Casa seja reclassificado e assim possamos melhorar o recebimento de recursos da SES e diminuir a participação do município no financiamento da rede terciária, podendo direcionar esses recursos para a ampliação e qualificação da atenção primária e da atenção especializada, melhorando ainda mais a atenção à saúde da população.

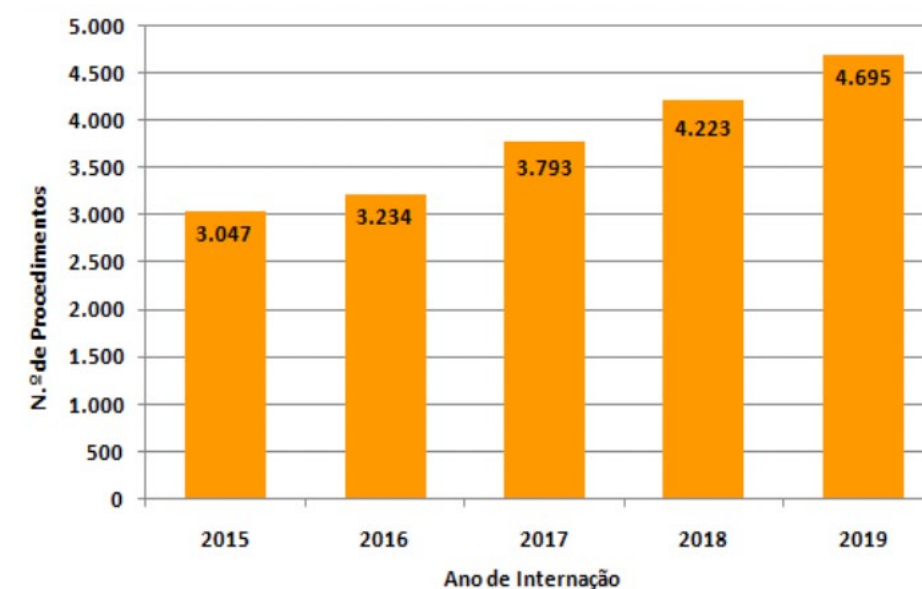
1) UNACON - Oncologia

A Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro habilitou-se como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON, sem serviço de radioterapia, através da Portaria MS/SAS nº 146, de 11/03/2008. A Portaria vigente de habilitação da unidade é a Portaria MS/SAS nº 419, de 22/02/2017.

O UNACON da Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro realiza os procedimentos de quimioterapia para Rio Claro e micro-região.

No **Gráfico 23** à seguir pode ser observado o crescimento dos procedimentos de quimioterapia, ano a ano, realizados através do UNACON da Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro.

Gráfico 23 – Produção de Quimioterapia (físico)– 2015 a 2020

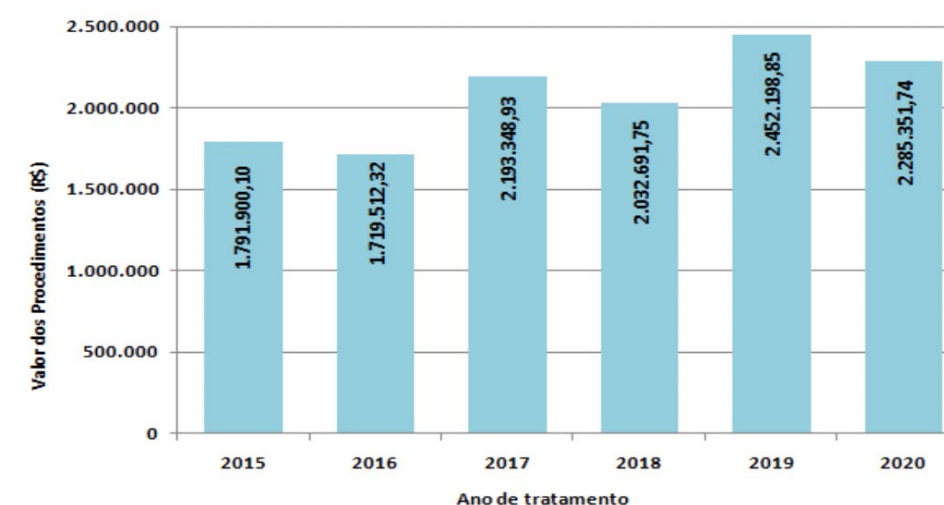


Fonte: MS/CGIAP/DESF/SAPS

A produção anual de quimioterapia vem crescendo e não há o correspondente aumento do teto MAC do município pelo Ministério da Saúde e assim, ano a ano, as cotas programadas são extrapoladas, devido a crescente demanda de casos novos na área de oncologia para a realização da quimioterapia.

No **Gráfico 24** podemos observar o comprometimento financeiro da oncologia e o grande impacto no teto MAC do município sem qualquer ampliação por parte do Ministério da Saúde.

Gráfico 24 – Produção Financeira Quimioterapia – 2015 a 2020



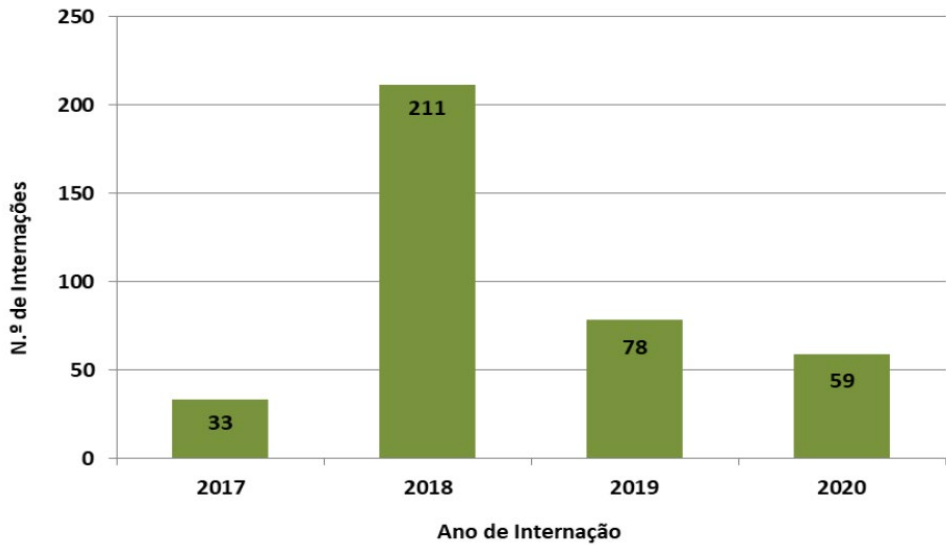
Fonte: MS/CGIAP/DESF/SAPS

b) Hospital Santa Filomena

O Hospital Santa Filomena é uma instituição privada, uma sociedade anônima fechada, fundada em 1978. A Casa de Saúde Santa Filomena como é conhecida, iniciou a prestação de serviços ao SUS através da autorização da Lei Municipal nº 3196, de 02/08/2001 que possibilitou a troca de dívida da instituição com o município por serviços hospitalares. Em 30/12/2003 houve um acordo firmado entre o hospital e o município para a realização de cirurgias eletivas aos usuários do SUS.

A ampliação da oferta de cirurgias eletivas pelo Ministério da Saúde possibilitou em 2018 a realização de um volume maior de cirurgias eletivas pelo hospital Santa Filomena, através da Portaria MS/GM nº 1294 de 25/05/2017, conforme demonstrado no **Gráfico 25**.

Gráfico 25 – Quantidade de internações/cirurgias eletivas por ano do Hospital Santa Filomena (2017-2020).



Fonte: MS/CGIAP/DESF/SAPS

Em 2019 houve uma alteração na Lei Municipal nº 3196/2001, mas o conteúdo praticamente permaneceu o mesmo da Lei de 2001, com a edição da Lei Municipal nº 5297, de 11/07/2019.

A assistência hospitalar do Hospital Santa Filomena de Rio Claro é realizada através da disponibilização de leitos gerais que pode ser verificado na Tabela 56 com a quantidade de leitos e a tipologia de cada um:

Tabela 56 – Leitos Hospitalares da Casa de Saúde e Maternidade Santa Filomena por especialidade (SUS e não SUS) (CNES 2020)

Leitos por Especialidade	SUS	Não SUS	TOTAL
Cirúrgicos	3	16	19
Clínicos	3	17	20
Obstétrico Clínico	-	2	2
Obstétrico Cirúrgico	-	2	2
Pediatria Clínica	-	6	6
Pediatria Cirúrgico	-	2	2
Sub-Total (1)	6	45	51
Hospital Dia	SUS	Não SUS	TOTAL
Cirúrgico/Diagnóstico/Terapêutico	-	6	6
Sub-Total (2)	0	6	6
Leitos Complementares	SUS	Não SUS	TOTAL
Unidade de Isolamento	-	1	1
UTI Adulto - Tipo II	-	4	4
Sub-Total (3)	0	5	5
Total	6	56	62

Fonte: MS/CGIAP/DESF/SAPS (CNES 2020).

c) Bezerra de Menezes

A Casa de Saúde Bezerra de Menezes (CSBM) foi criada em 26 de junho de 1951 por um grupo religioso, sendo o casarão da Avenida 25, entre as ruas 11 e 12 (antigo Hospital dos Lázaros), cedido sob regime de comodato, pelo governo municipal. O antigo hospital de hansenianos foi adaptado para sua nova finalidade direcionado à área de saúde mental e inaugurado em 24 de junho de 1.960 (BEZERRA DE MENEZES, 2021).

O hospital está habilitado pela Portaria MS/SAS nº 404, de 19/11/2009 que reestruturou o Programa de Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS.

Atualmente o Hospital Bezerra de Menezes (CSBM) é uma instituição privada sem fins lucrativos, sob gestão estadual. Está situada em Rio Claro, mas o município não tem gestão sob a unidade hospitalar. A gestão está à cargo da Diretoria Regional de Saúde (DRS-X) através de um convênio com a instituição privada e a Secretaria de Estado da Saúde (SES) para a prestação dos serviços hospitalares psiquiátricos realizados pela instituição. A regulação das vagas é através da CROSS (Central de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde).

A assistência hospitalar do Hospital Casa de Saúde Bezerra de Menezes é realizada através da disponibilização de leitos especializados que pode ser verificado na **Tabela 57** com a quantidade de leitos e a tipologia de cada um:

Tabela 57 – Leitos Hospitalares da Casa de Saúde Bezerra de Menezes por especialidade (SUS e não-SUS) (CNES 2020)

Leitos por Especialidade	SUS	Não SUS	TOTAL
Psiquiatria	100	14	114
Total	100	14	114

Fonte: MS/CGIAP/DESF/SAPS (CNES 2020).

H) Laboratório Municipal de Análises Clínicas

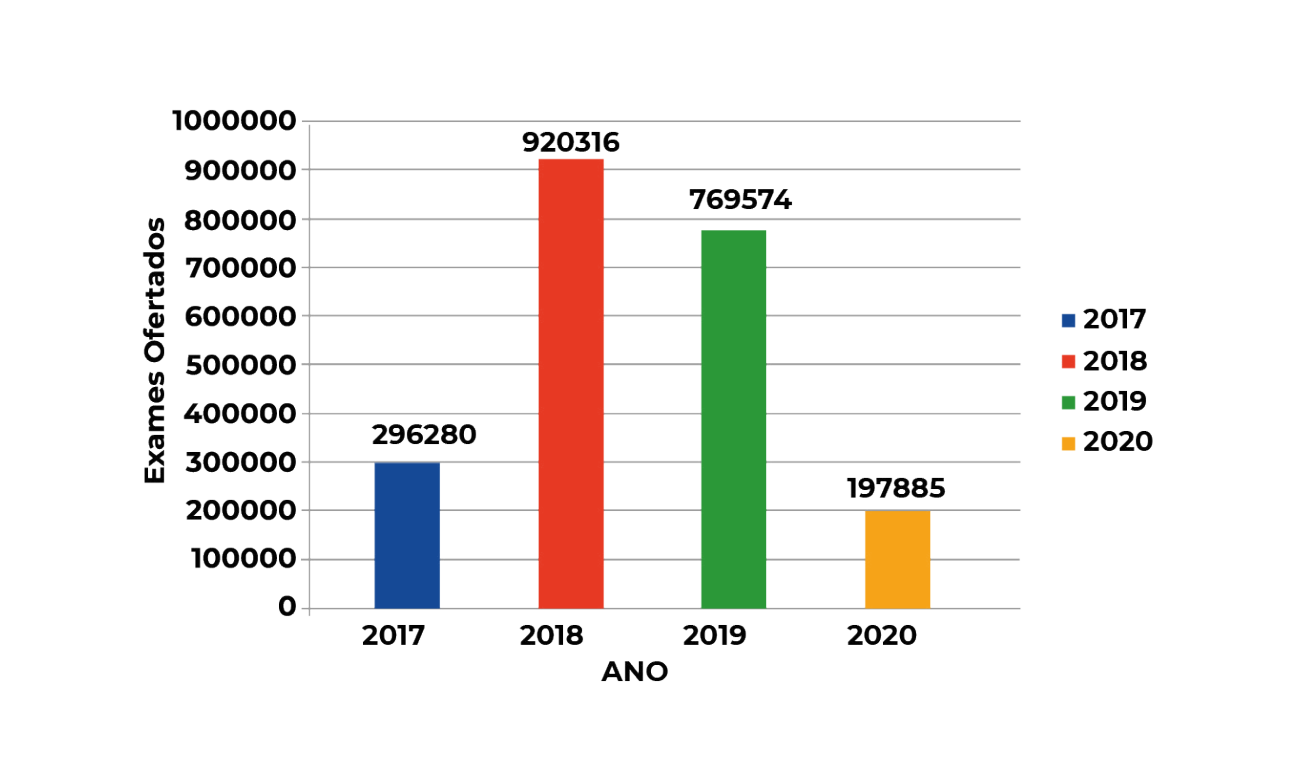
Em Junho de 2012 foi inaugurado o primeiro Laboratório Municipal de Análises Clínicas próprio do município de Rio Claro.

No laboratório municipal são realizados os exames de: hemograma, urina, fezes, colesterol, glicemia, ácido úrico, sódio, potássio, tipagem sanguínea, uréia, entre outros. A estrutura ainda conta com os melhores equipamentos do mercado de análises clínicas, considerados de ponta.

A coleta dos exames é descentralizada nas unidades de saúde em toda a rede e também o usuário pode programar para coletar no próprio laboratório municipal localizado na Rua 10 entre a Avenida 19 e Via da Saudade.

Os dados de exames laboratoriais produzidos/ofertados no Laboratório Municipal de Análises Clínicas para toda a rede de saúde podem ser observados no **Gráfico 26**.

Gráfico 26 – Quantidade de exames realizados/ofertados pelo Laboratório Municipal para toda a rede de saúde por ano.



Fonte: MS/CGIAP/DESF/SAPS e FMSRC

Os dados permitem verificar o grande impacto da emergência de saúde pública no ano de 2020. Mas, no ano de 2019, sem emergência de saúde pública, a quantidade de exames ofertados e produzidos reduziu de forma vertiginosa.

I - Vigilância em Saúde

A expressão “vigilância em saúde” remete, inicialmente, à palavra vigiar. Sua origem – do latim vigilare – significa, de acordo com o Dicionário Aurélio, observar atentamente, estar atento a, atentar em, estar de sentinela, procurar, campear, cuidar, precaver-se, acautelar-se.

Atualmente o conceito de vigilância em saúde está expresso na Portaria de Consolidação nº 04 de 03/10/2017 no Anexo III Capítulo I:

“Art. 2º A Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 2º)”.

Ainda na mesma Portaria de Consolidação nº 04 de 03/10/2017 é estabelecido o seguinte como competência do município na Seção III:

“Art. 11. Compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e de Vigilância Sanitária, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo:

I - ações de vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, a vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde, gestão de sistemas de informação de vigilância em saúde em âmbito municipal que possibilitam análises de situação de saúde, as ações de vigilância da saúde do trabalhador, ações de promoção em saúde e o controle dos riscos inerentes aos produtos e serviços de interesse a saúde” (PRT MS/GM 1378/2013)(grifo é nosso).

A importância da Vigilância em Saúde está na Constituição Federal, em seu Artigo 200, onde mencionam as competências do SUS. Portanto, apesar de não estar expressa textualmente na Constituição Federal o termo “vigilância em saúde”, na prática, estão descritas as atribuições do SUS relacionadas às vigilâncias, entre elas citadas nominalmente, a vigilância epidemiológica, sanitária e de saúde do trabalhador.

A emergência em saúde pública com a COVID-19, assim como a possibilidade do surgimento de novas doenças transmissíveis, modificações nos padrões habituais de doenças existentes e a ampliação da importância das doenças e dos agravos não transmissíveis apontam para a necessidade de um trabalho mais articulado com toda a rede de saúde e mais ativo e menos passivo (no sentido de recebimento somente da notificação) para o desencadeamento efetivo e rápido de ações. E, mesmo nesse processo de desencadeamento de ações, é notório a ausência de iniciativas nesse sentido.

Há necessidade de se estabelecer novas estratégias para o efetivo enfrentamento das emergências de saúde pública e isso vai requerer a maior estruturação e capacitação da rede de saúde como um todo para que de fato realizem ações de vigilância em saúde e tenham capacidade de detectar, analisar e iniciar uma investigação para que o setor central (VS) possa responder de forma rápida, mais eficiente a uma emergência de saúde pública que possamos ter, passando a emergência atual, prevenindo assim maiores impactos tanto no município quanto na organização do próprio sistema de saúde.

Importante destacar que a Vigilância em Saúde (VS) é um setor da Fundação Municipal de Saúde (uma diretoria atualmente), mas a realização da vigilância em saúde deve ocorrer em toda a rede de saúde, por todos os serviços; na prática, o departamento de vigilância em saúde centraliza todo esse processo de trabalho, mas deveria e, deve ocorrer, esse processo citado em toda a rede de saúde e deve ser consolidado ou sistematizado pelo órgão central de vigilância da FMSRC.

Na prática, toda a população do município está sob responsabilidade da Vigilância em Saúde, bem como as pessoas que circulam pela nossa cidade oriundas de outros locais para trabalhar, estudar, passear, dentre outras necessidades e a circulação das doenças, a exposição bem como todos os fatores de risco à saúde pública devem ser objeto constante de atenção da vigilância em saúde; por isso, a necessidade de capilarização das ações de VS na rede e articulada com a estrutura central.

Na estrutura atual da Fundação Municipal de Saúde, na Diretoria de Vigilância em Saúde, encontram-se as vigilâncias (Artigo 35 da Lei Municipal Complementar nº 145 de 12/05/2020):

- A) Vigilância Epidemiológica;**
- B) Vigilância Sanitária, incluindo a seção de vigilância ambiental;**
- C) Vigilância em Saúde do Trabalhador – CEREST;**
- D) Controle de Zoonoses, incluindo a seção de combate a endemias.**

A) Vigilância Epidemiológica (VE)

O Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), definindo, em seu texto legal (Lei nº 8.080/90), a vigilância epidemiológica como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (BRASIL, 2009).

Além de ampliar o conceito, as ações de vigilância epidemiológica passaram a ser operacionalizadas num contexto de profunda reorganização do sistema de saúde brasileiro, caracterizada pela descentralização de responsabilidades, pela universalidade, integralidade e equidade na prestação de serviços (BRASIL, 2009).

No âmbito do nosso município, a Vigilância Epidemiológica (VE) é o serviço responsável por um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou antecipação de qualquer mudança nos fatores de saúde individual ou coletiva, com objetivo de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. A VE também possui equipe formada para atuar nos setores de imunização, controle de doenças e banco de dados. No setor de imunização, a VE é responsável pela programação, guarda e dispensação dos imunobiológicos e materiais correlatos

necessários às unidades de saúde e também se responsabiliza pela realização de campanhas, orientação, treinamento e capacitação das equipes.

A Vigilância Epidemiológica (VE) foi criada no município em 1990 na Lei Orgânica do Município dentro da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde.

No âmbito da Fundação Municipal de Saúde, atualmente, a Vigilância Epidemiológica é um setor da diretoria de Vigilância em Saúde.

1) Imunização

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi regulamentado pela Lei Federal nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, e pelo Decreto nº 78.321, de 12 de agosto de 1976, que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE). O PNI organiza toda a política nacional de vacinação da população brasileira e tem como missão o controle, a erradicação e a eliminação de doenças imunopreveníveis. É considerado uma das principais e mais relevantes intervenções em saúde pública no Brasil, em especial pelo importante impacto obtido na redução de doenças nas últimas décadas (BRASIL, 2014). As vacinas permitem a prevenção, o controle, a eliminação e a erradicação das doenças imunopreveníveis, assim como a redução da morbimortalidade por certos agravos, sendo a sua utilização bastante custo-efetiva. A administração de imunobiológico confere imunização ativa ou passiva ao indivíduo. Para que este processo se dê em sua plenitude e com segurança, as atividades de imunização devem ser cercadas de cuidados, adotando-se procedimentos adequados antes, durante e após a administração dos imunobiológicos (BRASIL, 2014).

A importância da vacinação é muito relevante, a Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU estabeleceu como uma das metas: “3.8 - Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos” (ONU, 2015).

O setor de imunização da Vigilância Epidemiológica trabalha com orientação, triagem, solicitação, dispensação e acompanhamento rigoroso até completar o esquema vacinal. Outra ação importante da VE é o monitoramento dos eventos adversos quando os pacientes apresentam reações após recebimento da vacina, sendo cada caso estudado detalhadamente e encaminhado para avaliação médica.

O ano de 2020 é bastante atípico por causa da pandemia do novo coronavírus, mas mesmo em anos que não havia a pandemia os percentuais de cobertura estão menores do que as metas estabelecidas, em geral as metas de cobertura são acima de 90% de cobertura. Os percentuais apresentados nas Tabelas são os constantes no SIPNI e no banco de dados da VE local.

A OMS incluiu um dos dez maiores riscos à saúde global os movimentos denominados de “antivacinação”. De acordo com a OMS, os movimentos antivacina são tão perigosos quanto os vírus que estão circulando no mundo e ameaçam reverter o progresso alcançado no combate a doenças evitáveis por vacinação, como, por exemplo, o sarampo e a poliomielite. A vacinação é uma das formas mais eficientes, em termos de custo e benefício, para evitar doenças. E, segundo a OMS, evita de 2 a 3 milhões de mortes por ano no mundo e outro 1,5 milhão poderia ser evitado se a cobertura vacinal fosse melhorada no mundo (SBMT, 2019). Mesmo com toda a emergência em saúde pública

no ano de 2020, temos relatos da existência de movimentos “antivacina” em relação à COVID-19.

A seguir apresentamos nas **Tabelas 58 e 59** uma série histórica de cobertura de alguns imunológicos e a sua respectiva porcentagem de cobertura naquele respectivo ano no município de Rio Claro.

Tabela 58 - Percentual de cobertura dos imunobiológicos (BCG, Rotavírus Humano, Meningococo C, Tetra Viral, Hepatite A e Poliomielite) do calendário de vacinação, no município de Rio Claro no período de 2015 a 2020.

ANO	BCG	Rotavírus Humano	Meningococo C	Tetra Viral (SRC+VZ)	Hepatite A	Poliomielite (VOP/VIP) (1ºREF)
2015	118,03	97,09	100,09	91,31	100,77	78,02
2016	94,25	103,46	104,29	85,6	68,71	49,04
2017	120,54	86,93	85,56	18,73	79,42	73,67
2018	113,12	92	86,76	18,74	78,93	72,84
2019	101,14	87,77	88,44	20,2	84,44	77,01
2020	112,44	86,33	83,64	0,17	88,23	63,77

Tabela 59 - Percentual de cobertura dos imunobiológicos (dt e dtpa) do calendário de vacinação para gestantes, no município de Rio Claro no período de 2016 a 2020.

ANO	Dt (Gestante)	Dtpa (Gestante)
2016	16,65	14,33
2017	12	13,07
2018	35,42	50,37
2019	38,72	57,89
2020	8,82	18,06

B) Vigilância Sanitária (VISA)

O Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), definindo, em seu texto legal (Lei nº 8.080/90), a vigilância sanitária como “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- I - O controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e
- II - O controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde”.

E, atualmente o que entende-se por vigilância sanitária está expresso na Portaria de Consolidação nº 04 de 03/10/2017 no Anexo VI Capítulo I:

“Art. 3º Entende-se por vigilância sanitária o conjunto de ações capaz de:

- I - Eliminar, diminuir ou prevenir riscos e agravos à saúde do indivíduo e da coletividade;
- II - Intervir nos problemas sanitários decorrentes da produção, distribuição, comercialização e uso de bens de capital e consumo, e da prestação de serviços de interesse da saúde; e
- III - Exercer fiscalização e controle sobre o meio ambiente e os fatores que interferem na sua qualidade, abrangendo os processos e ambientes de trabalho, a habitação e lazer”(Origem: PRT MS/GM 1565/1994).

A Vigilância Sanitária (VS) foi criada, formalmente, no município em 1990 na Lei Orgânica do Município dentro da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde. E em 1998 a VISA foi estruturada enquanto órgão municipal de fiscalização, com poder administrativo, a partir da Lei Municipal nº 2949 de 11/03/1998.

No âmbito da Fundação Municipal de Saúde, atualmente, a Vigilância Sanitária é um setor da diretoria de Vigilância em Saúde.

C) Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) – CEREST

O Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou a Saúde do Trabalhador (ST), definindo, em seu texto legal (Lei nº 8.080/90), a saúde do trabalhador como “um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

- I - Assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- II - Participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- III - Participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
- IV - Avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- V - Informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
- VI - Participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

D) Centro de Controle de Zoonoses (CCZ)

O Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) foi criado em 1997 no município de Rio Claro. As atribuições do CCZ passaram por mudanças ao longo dos anos, mas atualmente há uma clara distinção entre as ações ligadas à proteção e bem-estar animal e aquelas ligadas às ações de prevenção e controle de zoonoses. As ações ligadas à proteção e bem-estar animal estão atualmente ligadas à Secretaria do Meio Ambiente, enquanto que as ações ligadas à prevenção e controle de zoonoses permaneceram ligadas à Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro e diretamente ao CCZ.

O Ministério da Saúde definiu as atribuições dos Centros de Controle de Zoonoses na Portaria MS/GM nº 1.138, de 23 de maio de 2014 e em 2016 foi lançado o “Manual de vigilância, prevenção e controle de zoonoses : normas técnicas e operacionais”, também pelo Ministério da Saúde. Com a Portaria e o Manual técnico regulamentou-se as atribuições das unidades, até então com diversas sobreposições de atribuições. Atualmente o CCZ é classificado como Unidade de Vigilância de Zoonoses (UVZ), conforme definições dos tipos e classificações de unidade de saúde, através da Portaria MS/SAS nº 758, de 26/08/2014, no SCNES.

Relacionaremos as atribuições gerais do CCZ no âmbito do município, conforme a legislação mencionada com o desenvolvimento de diversas ações e programas, entre eles, destacam-se os seguintes:

Programa de Prevenção e Controle da Leptospirose - através da orientação e aplicação de raticida em residências e bueiros/bocas de lobo da cidade quando necessário;

Controle da LVA – através das atividades de busca ativa do mosquito transmissor da doença, *Lutzomia longipalpis*, com montagem de armadilhas em locais propícios para sua propagação, buscas ativas em cães uma vez que estes além de poderem desenvolver a doença, também são transmissores intermediários da mesma;

Controle das Arboviroses – através de ações de prevenção e controle do vetor, realizando para isto visita à imóveis em pontos estratégicos e imóveis especiais, com remoção de criadouros, aplicação de larvicida e adulticida quando necessário. Realiza, também, a Avaliação de Densidade Larvária, que consiste na estimativa dos níveis de infestação em determinada área. Cabe ainda a esta Unidade, intermediar ações intersetoriais e intersecretariais e trabalhos educativos através de palestras sempre objetivando a prevenção e o combate às doenças ligadas às arboviroses;

Controle da Raiva - ações de prevenção, controle e vigilância da raiva, através de medidas preconizadas pelo Instituto Pasteur.

O aspecto mais relevante e que deve ser destacado é que o CCZ deve voltar-se a concentrar-se nas ações que são as suas atribuições, definidas pelo Ministério da Saúde, e que são de relevância para a saúde pública e que não podem ser relegadas para um segundo plano, em detrimento de outras ações que devem ser executadas por outros órgãos da administração pública, fora da saúde pública.

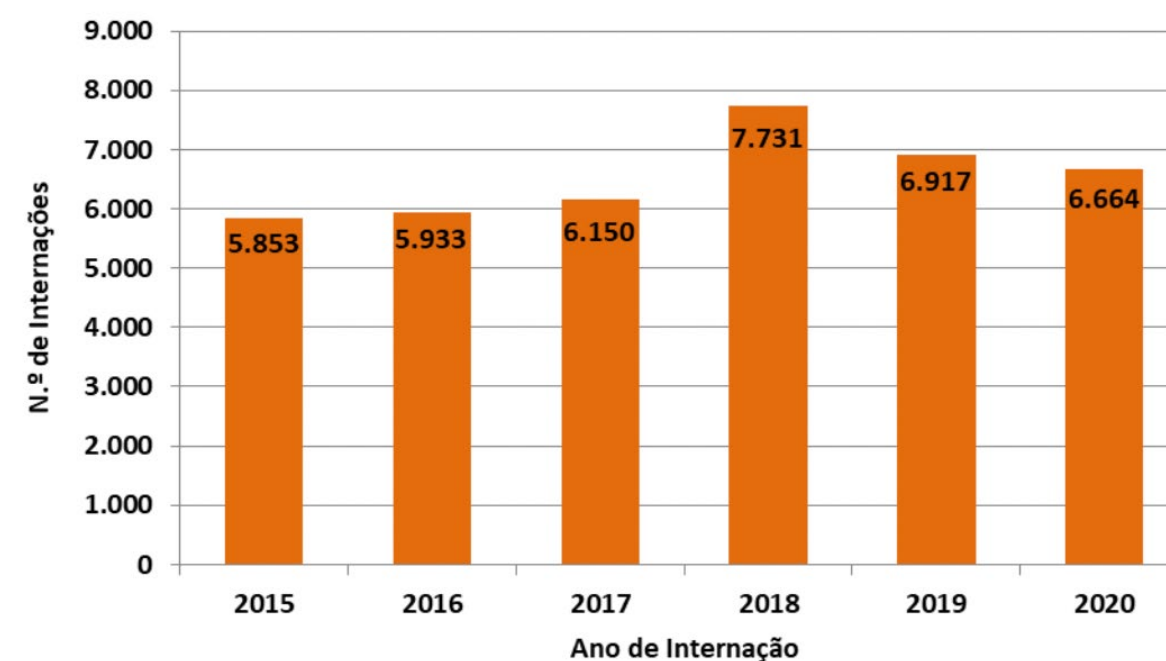
É importante deixar bem claro que as duas áreas – controle e proteção (bem-estar) animal – estabeleçam mecanismos de cooperação mútua, a fim de alcançar seus objetivos, aprimorando a qualidade de vida dos cidadãos que exercerão sua cidadania através de comportamentos de posse responsável, sendo que o gerenciamento do controle de zoonoses é competência legal do CCZ definido como UVZ.

1.3.2. Produção Hospitalar

Na produção hospitalar serão apresentadas as quantidades de internações no município de Rio Claro pelo SUS, não considerando as internações particulares nem o hospital de gestão estadual. Destacamos ainda que será apresentada a produção hospitalar até 2020, mas os dados desse ano ainda estão em consolidação; portanto, podem sofrer alguma variação posteriormente, mas refletirão um cenário para análise.

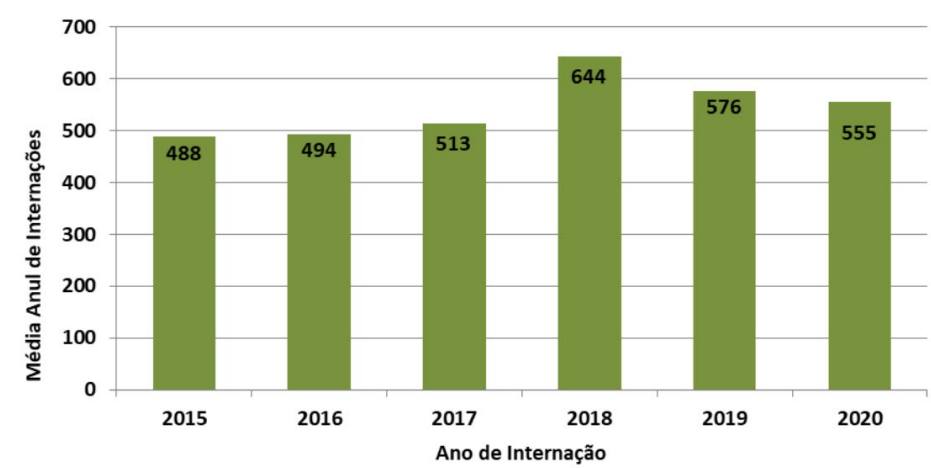
Nos **Gráficos 27 e 28** poderemos ver a quantidade de internações hospitalares nos hospitais que prestam serviços ao SUS e são de gestão municipal; estão excluídos os dados relacionados ao hospital Casa de Saúde Bezerra de Menezes por se tratar de gestão estadual. No **Gráfico 27** podemos verificar a quantidade de internações por ano e no Gráfico 28 a média mensal por ano de internações.

Gráfico 27 – Total de Internações hospitalares no município de Rio Claro (gestão municipal, excluindo o hospital de gestão estadual) (2015-2020).



Fonte: MS/CGIAP/DESF/SAPS

Gráfico 28 – Média de Internações hospitalares mensais no município de Rio Claro (gestão municipal, excluindo o hospital de gestão estadual) (2015-2020).



Fonte: MS/CGIAP/DESF/SAPS

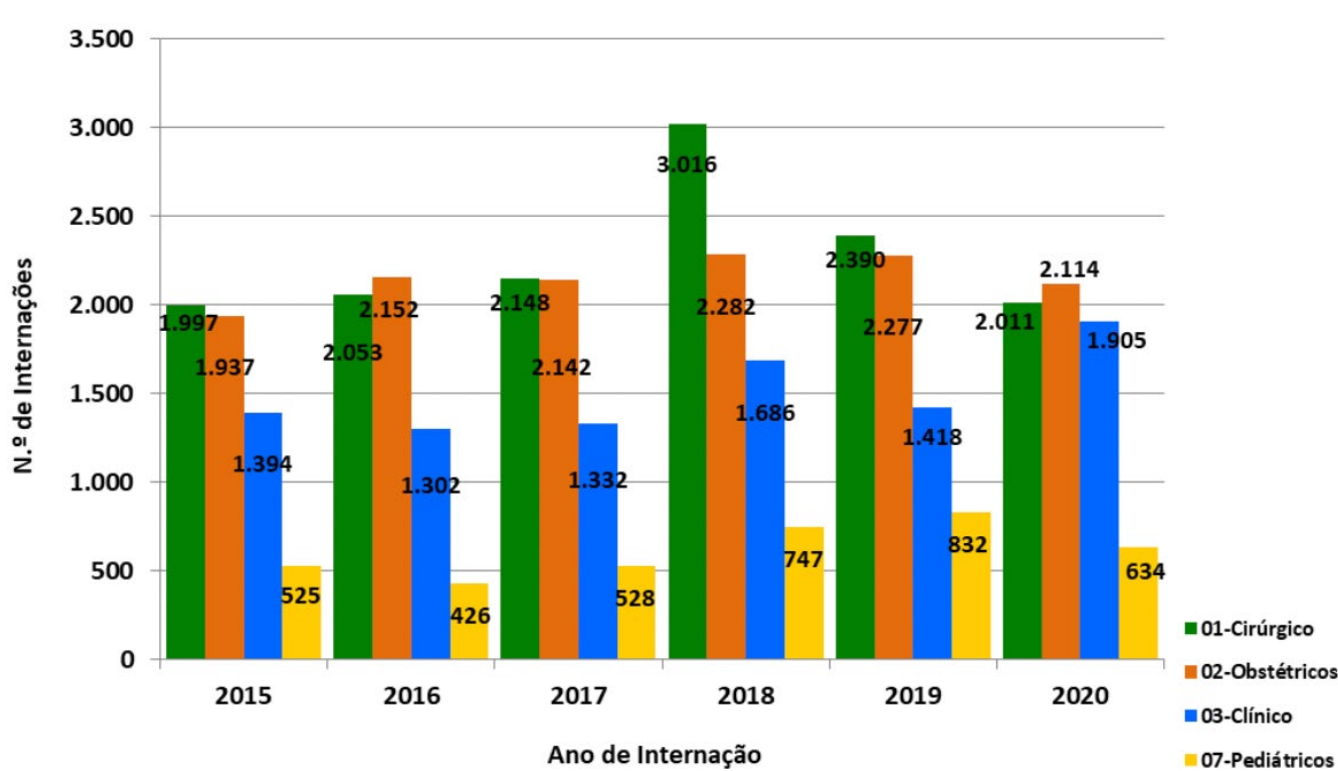
Aqui observaremos a produção hospitalar e a distribuição hospitalar segundo as especialidades ano a ano. Essa análise da distribuição por especialidade é importante para verificar e medir a participação relativa de cada grupo de especialidade no total de internações apresentadas anteriormente.

Essa quantidade revela a disponibilidade de serviços hospitalares na respectiva especialidade, bem como as situações epidemiológica e demográfica das respectivas internações.

No **Gráfico 29** poderemos ver a quantidade de internações hospitalares por especialidade nos hospitais que prestam serviços ao SUS e que são de gestão municipal, estão excluídos os dados relacionados ao hospital Casa de Saúde Bezerra de Menezes, por se tratar de gestão estadual.

No **Gráfico 30** observaremos a produção hospitalar e a distribuição hospitalar segundo o caráter da internação, eletiva ou de urgência. Essa análise da distribuição por caráter da internação é importante para verificar e medir o grau de programação dos serviços de saúde e o não agravamento dos casos e a conseqüente realização de forma urgente e não programada.

Gráfico 29 – Total de Internações hospitalares por ano e por especialidade, no município de Rio Claro (gestão municipal, excluindo o hospital de gestão estadual) (2015-2020).



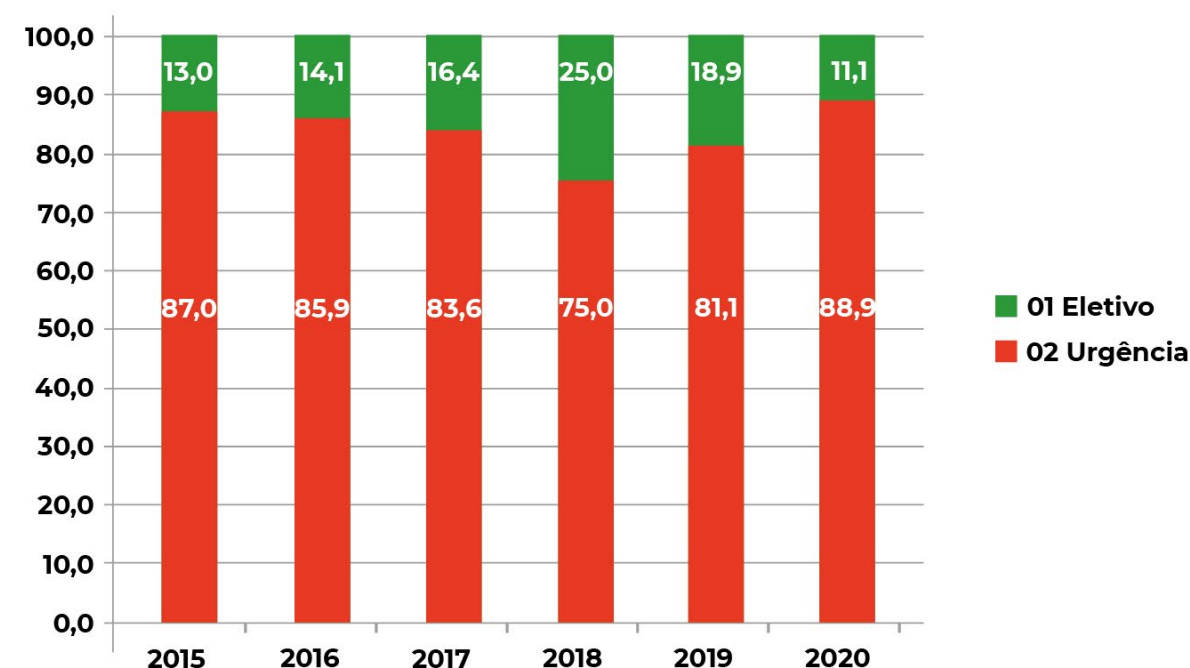
Fonte: MS/CGIAP/DESF/SAPS

Essa quantidade do caráter da internação revela a disponibilidade de serviços hospitalares e a organização dos serviços e a regulação entre a oferta e demanda, bem como o efetivo acesso dos usuários nos serviços de saúde. É importante destacar que o procedimento cirúrgico eletivo é todo aquele procedimento cirúrgico terapêutico executável em ambiente ambulatorial ou hospitalar, com diagnóstico estabelecido e com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência e que coloque o paciente em risco de vida.

No **Gráfico 30** poderemos ver a quantidade de internações hospitalares por caráter da internação nos hospitais que prestam serviços ao SUS e que são de gestão municipal, estão excluídos os dados relacionados ao hospital Casa de Saúde Bezerra de Menezes, por se tratar de gestão estadual.



Gráfico 30 – Total de Internações hospitalares por ano e por caráter do atendimento, no município de Rio Claro (gestão municipal, excluindo o hospital de gestão estadual) (2015-2020).

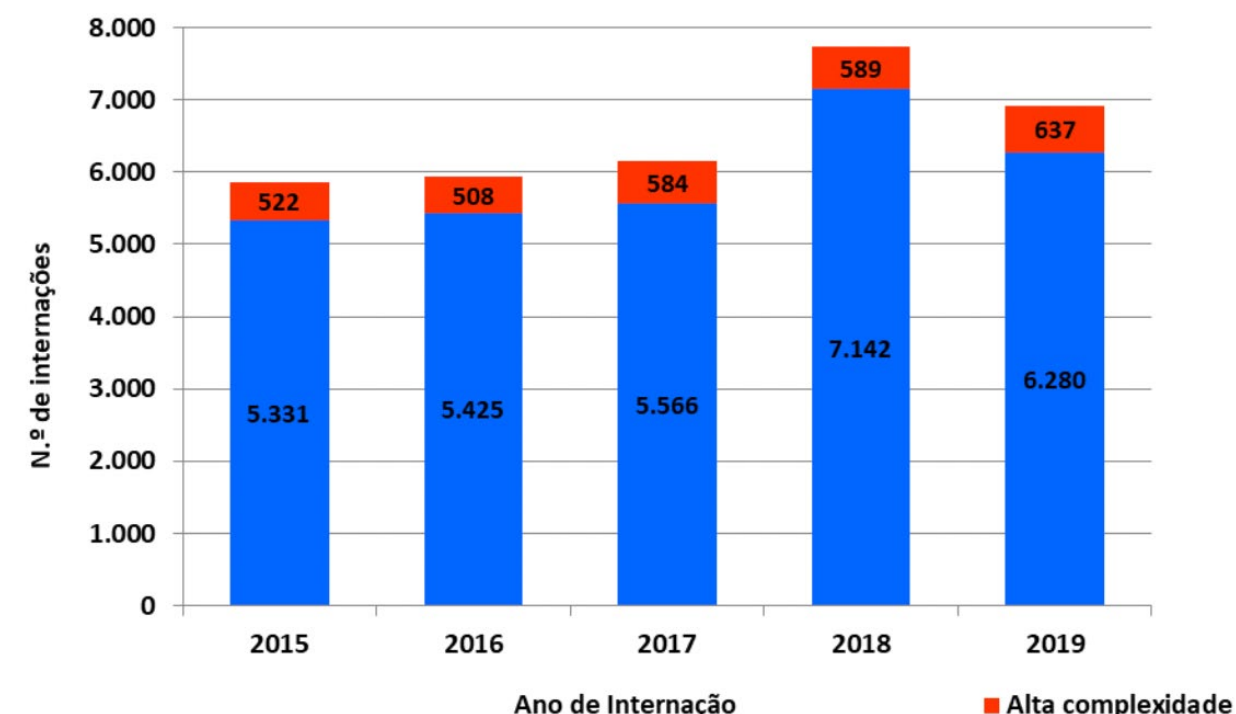


Fonte: MS/CGIAP/DESF/SAPS

No **Gráfico 31** poderemos ver a quantidade de internações hospitalares por complexidade do procedimento nos hospitais que prestam serviços ao SUS e que são de gestão municipal, estão excluídos os dados relacionados ao hospital Casa de Saúde Bezerra de Menezes, por se tratar de gestão estadual.

O parâmetro, para termos uma base adequada em relação à complexidade da internação, é a média que ocorre no Brasil e em outros países em desenvolvimento de 6,3 (seis vírgula três) internações de média complexidade para cada 100 (cem) habitantes (BRASIL, 2015). Em todos os anos verificados não chegamos próximo desse indicador. Isso revela a relação entre o número de internações hospitalares clínico-cirúrgicas de média complexidade, não psiquiátricas, de residentes de um município, faturadas pelo SUS, em um período e a população residente no mesmo município, no último ano do período considerado. No município de Rio Claro, em 2017, foi de 3,028 internações por 100 habitantes, em 2018, foi de 3,775 internações por 100 habitantes e em 2019, foi de 3,351 internações por 100 habitantes.

Gráfico 31 – Total de Internações hospitalares por ano e por complexidade do procedimento, no município de Rio Claro (gestão municipal, excluindo o hospital de gestão estadual) (2015-2020).



Fonte: MS/CGIAP/DESF/SAPS

A quantidade de procedimentos de média e alta complexidade revela também a oferta daquele município, pois muitas vezes não são ofertados procedimentos de alta complexidade naquele município e isso não é um aspecto negativo; trata-se apenas de um aspecto organizacional do SUS e um dos princípios organizativos que é a regionalização e a hierarquização. Esse indicador revela o atendimento ou não daquela população; nesse caso o indicador revela um percentual de atendimento elevado, mas que ainda existe um possível déficit, considerando o parâmetro de 6,3 internações de média complexidade por cada 100 habitantes.

Para uma análise comparativa em parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde, ajustados à nossa realidade epidemiológica e de funcionamento dos serviços de saúde, precisamos saber se a quantidade ofertada de internações hospitalares e a produção está adequada ou não. Para saber isso, adotamos como parâmetro os indicadores estabelecidos nos instrumentos existentes e que 70% da população é SUS dependente, ou seja, que necessita exclusivamente do SUS para o atendimento da sua necessidade de saúde.

A **Tabela 60** à seguir revela o nosso déficit em relação à produção hospitalar. Para a análise, utilizamos o ano de 2019, pois o ano de 2020 é atípico e não temos como adotá-lo como parâmetro para análise, em decorrência da emergência nacional de saúde. Mesmo com todas as dificuldades de organização dos nossos serviços, com a baixa cobertura de atenção básica, deficiência grande da média complexidade, a quantidade de internações necessárias previstas para a população SUS dependente tem um percentual de 74% revelando a necessidade de ampliar a resolutividade da atenção primária, da média complexidade ambulatorial e não há justificativa técnica para criar

qualquer estrutura grandiosa de atenção hospitalar, pois a quantidade de procedimentos hospitalares necessários, incluindo a nossa regional, chega a um percentual de 96% revelando que há estruturas de outras esferas capazes de absorver uma parte da internações de maior complexidade para o adequado atendimento da necessidade das internações hospitalares e da população.

Considerando somente o município de Rio Claro, pouco acréscimo da produção hospitalar com estrutura hospitalar de porte pequeno ou médio, como um hospital/dia, já chegaríamos próximo da quantidade para o atendimento da quase totalidade da necessidade prevista da população, conforme a **Tabela 60** revela. Não trata-se de analisar “gargalos” pontuais ou cirurgias eletivas que, às vezes, se prolongam mais do que a paciência do usuário, mas trata-se de analisar os dados objetivos da necessidade prevista da população com base em indicadores concretos. Evidentemente que, com base na situação epidemiológica podem ser ajustados, mas é um balizador relevante e categórico em relação à produção hospitalar versus a necessidades de internação da população SUS dependente ou da população com um todo.

Na **Tabela 60** podemos então analisar município a município da região de saúde de Rio Claro, bem como a cidade de Rio Claro em relação à produção hospitalar e as necessidades da população em relação às internações hospitalares, baseado nos indicadores do Ministério da Saúde, que servem como parâmetros para que os serviços possam ser planejados ou ainda possam ser programados, e não com base em “achismos” ou ainda em “comoções” e algumas questões pontuais.

Tabela 60 – Produção Hospitalar x Necessidade de internações da População da DRS X, por município e na DRS X (2019).

Município de Residência	Pop. 2019	Necessidade 100%	Necessidade 70%	Produção Internações 2019	Deficit/ Superavit 70%	% de Produção (Em relação 70%)
350200 Analândia	4995	400	280	0	-280	0,00
351270 Corumbataí	4055	324	227	0	-227	0,00
352110 Ipeúna	7546	604	423	0	-423	0,00
352360 Itirapina	18157	1453	1017	200	-817	19,67
354390 Rio Claro	206424	16514	11560	8658	-2902	74,90
354670 Santa Gertrudes	26898	2152	1506	0	-1506	0,00
RS Rio Claro	260.075	21.446	15.012	8.858	-6.154	59,01
DRS X	1.412.584	113.007	79.105	76.232	-2.873	96

Fonte: Portaria MS/GM nº 1631/2015. Dados do Censo IBGE. População estimada 2019. Elaboração própria.

Os dados acima nos permitem identificar que diversos municípios na região de saúde de Rio Claro são dependentes da estrutura hospitalar da cidade de Rio Claro e mostra a necessidade de reforço da pactuação, bem como ajustes também no planejamento das cidades da região de saúde de Rio Claro.

O indicador de 70% de população SUS dependente é um indicador aceitável, pois temos em todos os municípios da região de saúde usuários que tem planos de saúde e tem cobertura da saúde suplementar.

Com certeza, há muitas vezes a necessidade de ajustes dos indicadores e dos parâmetros, conforme a realidade de cada município ou região de saúde, mas a **Tabela 60** revela um importante parâmetro para o planejamento das ações e serviços de saúde na atenção hospitalar, em especial sobre o adequado planejamento de serviços ou de novas estruturas para o SUS e o adequado atendimento da necessidade da população.

Mesmo com todas as dificuldades da atenção terciária e a pressão constante, fica bem evidenciado a necessidade de ampliar e qualificar as ações no âmbito dos outros níveis para que possam melhorar o acesso à população para um sistema de saúde mais qualificado e com mais resolutividade.

1.3.3. Produção Ambulatorial

Com a edição da Portaria MS/GM nº 1.631 de 1 de outubro de 2015 revogando a Portaria MS/GM nº 1.101/2002 mudaram-se vários critérios e parâmetros para o planejamento e a programação das ações e serviços de atenção à saúde no âmbito do SUS.

Os referenciais quantitativos utilizados pelo Ministério da Saúde através da Portaria MS/GM nº 1.631/2015 não tem caráter impositivo ou obrigatório, mas na prática é uma referência importante para orientar os gestores do SUS em todos os níveis.

Adotaremos para análise o ano de 2019, antes da Emergência em Saúde Pública, para que possamos analisar melhor os parâmetros assistenciais e o quantitativo de produção ambulatorial mais próxima da realidade dos serviços de saúde existentes.

Na **Tabela 61** podemos ver a quantidade de consultas médicas em Atenção Especializada – Procedimento: 03.01.01.007-002; a quantidade apresentada no ano de 2019 por profissional – CBO, separado por gestão que oferta a consulta médica da atenção especializada.

Os dados apresentados revelam a importância das consultas ofertadas pelo AME-RC (gestão estadual) para atendimento das especialidades médicas. Há oferta reduzida em algumas especialidades médicas, gerando “fila” ou possível desassistência. Utilizamos o ano de 2019 como referência por causa da emergência em saúde pública no ano de 2020.

Tabela 61 – Quantidade apresentada do procedimento – consulta médica em Atenção Especializada, por profissional – CBO, por gestão e no ano de 2019.

Profissional - CBO	Gestão		Total
	Municipal	Estadual	
225103 - Infectologista	3.708	-	3.708
225105 - Acupunturista	-	1.731	1.731
225109 - Nefrologista	13	1.307	1.320
225110 - Alergista e Imunologista	-	1.419	1.419
225112 - Neurologista	1.734	4.148	5.882
225115 - Angiologista	269	-	269
225120 - Cardiologista	2.303	4.842	7.145
225121 - Oncologista Clínico	2.991	-	2.991
225124 - Pediatra	2.431	-	2.431
225125 - Clínico	1.212	5	1.217
225127 - Pneumologista	400	1.420	1.820
225133 - Psiquiatra	10.680	1	10.681
225135 - Dermatologista	868	5.635	6.503
225136 - Reumatologista		3.241	3.241
225151 - Anestesiologista	1.125	-	1.125
225155 - Endocrinologista	784	4.336	5.120
225160 - Fisiatra	144	-	144
225165 - Gastroenterologista	1.273	-	1.273
225185 - Hematologista	281	1.242	1.523
225203 - Cirurgião Vascular	735	2.051	2.786
225215 - Cirurgião Cabeça e Pescoço	674	-	674
225225 - Cirurgião Geral	1.579	-	1.579
225230 - Cirurgião Pediátrico	600	-	600
225235 - Cirurgião Plástico	217	-	217
225250 - Ginecologista e Obstétrica	1.792	-	1.792
225255 - Mastologista	963	708	1.671
225260 - Neurocirurgião	345	-	345
225265 - Oftalmologista	1.221	11.970	13.191
225270 - Ortopedista	4.614	4.050	8.664
225275 - Otorrinolaringologista	241	2.444	2.685
225280 - Coloproctologista	-	2.769	2.769
225285 - Urologista	1.517	5.357	6.874
225320 - Radiologista	4	-	4

Fonte: MS/CGIAP/DESF/SAPS

Com a **Tabela 61** pode ser verificada a possibilidade de programação das ações e serviços de saúde necessários para serem solicitados à gestão estadual ou ainda serem incrementados pelo município através de quadro próprio ou contratado.

Tabela 62 – Quantidade apresentada do procedimento – consulta médica em Atenção Básica/APS, por profissional – CBO, no ano de 2019

Profissional - CBO	Qtde Consultas
225124 - Médico pediatra	16.356
225125 - Médico clínico	22.585
225142 - Médico da estratégia de saúde da família	37.827
225250 - Médico ginecologista e obstetra	14.479
Total	91.247

Fonte: MS/CGIAP/DESF/SAPS

Acima podemos ver a quantidade de consultas médicas em Atenção Básica/APS, a quantidade apresentada no ano de 2019, separado por profissional – CBO e a respectiva quantidade de consultas médicas da atenção básica.

Os dados apresentados na **Tabela 62** revelam a transição do modelo tradicional de atenção básica para a estratégia de saúde da família. Por outro lado, revela uma quantidade muito inferior à quantidade de consultas da atenção especializada, revelando possível dificuldade do acesso da população à porta de entrada do sistema de saúde gerando possíveis “gargalos” do acesso ao SUS.

O parâmetro do Ministério da Saúde em relação ao número de consulta por ano por habitantes é de 1,8 consultas/habitante por ano. Então, nosso parâmetro mínimo seria de 374.414 consultas/ano para atingir esse parâmetro do ministério da saúde. Estamos bem abaixo do parâmetro indicado pelo Ministério da Saúde em relação ao acesso da atenção básica. Diversas ações são necessárias para melhorar esse indicador, entre elas, a ampliação das equipes e do horário de atendimento das mesmas, ofertando mais quantidade de consultas nas especialidades básicas.

O fundamental é entender que a quantidade de consultas médicas das especialidades básicas permite avaliar o adequado volume da produção de consultas médicas em relação às necessidades da população e subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência médica de responsabilidade do SUS.

Tabela 63 – Quantidade procedimentos por grupo de procedimentos e por ano no município de Rio Claro/SP (2015-2020).

Produção Ambulatorial de Procedimentos por Grupo							
Grupo de Procedimentos	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	871.884	220.890	180.692	96.033	101.594	61.086	1.532.179
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	968.517	720.731	757.094	863.207	897.272	627.756	4.843.577
03 Procedimentos clínicos	1.824.915	1.447.364	1.774.270	1.752.652	1.925.102	1.009.204	9.733.507
04 Procedimentos cirúrgicos	49.665	41.215	41.268	21.508	17.747	9.784	181.187
07 Órteses, próteses e materiais especiais	955	873	998	1.064	1.184	540	5.614
08 Ações complementares da atenção à saúde	1.017	1.181	1.049	1.125	167	0	4.539
Total	3.716.953	2.432.254	2.755.371	2.735.589	2.943.006	1.708.370	16.291.603

Fonte: MS/CGIAP/DESF/SAPS

É surpreendente a produção ambulatorial por grupo de procedimentos apresentados na **Tabela 63** onde observamos uma situação bastante negativa que deve ser revertida; os procedimentos devem ser ampliados e não reduzidos: a) Ações de promoção e prevenção; b) Procedimentos cirúrgicos e c) Procedimentos com finalidade diagnóstica. Devemos ainda fazer um destaque em relação ao ano de 2020 devido à emergência em saúde pública, mas mesmo em 2019 e nos anos anteriores, houve a redução dos procedimentos mencionados.

Tabela 64 – Quantidade de consultas médicas necessárias das principais especialidades médicas da atenção especializada, por profissional – CBO, quantidade de consultas médicas realizadas e o percentual entre a quantidade necessária e a quantidade realizada, no município de Rio Claro, no ano de 2019.

CBO - Profissional	Necessidade/ano consultas médicas necessárias	Realizadas/ano	% de execução
225136 - Reumatologista	2080	3241	155,81
225285 - Urologista	7280	6874	94,42
225127 - Pneumologista	5200	1820	35,00
225275 - Otorrinolaringologista	7488	2685	35,86
225270 - Ortopedista	31201	8664	27,77
225265 - Oftalmologista	28705	13191	45,95
225112 - Neurologista	13521	5882	43,50
225109 - Nefrologista	3328	1320	39,66
225165 - Gastroenterologista	2912	1273	43,71
225280 - Coloproctologista	3328	2769	83,20
225155 - Endocrinologista	5200	5120	98,46
225135 - Dermatologista	7904	6503	82,27
225120 - Cardiologista	12480	7145	57,25
225203 - Cirurgião Vascular	3536	2786	78,79
TOTAL	134.165	69.273	51,63

Fonte: MS/CGIAP/DESF/SAPS

Os dados apresentados na **Tabela 64** na coluna “Necessidade/ano - consultas médicas necessárias, estão baseados nos parâmetros da Portaria MS/GM nº 1.631/2015. Apesar desse parâmetro não ter caráter impositivo ou obrigatório, pode nortear o que está ocorrendo em relação às especialidades médicas, o acesso à saúde e o diagnóstico em tempo oportuno e adequado.

Com a quantidade de utilização de determinada especialidade médica, pode ser verificado possível excesso de realização (utilização) por encaminhamentos equivocados enviados àquela especialidade. Especificamente no caso da reumatologia, trata-se de uma especialidade médica onde dependemos exclusivamente da gestão estadual, pois não temos recurso humano ou contratado próprio do município e, ainda a quantidade prevista da necessidade é superada pela quantidade de consultas realizadas no ano de 2019, como pode ser verificado na tabela.

Outro aspecto relevante, no caso das principais especialidades médicas estabelecidas pelos parâmetros revelados pelo Ministério da Saúde, é a diferença entre as necessidades de consultas/ano (“Necessidade/ano - consultas médicas necessárias”) e as consultas realizadas; a diferença é bastante expressiva. Revela a necessidade de ampliar as ações para que a gestão estadual ofereça mais consultas médicas nas especialidades onde há necessidade maior e no caso, possível “fila” ou que o município consiga ofertar mais consultas médicas nas especialidades para acabar com a “fila” existente. A análise desses casos deve ser realizada de forma pontual, pois nem sempre a necessidade/ano pode ter sintonia com a realidade do município naquele momento específico e, pela situação dos serviços de saúde privados na cidade, muitas especialidades acabam não tendo “fila” por serem absorvidas pela saúde privada.

Em relação às “filas de espera”, acreditamos que a saúde privada acaba absorvendo uma determinada quantidade de consultas especializadas; mas por outro lado, não tem absorvidas as SADT’s pelo custo elevado, ou ainda, pela necessidade de acesso à exames, gerando uma “fila” de exames sem correspondência da consulta médica especializada realizada, ou sequer, em alguns casos, consulta da atenção básica/atenção primária em saúde (APS) com ligação à uma unidade básica de saúde com estratégia de saúde da família.

O ponto sensível, a face mais perceptível dos problemas identificados pelos brasileiros no que diz respeito à saúde pública, é a “fila de espera” e o tempo para marcação de consultas médicas especializadas e não o atendimento na unidade básica de saúde, conhecida popularmente como “postinho de saúde”. Na prática, é esta a percepção que a população brasileira acaba formando do SUS, muito embora tenha que se levar em conta que aqueles que não o utilizam acabam formando juízo de valor menos favorável do que os que efetivamente fazem uso correto do sistema de saúde público, como demonstra a pesquisa nacional “A Saúde na Opinião dos Brasileiros”, realizada por encomenda do CONASS em 2003. Essa é a realidade também no nosso município.

Uma conclusão inicial sobre os dados apresentados é a evidência de que os efeitos do estrangulamento da oferta da atenção ambulatorial de média complexidade forçam, de certa forma, uma ampliação da demanda de alta complexidade e até de graves prejuízos à saúde da população e isso tem repercussões nos custos do sistema. Ou seja, um diagnóstico prévio é menos custoso do que um tratamento de alta complexidade ou de alto custo onde o usuário já se encontra com graves problemas de saúde e muitas vezes agudizados, sem contar os impactos sociais e econômicos relacionados.

Em Abril de 2020, o município de Rio Claro conseguiu aprovação para aderir ao Consórcio Intermunicipal de Saúde na Região Metropolitana de Campinas (CISMETRO), formado por 14 cidades da região, entre elas Limeira, Cordeirópolis, Santa Gertrudes e Ipeúna. A aprovação foi formalizada em 15 de Abril na assembléia do consórcio realizada por videoconferência, quando a adesão de Rio Claro teve aprovação unânime dos prefeitos participantes do Consórcio. A adesão foi aprovada ainda no Conselho Municipal de Saúde e também na Câmara Municipal, através da Lei Municipal nº 5382, de 19/05/2020 que autoriza o município de Rio Claro a integrar o Consórcio Intermunicipal de Saúde na região metropolitana de Campinas - Norte - CISMETRO, aderindo ao seu contrato de Consórcio / Estatuto Social e dá outras providências. O Consórcio teve início no final de 2020; porém, em virtude da pandemia, ainda não há elementos para uma avaliação mais detalhada sobre o seu impacto na redução efetiva dos “gargalos”; o que observa-se inicialmente é a dificuldade dos usuários em realizar exames de média complexidade em outros municípios.

Portanto, a atenção especializada, principalmente a de média complexidade como mencionada, é um dos pontos de estrangulamento, não só no nosso município, mas praticamente em todo o país, com déficits no padrão de oferta que resultam em demanda reprimida, “filas” e longo tempo de espera ou não garantia de acesso e oportunidade de utilização dos serviços necessários para o adequado e oportuno atendimento de saúde.

Diferentemente da atenção básica que tem a co-responsabilidade do cuidado do usuário ao longo de toda a sua trajetória no sistema de saúde, a atenção especializada é um campo caracterizado pela enorme autonomia do processo de trabalho, mas que sem regulação (do cuidado e da sua organização) acaba por desresponsabilizar os serviços (e seus profissionais) pelo cuidado com os usuários. O aspecto mais relevante é que os usuários sejam de fato referenciados e contrarreferenciados, para que possam ter abertura de novos usuários e os que já são atendidos, não se perpetuem no serviço, ampliando os retornos e conseqüentemente, não ampliando a oferta de novas consultas especializadas.

Apesar da existência de formulários de contrarreferência, atualmente não é prática comum o retorno do paciente dos atendimentos de nível secundário e terciário com dados qualificados para continuidade e coordenação do cuidado na atenção básica.

1.3.4. Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

A gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no âmbito público, ganha contornos exclusivos pelas características especiais do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS é o maior e um dos mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo uma infinita rede de ações e serviços norteados por princípios (Universalidade; Equidade e Integralidade) e diretrizes (Descentralização; Regionalização/Hierarquização e Participação da comunidade) para efetivar o acesso universal e a atenção integral à saúde. E são as pessoas (trabalhadores do SUS e gestores) que conectam os infinitos pontos da rede de atenção para que a pessoa (cidadão) receba a atenção integral à saúde na ponta.

Diante deste cenário, a preocupação com a permanente qualificação do trabalho, dos serviços, das ações e da formação, devem estar em consonância com a gestão do Sistema Único de Saúde e não apenas circunscrito à espaços para treinamentos e capacitações.

Na nossa cidade, a Fundação Municipal de Saúde é o SUS, assim como cada pessoa (trabalhador do SUS e gestores) representa esse elo entre a pessoa (cidadão) e os serviços prestados. A qualificação e o investimento no trabalhador do SUS é o investimento nesse elo entre a pessoa e o serviço prestado e é uma forma efetiva de fortalecer o SUS. Portanto, reconhecer na Política nacional de educação permanente em Saúde e na Política nacional de Humanização as diretrizes para a gestão do trabalho e da educação na saúde, eleva o trabalhador da saúde como sujeito ativo e condutor dos seus processos formativos.

O trabalho na saúde é essencialmente humano, relacional, e é no encontro entre pessoas, trabalhadores – usuários – gestores que são produzidas as ações e os serviços, é nessa interação que o cuidado acontece.

Com relação à educação na saúde, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) compreende que a transformação nos serviços, no ensino e na condução do sistema de saúde, não pode ser considerada questão simplesmente técnica. Envolve mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas.

Com relação à educação na saúde é importante destacar as dimensões distintas que ela pode alcançar para facilitar a compreensão e o planejamento das suas ações: educação na saúde, educação em saúde e educação para a saúde. A educação para a saúde traz a dimensão de uma relação de poder, na qual o profissional da saúde detém conhecimentos para serem transmitidos aos usuários de forma sistemática para que eles possam manter a saúde. Educação em Saúde são práticas inerentes ao trabalho na saúde, toda ação pode e deve ser pedagogicamente potente para causar impacto no outro/usuário e permitir a construção de sujeitos autônomos e co-responsáveis pela saúde. E educação na saúde que “consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular (BRASIL, 2013, p.20). Também conhecida como educação no trabalho em saúde, apresenta duas modalidades: 1) Educação Continuada e 2) EPS (Educação Permanente em Saúde).

Desta forma, é importante manter a realização periódica de capacitação/qualificação dos profissionais a fim de aprimorar o processo ensino-aprendizagem (Educação Continuada), e ainda efetivar em todos os níveis de atenção à saúde, um modelo de educação que proponha aos envolvidos a reflexão sobre suas práticas como estratégia para uma melhor resolutividade nos serviços e ações da saúde (Educação Permanente em Saúde).

A gestão do trabalho e da educação na saúde tem papel fundamental na estruturação dos serviços de saúde sob os aspectos de planejamento e gestão, de gestão das pessoas, de desenvolvimento e formação de profissionais necessários para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS.

Contraditoriamente, a gestão do trabalho e da educação na saúde, embora reconhecidos como vitais para a realização de uma saúde pública de qualidade, através de uma mão-de-obra qualificada, ainda é uma área que recebe pouca atenção por parte dos gestores do sistema em geral e não há um custeio fixo e permanente de nenhuma das 3 (três)

esferas de governo. No PMS há diretrizes, objetivos e metas relacionadas à melhoria da gestão do trabalho e da educação na saúde, com vistas a tentar reverter essa situação diagnosticada.

A Política Nacional de Humanização (PNH) permeia a prática de saúde em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde, integrando uma política de transformação e criação de realidades no processo de saúde. A PNH encontra-se fundamentada em três princípios estruturantes, a saber: a transversalidade, interpretada como a ampliação da comunicação entre os sujeitos e os serviços, almejando transformações territoriais e nas relações de trabalho; a indissociabilidade entre a atenção e gestão quanto ao modo de cuidar e gerir; e a consolidação do protagonismo e autonomia dos sujeitos e coletivos, desenvolvendo atitudes de co-responsabilidade na promoção da saúde (BRASIL, 2010). A efetivação das diretrizes da PNH no âmbito da FMSRC possibilita a realização de uma potente gestão do trabalho e educação em saúde.

A FMSRC foi criada em 1995 e já na sua estrutura existia um Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos (PCCV); mas na prática, o mesmo não era efetivado e aplicado. Em 2007, no âmbito do município foi criado o Instituto de Previdência do Município de Rio Claro (IPRC), através da Lei Municipal Complementar nº 23 de 20/09/2007 para todos os servidores municipais, incluindo os servidores da FMSRC, efetivando a previdência própria de todos os servidores; no mesmo ano, foi criado o Estatuto dos Servidores Municipais, através da Lei Municipal Complementar nº 17 de 16/02/2007. Em 1996, através da Lei Municipal nº 2.814, de 07/05/1996 a Fundação Municipal de Saúde, foi denominada de Fundação Municipal de Saúde “Rafael Raya”.

Em 2014 houve uma nova estruturação no âmbito da FMSRC; através da reformulação do PCCV foi elaborada e aprovada uma nova estrutura, com nova configuração dos cargos e funções e a estrutura de evolução de carreira com a criação das progressões horizontal e vertical, através da Lei Municipal Complementar nº 94, de 22/12/2014. O Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos (PCCV) da FMSRC constituiu-se num grande avanço na valorização dos servidores do SUS municipal. O PCCV de 2014 propiciou a criação de novos cargos, a progressão no cargo efetivo e ainda garantia de cargos exclusivos de servidores para a direção e assessoramento. No entanto, ainda há lacunas e aperfeiçoamentos que não foram possíveis naquele momento de serem implementados e que necessitam de estudo e avaliação para o contínuo aperfeiçoamento. Em toda a gestão do trabalho e das pessoas deve ser observado o tripé da fixação e melhoria qualitativa dos recursos humanos do SUS: a) valorização salarial; b) condições dignas e adequadas de trabalho e, por fim, c) desenvolvimento e qualificação pessoal.

Outro destaque na gestão do trabalho na FMSRC foi a alteração da forma de contratação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate as Endemias (ACE) através de concurso público com a criação dos cargos em Lei Complementar e a efetivação daqueles que prestaram e se efetivaram através do concurso público de provas e títulos. Essa efetivação se deu através da Lei Municipal Complementar nº 085, de 12 de dezembro de 2013. Essa lei é o PCCV dos ACS e dos ACEs.

Por fim, não há como deixar de fazer um destaque em relação aos impactos da emergência de saúde pública no ano de 2020, bem como a edição da Lei Federal Complementar nº 173, de 27 de maio de 2020 que gerou uma série de entraves em relação à efetivação da valorização profissional e uma insegurança jurídica para a aplicação de evolução funcional no contexto da calamidade pública no município. No entanto, passado esse momento, há a necessidade de voltar à implementação da PNH nos seus diversos aspectos no âmbito da gestão do trabalho e da educação em saúde.

Na prática, as lacunas deixadas do PCCV de 2014 e do PCCV específico do ACS/ACE (2013) devem ser revistos, mas o contexto atual brasileiro e municipal não são favoráveis à valorização salarial, considerando a retratação econômica e ainda à crescente demanda por serviços públicos e a necessidades de maior quantidade de pessoal e a ausência de efetiva reposição.

Na **Tabela 65** podemos verificar a composição da força de trabalho da FMSRC.

Tabela 65 – Quantidade de Cargos/Funções ocupados na FMSRC (2021)

CARGO/FUNÇÃO	OCUPADAS	CARGO/FUNÇÃO	OCUPADAS
AGENT.DE SAUDE DENGUE	3	AUX. ENFERMAGEM	24
AGENTE ADMINISTRATIVO	109	AUX.SERVICOS GERAIS	26
AGENTE COMBATE AS ENDEMIAS	40	AUXILIAR DE SAUDE BUCAL	27
AGENTE COMUNIT. SAUDE	159	BIOLOGO	4
AGENTE CONTR.VETORES	6	BIOMEDICO	7
AGENTE CONTROLE ZONOSSES	3	BIOQUIMICO	3
AGENTE DE MANUTENCAO	5	CADASTRADOR DO SUS	2
AGENTE DE SAUDE PSF	5	CIRURG.DENT PROG S FAMILIA	20
AGENTE DE SERVICOS GERAIS	91	CIRURGIAO DENTISTA	42
AGENTE DE TELECOMUNICACOES	25	CITOTECNICO	1
ANALISTA DE MEIO AMBIENTE	1	CONTADOR	1
ANALISTA ECON. FINANCEIRO	1	EDUCADOR FISICO	6
ARQUITETO	0	ENFER.PROGR SAUDE FAMILIA	30
ASSIST. GESTAO MUNICIPAL	52	ENFERMEIRO DO TRABALHO	1
ASSISTENTE SOCIAL	19	ENFERMEIRO	65
ATEND./RECEPC.	33	ENGENHEIRO CIVIL	1



CARGO/FUNÇÃO	OCUPADAS	CARGO/FUNÇÃO	OCUPADAS
ENGENHEIRO SEGURANCA TRAB.	2	PEDAGOGO	5
ESCRITURARIO	12	PODOLOGO	1
FARMACEUTICO	20	PROCURADOR JUDICIAL	3
FISCAL DE VIGI. SANITARIA	13	PROTETICO	1
FISICO	2	PSICOLOGO	28
FISIOTERAPEUTA	9	TECNICO DE ENFERMAGEM	221
FONOAUDIOLOGO	8	TECNICO DE NUTRICA O DIET	4
MED. PROG.SAUDE DA FAMILIA	16	TECNICO DE PROC DADOS	4
MEDICO AMBULATORIAL	55	TECNICO DE SAUDE - LABOR	11
MEDICO DO TRABALHO	2	TECNICO EM GESSO	2
MEDICO PLANTONISTA	80	TECNICO EM RADIOLOGIA	20
MEDICO VETERINARIO	4	TECNICO EM SEG TRABALHO	5
MOTORISTA	63	TECNICO IMOB ORTOPEDICA	2
NUTRICIONISTA	4	TELEFONISTA/OP.RADIO	4
OF.SERV.MANUTENCAO	4	TERAPEUTA OCUPACIONAL	9
		VISITADOR SANITARIO	1

CARGO/FUNÇÃO - ASSESSORAMENTO E DIREÇÃO	OCUPADAS
ASSESSOR ADMINISTRATIVO	4
ASSESSOR TECNICO	6
CHEFE DE DIVISAO	22
CHEFE DE GABINETE	1
CHEFE DE SECAO	47
DIRETOR DE DEPARTAMENTO	6
OUVIDOR GERAL	1
PRESIDENTE	1
PROCURADOR GERAL	1
SUPERVISOR DE CAMPO	5

Fonte: DGP da FMSRC

Na **Tabela 65** podemos verificar a quantidade de servidores da FMSRC e assim diagnosticar que toda essa mão-de-obra qualificada, sem contar os aspectos necessários para ampliação dos serviços, devem ter uma atenção para a qualificação e desenvolvimento profissional. Deve haver incentivos para que os profissionais possam evoluir e assim com essa evolução possam prestar um serviço de mais qualidade.

No total são 1427 (hum mil quatrocentos e vinte e sete) cargos/funções ocupadas, conforme levantamento da Diretoria de Gestão de Pessoas da FMSRC. Trata-se de uma quantidade menor do que a FMSRC já teve em anos anteriores e outros períodos.

1.4. Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)

Na há como deixar de mencionar sobre a Emergência em Saúde Pública de importância internacional (ESPII) decorrente da pandemia do novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2.

Em dezembro de 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) foi informada sobre casos de pneumonia de etiologia desconhecida detectada na cidade de Wuhan, capital da província de Hubei, na China. As autoridades chinesas identificaram um novo tipo de coronavírus, que foi denominado SARS-CoV-2, causador da doença chamada COVID-19 (WHO, 2020).

A Covid-19, causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) representa a maior pandemia da história recente da humanidade. Trata-se de uma doença de elevada transmissibilidade e distribuição global. A transmissão ocorre principalmente entre pessoas por meio de gotículas respiratórias ou contato com objetos e superfícies contaminadas, causando infecção respiratória aguda, podendo-se manifestar de forma assintomática, leve, moderada, grave ou crítica, com mortalidade em torno de 2 a 3%. Decorrente da magnitude pandêmica e gravidade da infecção humana pelo novo Coronavírus, em 30 de janeiro de 2020 a OMS declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) (WHO, 2020) e o Ministério da Saúde do Brasil (MS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) por meio da Portaria MS/GM nº 188, de 3 de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2021).

No nosso município, tivemos o primeiro óbito pela COVID-19 em 09/04/2020. Considerando ser uma emergência em saúde pública que resultou inclusive, em decretação de estado de calamidade pública pelo município em 2020 e prorrogada em 2021, trata-se de uma pandemia em evolução, com introdução de novas cepas e com maior grau de transmissibilidade e mortalidade e que, infelizmente, ainda não teve seu desfecho. Maiores detalhes e atualizações estarão no Plano Municipal de Contingência e ação para a infecção humana COVID-19 (atualmente na 4ª versão em Abril de 2021). As emergências em saúde pública são caracterizadas como situações que exigem a adoção de medidas urgentes de prevenção, controle e contenção de riscos, danos ou agravos à saúde pública, decorrentes de surtos e epidemias, desastres ou desassistência à população e que contribuem de forma expressiva na morbimortalidade no mundo e também no município. O SUS é uma articulação Interfederativa; sozinho o município não conseguiria responder ao tamanho dessa emergência; fica evidente a falta de coordenação nacional da pandemia, que causou uma série de atropelos para o adequado enfrentamento da pandemia. Evidentemente, esse atropelo gerou um aumento dos casos de óbitos e conseqüências bem claras para a desorganização do sistema de saúde.

O município deve terminar esse enfrentamento atual e já se preparar para novos enfrentamentos, uma vez que todos os pesquisadores alertam que não será a última pandemia e nem a última emergência em saúde pública.

2. EIXOS, DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

Os eixos do Plano Municipal de Saúde de 2022-2025 contemplam os compromissos assumidos pelo Gestor Municipal; baseiam-se na análise situacional de saúde do município, nos eixos temáticos e nas propostas aprovadas das Conferências Nacional, Estadual e Municipal de Saúde como balizadores; no Plano Nacional e Estadual de Saúde e, por fim, no Programa de Governo do Prefeito Gustavo Ramos Perissinotto, eleito democraticamente pela população (2020).

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 de Rio Claro é coletivamente responsável pela execução do Plano Municipal e pelos resultados a serem alcançados pela gestão municipal, cabendo ao Conselho Municipal de Saúde a análise e aprovação do Plano e também acompanhar o seu desenvolvimento, além dos órgãos de controle e de fiscalização.

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

DIRETRIZ I.1 – FORTALECER A QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA/ ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1. Ampliar o número de profissionais médicos e dentistas das ESF com especialização em Saúde da Família.	100% dos profissionais que ingressarem com nível superior na ESF com Especialização em Saúde da Família.	% de número de profissionais das ESF com especialização em Saúde da Família, monitorado pelo NESTD.
2. Reduzir o número de internações de causas sensíveis à AB.	Redução de 5% ao ano. Pactuação do SISPACTO	% de internações de causas sensíveis à AB - SISPACTO
3. Reduzir o número de óbitos prematuros < 70 anos pelas condições crônicas	Redução de 10% ao ano. Pactuação do SISPACTO	Número de óbitos prematuros < 70 anos pelas condições crônicas
4. Reduzir o número de óbitos maternos	Redução para a menor quantidade, considerando a média histórica. Pactuação do SISPACTO	Número de óbitos maternos
5. Ampliar a cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família.	Ampliação da cobertura populacional da AB para 75% de cobertura populacional. Em quatro anos um número mínimo de 6 (seis) equipes	% de cobertura populacional da AB

DIRETRIZ I.1 – FORTALECER A QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA/ ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE		
OBJETIVO	META	INDICADOR
6. Ampliar o acompanhamento das condicionalidades do perfil de saúde das famílias e do programa bolsa familiar ou programa substituto.	Ampliação de 10% ao ano, sem qualquer redução do acompanhamento atual. Pactuação do SISPACTO	% famílias acompanhadas nas condicionalidades do perfil de saúde das famílias
7. Implantar na Atenção Primária em Saúde as Práticas Integrativas e Complementares	Implantação de 05 (cinco) práticas integrativas e complementares. Possibilitar o desenvolvimento de PIC's nos serviços.	Número de PICS implantadas e sendo realizadas
8. Implantar a Carteira de Serviços da APS	Implantação em toda a rede a carteira de serviços da APS.	Número de unidades com carteira de serviços da AP
9. Implementar o acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos na APS	Realização dos exames de rotina nas UBS. Pactuação PREVINE BRASIL	Número de pacientes hipertensos e diabéticos atendidos nas UBS.
10. Qualificar a linha de cuidado cardiológica com a implantação e implementação de Eletrocardiografia em todas as unidades da APS	Implantação de 10 (dez) unidades da APS com Eletrocardiografia por ano com a qualificação dos profissionais.	Número de unidades com eletrocardiografia implantada e número de profissionais treinados
11. Implantar e implementar o matriciamento nas Unidades Básicas com ou sem estratégia de saúde da família	Implantação e implementação do matriciamento de Ginecologia, Pediatria, Saúde Mental, Serviço Social e Saúde do Trabalhador, entre outras, em todas as unidades	Procedimentos de matriciamento realizado nas unidades nas áreas de ginecologia, pediatria, saúde mental, serviço social, saúde do trabalhador entre outros
12. Reduzir os encaminhamentos para a Atenção especializada - Média Complexidade	Redução de, no mínimo, 5% ao ano número de encaminhamentos para a atenção especializada - média complexidade	Encaminhamentos da AB para a AE - média complexidade, por unidade de ESF.
13. Efetivar o acesso da população em situação de rua na rede de saúde e o atendimento de forma oportuna e no local dessa população vulnerável	Implantação de 1 (uma) equipe de Consultório na Rua (eCnaR)	Equipe de eCnaR implantada
14. Implantar o Programa de Atendimento Rápido (PAR) - metodologia do acesso avançado nas USFs para melhorar o acesso das pessoas aos cuidados de saúde, diminuindo o tempo de espera por uma consulta médica na APS, sem comprometimento dos agendamentos programáticos.	Implantação do PAR - Programa de Atendimento Rápido (PAR) - metodologia do acesso avançado em 100% das USFs	Programa implantado através da metodologia nas USFs
15. Construir 05 unidades de saúde com estratégia de saúde da família com apoio financeiro das 03 esferas de governo.	construção de 05 unidades de saúde (com estratégia de saúde da família) com apoio financeiro das 03 esferas de governo.	número de UBS construídas
16. Reformar/ ampliar 04 Unidades de saúde com apoio financeiro das 03 esferas de governo.	Reforma/ ampliação de 04 unidades de saúde com apoio financeiro das 03 esferas de governo.	número de unidades de saúde reformadas/ ampliadas

DIRETRIZ I.2 – APRIMORAR O ACESSO DA ASSISTÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1. Ampliar o acesso da população residente aos procedimentos de média complexidade	1. Atingir 15% (quinze) da população residente e ampliação de 1% ao ano. 2. Atingir 4% (quatro) da população residente - internamentos cirúrgico de média complexidade (eletivo). Pactuação SISPACTO	% de população residente utilizando procedimentos de média complexidade e % de internamentos cirúrgicos de média complexidade.
2. Ampliar o acesso da população residente aos procedimentos de alta complexidade	1. Atingir 1% da população residente e ampliação de 0,1% ao ano. 2. Atingir 1% (um) da população residente - internamentos cirúrgico de alta complexidade em hospital de referência (eletivo). Pactuação SISPACTO	% de população residente utilizando procedimentos de alta complexidade e % de internamentos cirúrgicos de alta complexidade.
3. Utilizar mecanismos que propiciem ampliação do acesso à atenção hospitalar em tempo adequado ao atendimento das necessidades da saúde da população do município	1. Manter a taxa de ocupação média acima de 85% dos leitos; 2. Reduzir a média de permanência de dias de internação, conforme o caso dos pacientes.	% de ocupação dos leitos; Média de permanência de dias de internação.
4. Implantar protocolos dos exames de média complexidade mais utilizados ou mais onerosos	Implantação de Protocolos dos exames mais utilizados ou mais onerosos. No mínimo 10 protocolos e 5 a cada ano	Número de protocolos implantado
5. Implantar protocolos das especialidades médicas mais utilizadas	Implantação de Protocolos das especialidades médicas mais utilizadas. No mínimo 5 protocolos e 1 a cada ano.	Número de protocolos implantados
6. Implantar protocolos de acesso da linha de cuidado cardiológica (teste ergométrico, MAPA, holter e ecocardiograma)	Implantação de Protocolos da linha cardiológica	Número de protocolos implantados
7. Otimizar a regulação e ampliar a oferta de consultas e exames, priorizando as maiores “filas”	Manter a oferta de exames e consultas e ampliar a oferta de consultas e exames em 10% das maiores filas por ano	Número de exames e consultas de média complexidade ofertadas
8. Ampliar o número de especialidades médicas e não-médicas próprias ou contratadas oferecidas de média complexidade	Manter as especialidades existentes próprias ou contratadas e ampliar em 02 (duas) especialidade por ano	Número especialidades ofertadas
9. Implementar o SAD com a implantação de mais 1 (uma) equipe EMAD	Implantar 1 (uma) equipe EMAD. Possibilitar atendimento a demanda de atendimento domiciliar	Número de equipe de EMAD implantada
10. Implantar na Atenção Especializada as Práticas Integrativas e Complementares	Implantar 02 (duas) práticas integrativas e complementares. Possibilitar o desenvolvimento de PICs nos serviços. Implementação de 1 prática integrativa a cada ano.	Número de PICS implantadas e sendo realizadas
11. Implementar protocolo e Implantar linha de cuidado para as feridas complexas no CEAD	Implementação de Protocolo de feridas complexas e Implantação de linha de cuidado	Protocolo implementado e Linha de Cuidado Implantada.

DIRETRIZ I.3 – APERFEIÇOAR A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1. Implementar e qualificar a Política e a Gestão da Assistência Farmacêutica no município, com foco ao uso racional de medicamentos e na avaliação das necessidades de saúde	1. Implementação da REMUME; 2. Manutenção da Comissão de Farmacoterapia (CFT); 3. Atender 100% da relação de medicamentos da REMUME	1. REMUME disponibilizada com acesso online e sendo utilizada pelos serviços; 2. Número de reuniões da Comissão de Farmacoterapia (CFT) ativa; 3. % de medicamentos da relação de medicamentos da REMUME disponibilizados
2. Implantar o Cuidado Farmacêutico (Serviço Clínico Farmacêutico)	1. Criação do Protocolo do Cuidado Farmacêutico (Serviço Clínico Farmacêutico); 2. Implantação em 5 (cinco) unidades de saúde, que disponham de Farmacêutico o Cuidado Farmacêutico (Serviço Clínico Farmacêutico), por ano.	1. Protocolo do cuidado farmacêutico criado e em funcionamento; 2. Número de unidades com o Cuidado Farmacêutico implantado.

DIRETRIZ I.4 – QUALIFICAR OS SERVIÇOS PRÓPRIOS E CONTRATADOS DE APOIO DIAGNÓSTICO		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1. Implementar as ações e serviços do laboratório municipal e dos prestadores contratados para melhorar o acesso aos exames laboratoriais e de imagem e seus resultados	Implementação de acesso dos exames próprios e contratados aos profissionais de saúde e aos usuários em tempo oportuno e online.	Exames disponibilizados para acesso online e em tempo oportuno
2. Implementar no Laboratório Municipal exames básicos da APS ofertados em tempo reduzido	Implementação do acesso em até 24 horas dos exames básicos da APS para os profissionais de saúde e os usuários.	Exames disponibilizados para acesso online e em 24 (vinte e quatro) horas
3. Estudar a viabilidade para o Laboratório Municipal disponibilizar exames para a micro-região mediante contrapartida financeira	Estudo de viabilidade de fornecimento de exames para municípios da micro-região mediante contrapartida financeira	Estudo realizado. Fornecimento de exames viabilizado e contrapartida financeira efetivada.

DIRETRIZ I.5 – QUALIFICAR A ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1. Habilitar o PA CVZ como UPA para recebimento de custeio	Credenciamento do PA CVZ como UPA CVZ para recebimento de custeio federal	PA CVZ habilitado para recebimento de custeio
2. Ampliar a Rede de Urgência e Emergência e a cobertura da assistência do APH Móvel	1. Ampliar 1 (uma) USB; 2. Criação e implantação do Serviço de Motolância no APH móvel	Número de USB; Serviço de Motolância criado e implantado
3. Criar Hospital-Dia	Implantação de Hospital Dia para realização de procedimentos de baixo-risco e de baixa complexidade junto à UPA CVZ	Hospital Dia implantado
4. Qualificar e reorganizar a porta de entrada hospitalar do município através da Santa Casa	Transformar o PSMI na porta hospitalar da Santa Casa, sendo absorvido pelo Hospital	PSMI reorganizado e absorvido pela Santa Casa

DIRETRIZ I.5 – QUALIFICAR A ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS		
OBJETIVO	META	INDICADOR
5. Fortalecer a capacidade de resposta das unidades de urgência e emergência	1. Formalização e utilização de protocolos para AVC, IAM e Trauma; 2. Implementação da linha de cuidado para AVC, IAM e Trauma. 3. implementação de fluxos e protocolos para acesso a exames diagnósticos em tempo oportuno.	1. Protocolos formalizados e efetivados; 2. linha de cuidado implementada. 3. Fluxos e protocolos para acesso a exames diagnósticos implementado.
6. Qualificar a UPA 29: manutenção junto ao MS da qualificação da UPA 29	Implementação da qualificação da UPA 29	UPA qualificada junto ao MS
7. Qualificar o SAMU/192: manutenção junto ao MS da qualificação do SAMU/192	Implementação da qualificação do SAMU/192	SAMU/192 qualificado junto ao MS
8. Qualificar ou alterar o nível/tipo de UPA CVZ: obter junto ao MS a qualificação ou alteração do nível da UPA CVZ	Implementação da qualificação da UPA CVZ ou alteração do seu nível/tipo	Qualificação ou alteração do nível/tipo da UPA junto ao MS
9. Qualificar o atendimento da RUE e o atendimento das condições agudas de saúde nas UPAs, no CAPS III e na maternidade	1. Reduzir 10% por ano o número de pacientes classificados como código azul e código verde, da classificação de risco, durante o período de funcionamento das unidades básicas, garantindo acesso na unidade básica referenciada; 2. Implantação e implementação de protocolos de atendimento das urgências psiquiátricas. 3. Implantação e implementação de protocolos da urgência obstétrica e ginecológicas. 4. Implantação e implementação do instrumento de estratificação de risco da Saúde Mental na RUE.	% de pacientes classificados como código azul e código verde na classificação de risco; protocolos estabelecidos, implantados e implementados
10. Qualificar ou alterar o nível/tipo da UPA 29: obter junto ao MS a qualificação ou alteração do nível da UPA 29	Implementação da qualificação da UPA 29 ou alteração do seu nível/tipo	Qualificação ou alteração do nível/tipo da UPA junto ao MS
11. Qualificar e ampliar os serviços de atendimento a internação domiciliar (pré e pós hospitalar).	1. Elaboração de protocolos de internação domiciliar (pré e pós hospitalar). 2. Atendimento de 100% pelo SAD dos pacientes AD3 e, pelo menos, 50% pelo SAD dos pacientes AD2, evoluindo 15% ao ano. (Implantar mais 1 (uma) equipe EMAD - Meta definida no Eixo I).	1. protocolos elaborados e implantados. 2.% de pacientes AD3 e AD2 atendidos pelo SAD.

2.2. EIXO II – Desenvolvimento de serviços e ações de saúde para segmentos da população mais vulneráveis, com necessidades

DIRETRIZ II.1 – REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1. Fortalecer a Rede Materno e Infantil com foco nas ações de assistência ao pré-natal	1. Ampliar em 5 % ao ano, o número de consultas pré natal (7 ou mais consultas) ; 2. Reduzir taxa de mortalidade infantil para até 1 dígito no final dos 4 anos. Reduzir o número de óbitos maternos. Pactuação SISPACTO	1. % de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal; 2-Taxa de mortalidade infantil; 3. Número de óbitos maternos
2. Qualificar a assistência ao pré-natal	1. Efetivação do protocolo de pré-natal para a realização dos exames e vacinas de rotina; 2. Ampliação de 5% (cinco) das gestantes captadas até 12 (doze) semanas de gestação; 3. Redução da mortalidade materna. Pactuação SISPACTO e PREVINE BRASIL	1. % de gestantes captadas em até 12 semanas de gestação; pré-natal; 2. Protocolo de exames e vacinas de rotina efetivado e em funcionamento para 100% das gestantes; 3. Taxa de mortalidade materna.
3. Qualificar a atenção ao recém-nascido	1. Implementação de protocolo do “bebe de risco” após alta hospitalar; 2. Realização de avaliação do desenvolvimento infantil dos recém-nascidos de alto risco com alta hospitalar - “detecção precoce”; 3. Implementação do monitoramento das crianças de risco, com acompanhamento de 100% dos nascidos vivos; 4. Atendimento de 50% dos recém nascidos na primeira semana de vida com progressão de 10% ao ano.	1. Protocolo implantado e em funcionamento; 2. Programa de detecção precoce em funcionamento; 3. % de acompanhamento das crianças de risco monitoradas e acompanhadas; 4. Consultas realizadas na 1ª semana de vida.

DIRETRIZ II.2 – APRIMORAR A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA E SAÚDE DA MULHER		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1. Aumentar o rastreamento, detecção precoce e acompanhamento do câncer de colo de útero, endométrio e câncer de mama	1. Ampliação em 10% a cada ano a realização de papanicolau na faixa etária alvo (25-64 anos) (citopatológicos); 2. Ampliação da realização de exames de mamografia de rastreamento na faixa etária alvo (50 a 69 anos). Pactuação SISPACTO e PREVINE BRASIL.	Razão de exames citopatológicos e Razão de exames de mamografia de rastreamento
2. Aumentar o parto vaginal na rede pública e na rede privada	1. Ampliação em 5% a cada ano a realização de parto vaginal na rede pública e na rede privada (saúde suplementar). Pactuação SISPACTO	% de partos vaginais
3. Reduzir a gravidez na faixa etária de 10 a 18 anos	1. Redução de 5% a cada ano da ocorrência de gravidez na faixa etária de 10 a 18 anos. Pactuação SISPACTO	% de adolescentes (na faixa etária de 10 a 18 anos) grávidas

DIRETRIZ II.2 – APRIMORAR A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA E SAÚDE DA MULHER		
OBJETIVO	META	INDICADOR
4. Realizar Planejamento Familiar para toda mulher em idade fértil	1. Implantação de Política de Planejamento Familiar com o fornecimento de métodos contraceptivos adequados e adaptados à mulher com o devido aconselhamento; 2. Realização de cirurgias de método definitivo.	1. Política de Planejamento Familiar implantada; 2. Número de métodos e de contraceptivos fornecidos; 3. Número de cirurgias realizadas de método definitivo.
5. Criação do Centro de Referência de Saúde da Mulher	1. Implantação do Centro de Referência da Mulher. 2. Elaboração de termo de referência e protocolos do Centro	Centro de Referência da Mulher criado e implantado
6. Formular e Implantar a Política Municipal da Rede de Atenção Integral a Saúde da Pessoa em situação de violência em conjunto com o SUAS	1. Implantação da Política Municipal da Rede de Atenção Integral a Saúde da Pessoa em situação de violência em conjunto com o SUAS; 2. Realização de anticoncepção de emergência e profilaxia de IST nos casos de violência sexual no SEPA; 3. Qualificar as notificações de situação de violência através dos profissionais de saúde.	Política Municipal da Rede de Atenção Integral a Saúde da Pessoa em situação de violência implantada efetivamente; 2. Realização de anticoncepção de emergência e profilaxia sendo realizada; 3. Notificações sendo efetivadas

DIRETRIZ II.3 – FORTALECER A REDE DE SAÚDE MENTAL, COM ENFASE NO ENFRENTAMENTO DA DEPENDÊNCIA DO CRACK E OUTRAS DROGAS		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1. Ampliar matriciamento realizados por Centros de Atenção Psicossocial	Ampliação para 100% das unidades de saúde matriciadas pela equipe do CAPS, conforme protocolo de saúde mental	% de matriciamento
2. Ampliar o Serviço de Residência Terapêutico com implantação de 1 SRT Masculina	Implantação de 1 SRT Masculina Tipo II	Número de SRT implantadas
3. Qualificar o matriciamento de saúde mental com a criação de 4 equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT)	Implantação de 1 AMENT Tipo III por ano	Número de AMENT implantada
4. Reimplantar Projetos de Reabilitação centrados na geração de renda e inclusão social dos pacientes/familiares da SM (em parceria com a secretaria de desenvolvimento social e outras instituições não governamentais).	Reimplantação de projeto de geração de renda e inclusão social dos pacientes/familiares da Saúde Mental	Projeto de Geração de Renda e inclusão social implantado
5. Qualificar e aumentar a resolutividade dos CAPS com a implantação de supervisão clínico-institucional.	Implantação de supervisão clínico-institucional nos CAPS através de instituição de ensino superior reconhecida	Supervisão clínico-institucional implantada
6. Fortalecer e realizar o atendimento intersetorial e intersecretarial para: 1) pessoas em situação de uso abusivo de álcool e outras drogas 2) acumuladores e 3) pessoas em situação de rua.	Estabelecimento e elaboração de protocolo conjunto de atendimento intersecretarial entre o SUS e SUAS voltado a pessoas em situação de uso abusivo de álcool e outras drogas, para os acumuladores e pessoas em situação de rua.	Protocolo elaborado. Atendimento intersetorial e intersecretarial realizado. Número de ações conjuntas do SUS e SUAS.

DIRETRIZ II.3 – FORTALECER A REDE DE SAÚDE MENTAL, COM ENFASE NO ENFRENTAMENTO DA DEPENDÊNCIA DO CRACK E OUTRAS DROGAS		
OBJETIVO	META	INDICADOR
7. Elaborar estudo sobre a alteração do nível/tipo de CAPS AD II PARA CAPS AD III 24H.	1. Elaboração de estudo sobre a alteração de nível/tipo de CAPS AD II para tipo III 24h. 2. Elaboração de termo de referência sobre o novo serviço de tipo/nível diferente.	Estudo Elaborado. Termo de referência elaborado.

DIRETRIZ II.4 – APERFEIÇOAR A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1. Ampliar as Equipes de Saúde Bucal	1. Ampliar 2 equipes de saúde bucal por ano; 2. Vincular o aumento das equipes de saúde bucal com a ampliação de ESF; 3. Ampliar a cobertura populacional da saúde bucal. Pactuação SISPACTO	1. Número de equipes de saúde bucal; 2. Cobertura populacional da saúde bucal
2. Ampliar a média de ação coletiva supervisionada	1. Incremento de 1% ao ano de ação coletiva supervisionada	Número de procedimento de Ação coletiva supervisionada realizada
3. Reduzir a proporção de exodontia nos procedimentos	Reduzir em 10% a proporção de exodontia por ano em relação aos procedimentos preventivos e curativos odontológicos	Número de Procedimentos de exodontia em relação aos outros procedimentos preventivos e curativos
4. Número de Procedimentos de exodontia em relação aos outros procedimentos preventivos e curativos	1. Garantir a oferta de mais de 50 (cinquenta) próteses / mês no primeiro ano e ampliar chegando a faixa de mais de 81 próteses (oitenta e uma)/mês; 2. Reduzir o prazo para recebimento da prótese total ou parcial para menos de 12 (doze) meses (próteses financiadas pelo MS)	Número de próteses produzidas pelo LRPD
5. Ampliar a resolutividade das equipes de saúde bucal	Garantir documentação radiológica odontológica de forma ágil e oportuna para a realização dos tratamentos odontológicos.	Documentação radiológica ofertada
6. Ampliar a capacidade de diagnóstico, intervenção precoce e acompanhamento de alterações em tecidos moles bucais	1. Realização de exame de boca para busca ativa de lesões de tecidos moles bucais - triagem de câncer bucal - em 100% dos idosos atendidos no CEO; 2. Realização de exame de boca para busca ativa de lesões de tecidos moles bucais - Triagem de câncer bucal em 50% dos idosos atendidos nas equipes de saúde bucal da AB e ampliação de 10% a cada ano.	Número de triagens realizadas. Percentual de triagens realizadas em idosos
7. Ampliar o atendimento odontológico às gestantes	Realização de 1ª consulta odontológica em 100% das gestantes atendidas na AB. Indicador do PREVINE BRASIL	Proporção de gestantes cadastradas pela equipe que tiveram acesso a atendimento odontológico.

DIRETRIZ II.4 – APERFEIÇOAR A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL		
OBJETIVO	META	INDICADOR
8. Ampliar o acesso ao atendimento especializado odontológico no CEO	1. 100% dos pacientes encaminhados ao CEO atendidos em até 90 (noventa) dias; 2. 100% dos pacientes (PCD) encaminhados ao CEO atendidos em até 30 (trinta) dias.	Proporção de pacientes encaminhados e atendidos no CEO e o tempo de espera.
9. Implementar a Unidade Móvel Odontológica para ampliar o acesso às ações de saúde bucal	1. Aquisição de Van adaptada como Unidade Móvel Odontológica (UMO); 2. Implementação de ações com a UMO para ampliar o acesso às ações de saúde bucal.	1. Unidade Móvel Odontológica adquirida; 2. Número de ações realizadas.
10. Construir espaço físico definitivo para o CEO com apoio financeiro das 03 esferas de governo.	Construção de espaço físico definitivo para o CEO com apoio financeiro das 03 esferas de governo.	Unidade do CEO construído
11. Implantar e implementar a intersectorialidade para a saúde bucal materno-infantil	Implantação e Implementação da intersectorialidade para o atendimento da saúde bucal materno-infantil	% de atendimentos por outros profissionais de nível superior necessários para o adequado atendimento da saúde bucal materno-infantil.

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
1. Promover o envelhecimento ativo e saudável com qualidade de vida	Promover em 100 % das unidades básicas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças com os idosos.	Ações de promoção da saúde e prevenção de doenças realizadas
2. Ampliar os serviços de atendimento domiciliar para os idosos acamados	Garantir atendimento de 100% pelo SAD dos pacientes idosos AD3 e, pelo menos, 50% pelo SAD os pacientes idosos AD2, evoluindo 15% ao ano. (Implantar mais 1 (uma) equipe EMAD - Meta definida no Eixo I)	% de pacientes idosos AD3 e AD2 atendidos pelo SAD
3. Qualificar o atendimento dos idosos na rede de saúde	1. Implantação da Caderneta do Idoso e o VES 13 - Classificação de Risco em toda a rede de saúde; 2. Ampliar a intersectorialidade para possibilitar auxílio na garantia dos direitos do idoso; 3. Implantar a especialidade médica de Geriatria no CEAD	1.% de caderneta do idoso em relação ao público idoso atendido; 2. Intersectorialidade realizada com as áreas afins, em especial a SMDS; 3. Especialidade implantada

DIRETRIZ II.6 - IMPLEMENTAR A ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1. Habilitar o CHI PV como CER II para recebimento de custeio	Credenciamento do CHI PV como CER tipo II para recebimento de custeio federal	CHI PV habilitado para recebimento de custeio
2. Implantar matriciamento de atendimento de PCD na atenção básica	50% das unidades de saúde matriciadas pela equipe do CHI PV (CER), conforme protocolo	% de matriciamento

DIRETRIZ II.6 - IMPLEMENTAR A ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA		
OBJETIVO	META	INDICADOR
3. 1) Ampliar a parceria com a APAE – Associação de pais e amigos dos excepcionais de Rio Claro ao atendimento da pessoa com deficiência intelectual. 2) Elaborar projeto em conjunto da APAE para habilitação como CER nas modalidades em que o CER – Princesa Victória não for habilitado. 3) Ampliar a parceria com a APAE em relação ao serviço de diagnóstico da deficiência intelectual.	1. Ampliação do atendimento da pessoa com deficiência nas especialidades médicas e não médicas através da APAE. 2. Elaboração de projeto para habilitação da APAE como CER nas modalidades em que o CER – PV não for habilitado. 3. Elaboração de formas de ampliar o atendimento do serviço de diagnóstico da deficiência intelectual.	1. Número de especialidades médicas e não médicas ampliadas para atendimento da pessoa com deficiência. 2. Projeto de habilitação da APAE como CER elaborado. 3. Parceria com a APAE do Serviço de diagnóstico da deficiência intelectual da APAE realizada e ampliada.
4. Qualificar e ofertar as triagens neonatais universais na maternidade ou na rede de saúde em tempo oportuno.	Realização de todas as triagens neonatais universais: teste do pezinho (triagens biológicas), orelhinha (triagem auditiva neonatal), olhinho (triagem ocular neonatal – teste do reflexo vermelho), teste do coraçãozinho (triagem de cardiopatias congênitas críticas – oximetria de pulso) e protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês (teste da linguinha).	Triagem neonatal realizada

DIRETRIZ II.7 - ORGANIZAR A ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1. Facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população negra às ações e aos serviços de assistência integral à rede de saúde	1. Implementar as especificidades da população negra nas linhas de cuidado a serem implantadas; 2. Implementar o preenchimento do campo “raça/cor” nos sistemas de informação; 3. Incluir a temática das doenças específicas e prevalentes da população negra nas formações; 4. Implantação da PNSIPN na rede pública municipal	1. Linhas de cuidados abordando as especificidades da população negra. 2. Preenchimento do campo “raça/cor” nos sistemas; 3. Formação temática com inclusão das doenças específicas e prevalentes da população negra; 4. PNSPN implantado em todos os níveis de rede

DIRETRIZ II.8 - IMPLEMENTAR AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1. Facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina às ações e aos serviços de assistência integral à rede de saúde	Implantação da PNAISH na rede pública de saúde municipal	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) implantada em todos os níveis da rede de saúde.

2.3. 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
1. Fortalecer o Programa Nacional de Imunizações (PNI)	Atingir as metas previstas pelo Ministério da Saúde das vacinas componentes do PNI. Pactuação SISPACTO	% de vacinados da vacina componente do PNI, % da meta prevista do PNI e % de cobertura vacinal
2. Reduzir a transmissão e a incidência das arboviroses urbanas (Dengue, Chikungunya, Zika e Febre Amarela), sobretudo prevenindo as formas graves	1. Realização de investigação de 100% dos casos notificados e identificados; 2. Adoção de medidas de tratamento para 100% dos casos confirmados; 3. Realização de ações preventivas com os casos suspeitos a fim de detectar precocemente surtos ou epidemia. 4. Realização de visita domiciliar ou peridomiciliar para controle vetorial, no mínimo, em 80% dos domicílios (contando visita dos ACE e ACS) em 4 ciclos no ano; 5. Notificação de 100% dos casos suspeitos de síndrome congênita do ZIKA. Pactuação SISPACTO	1. Percentual de casos suspeitos/confirmados investigados; 2. Número de Notificações; 3. Número de tratamentos dos casos suspeitos; 4. % de domicílios visitados e número de ciclos; 5. % de notificações dos casos suspeitos de síndrome congênita do ZIKA.
3. Reduzir a letalidade por Dengue	Redução para 0 (zero) óbitos por Dengue	Número de óbitos por Dengue
4. Fortalecer as ações de prevenção à Raiva Animal.	1. realização da vacinação em 100% dos bairros; 2. Envio de 100 % das amostras coletadas para análise no Instituto Pasteur	1. Número de animais vacinados; número de bairros e regiões com vacinação; 2. % de amostras coletadas e % de amostras enviadas
5. Elaborar e Implantar o Protocolo de Vigilância de Síndrome de Guillain-Barre e outras manifestações neurológicas associadas com arboviroses	1. Elaboração do Protocolo de Vigilância de Síndrome de Guillain-Barre e outras manifestações neurológicas associadas com arboviroses; 2. Implantação do Protocolo em 100% das unidades de saúde.	1. Protocolo elaborado e implantado; 2. % de unidades com o Protocolo de Vigilância de Síndrome de Guillain-Barre e outras manifestações neurológicas associadas com arboviroses implantado.
6. Reimplantar a Sala de Situação Municipal para analisar a situação epidemiológica das arboviroses urbanas e monitorar a ocorrência de casos.	Reimplantação da sala de Situação Municipal da arboviroses.	Sala de Situação Municipal reimplantada
7. Ampliar o % de cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera diagnosticados.	1. Atingir % superior a 80% de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera; 2. Examinar 100% dos contatos dos casos confirmados de tuberculose; 3. Realização de Tratamento Diretamente Supervisionado (Directly Observed Treatment Short Course -DOTS); 4. Monitoramento de 100% dos casos de Tuberculose. Pactuação SISPACTO	1. % de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera; 2. % de casos de tuberculose e contatos monitorados; 3 DOTS realizado 4. % de casos monitorados.

DIRETRIZ III.1 – FORTALECER A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E O CONTROLE DAS DOENÇAS E AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS E NÃO TRANSMISSÍVEIS		
OBJETIVO	META	INDICADOR
8. Ofertar o teste de HIV para os casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera	Realização de testes de HIV em 100% dos casos diagnosticados de Tuberculose Pulmonar bacilífera	% de testes de HIV nos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera
9. Ampliar o % de cura de casos novos de Hanseníase diagnosticados	1. Atingir % superior a 95% de cura de casos novos de hanseníase; 2. Examinar 100% dos contatos intradomiciliares dos casos confirmados de hanseníase; 3. Realização do tratamento conforme classificação do doente (PB ou MB) e no tempo estabelecido. Pactuação SISPACTO	1. % de cura de casos novos de hanseníase; 2. % de casos de hanseníase e contatos monitorados; 3 Tratamento realizado no tempo conforme a classificação do doente (Paucibacilar (PB) ou Multibacilar (MB)).
10. Reduzir o número de casos novos de sífilis	Investigação, tratamento e monitoramento dos casos de sífilis, tanto do indivíduo diagnosticado como de sua parceria sexual. Pactuação SISPACTO	Número de novos casos de sífilis
11. Reduzir o número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano	1) Realização de testes rápidos de sífilis na gestação, busca ativa e tratamento em 100% dos casos inclusive da parceria sexual. 2) Realização de no mínimo 03 (três) testes durante a gestação, aumentando o número de testes nas gestantes em situação de vulnerabilidade, sendo o 1.º teste no início. Pactuação SISPACTO.	1) Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano; 2) número de testes de sífilis realizados em gestantes; 3) % de tratamento realizado
12. Reduzir a transmissão vertical de HIV	Redução de casos novos de HIV+ para menores de 5 anos para 0 (zero) casos. Pactuação SISPACTO	Número de casos novos de HIV+ em menores de 5 anos
13. Ampliar testagem de HIV e sífilis em toda a rede de saúde	1. Realização de testes rápidos de sífilis e HIV na rotina das unidades básicas; 2. Realização de busca ativa para a realização de testes de sífilis e HIV em população mais vulnerável	Número de testes de HIV e sífilis realizados em toda a rede
14. Reduzir os casos novos de Hepatites Virais	1. Realização de campanhas de prevenção para as hepatites B e C; 2. Monitoramento dos casos confirmados para realização do tratamento, conforme PCDT para Hepatite C e coinfeções (2019) 3. Realização de testes rápidos de Hepatites B e C na rotina das unidades básicas de saúde; 4. Realização de exames de diagnóstico laboratorial de hepatites virais de forma rotineira na população alvo de 15 a 69 anos	1. Casos novos de hepatites virais reduzidos. 2. Número de campanhas realizadas. 3. Percentual de notificações de hepatite C com carga viral reagentes; 4. Número de testes de hepatites virais realizados (rápidos e laboratoriais).
15. Ofertar o tratamento dos casos de hepatites virais conforme o PCDT Hepatite C e Coinfeções	Realização do tratamento em 100% dos casos confirmados de hepatite viral tipo C	Tratamentos de hepatite C realizados, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfeções 2019 (PCDT)

DIRETRIZ III.1 – FORTALECER A VIGIL NCIA EPIDEMIOLÓGICA E O CONTROLE DAS DOENÇAS E AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS E NÃO TRANSMISSÍVEIS		
OBJETIVO	META	INDICADOR
16. Reduzir o prazo para encerramento dos casos de notificação compulsória imediata (DNCI)	Realização da investigação e encerramento do caso em menos de 60 (sessenta) dias. Redução de 10 dias por ano para o encerramento. Pactuação SISPACTO	% casos DNCI com investigação encerradas em menos de 60 dias. Número de dias realizados para o encerramento.
17. Manter o registro de óbito por causa básica definida maior que 95%	Realização do adequado preenchimento do registro de óbito por causa definida. Pactuação SISPACTO	% de registro de óbito por causa definida
18. Investigar 100% dos óbitos em mulheres em idade fértil, maternos, menores de 1 ano e natimortos.	1. Investigação de 100% dos óbitos em mulheres em idade fértil; 2. Investigação de 100% dos óbitos maternos; 3. Investigação de 100% dos óbitos em menores de 1 ano e natimortos. 3. Efetivação do Comitê de Mortalidade Infantil e Materna. Pactuação SISPACTO	% de óbitos investigados. Comitê de mortalidade legalizado e efetivado com reuniões periódicas. Número de reuniões do Comitê realizadas e número de membros participando.
19. Elaborar estudo sobre a criação de um Serviço de Verificação de Óbito (SVO) de caráter regional com participação de apoio financeiro das 3 esferas governamentais	1. Elaboração de estudo sobre a criação de SVO. 2. Elaboração de termo de referência sobre o novo serviço.	Estudo Elaborado. Termo de referência elaborado.

DIRETRIZ III.2 – FORTALECER O SISTEMA MUNICIPAL DE VIGIL NCIA SANITÁRIA		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1. Fortalecer a promoção e vigilância em saúde com ênfase na Vigilância Sanitária tendo em vista os riscos sanitários	Realização dos 6 grupos de vigilância sanitária. (PAVISA - Programação das Ações de Vigilância Sanitária).	1. Grupos de VISA realizados. 2. PAVISA realizado. 3. % de ações da VISA.
2. Ampliar o número de inspeções sanitárias realizadas e o atendimento de denúncias	1. Ampliação de 10% de inspeções sanitárias realizadas por ano. Atendimento de 100% das denúncias não anônimas. 2. Ampliação de 5% de profissionais nomeados como autoridade sanitária a cada ano.	1. Número de inspeções realizadas e número de denúncias atendidas. 2. Número de profissionais nomeados como autoridade sanitária

DIRETRIZ III.3 – APERFEIÇOAR A VIGIL NCIA EM SAÚDE AMBIENTAL		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1. Reduzir a morbi-mortalidade e doenças em geral de veiculação hídrica	Realização das análises em amostras de água para consumo humanos quanto aos parâmetros: coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. Pactuação SISPACTO/PROÁGUA	% de Número de amostras de água coletadas e analisadas/ número de amostras de água pactuadas
2. Investigar áreas contaminadas e áreas contaminadas sem tratamento de esgotamento sanitário, oriundas de solicitação de outros órgãos/ departamentos.	Realização de 100% da investigação das áreas contaminadas ou com suspeita de contaminação. Realização de diagnóstico de risco químico e priorização do monitoramento de risco a exposição em 100% das áreas contaminadas.	% de investigação das áreas contaminadas ou com suspeita. % áreas contaminadas

DIRETRIZ III.4 – APERFEIÇOAR A VIGIL NCIA DE SAÚDE DO TRABALHADOR		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1. Estruturar e qualificar as ações de vigilância em saúde do trabalhador	1. Manutenção de 95% do preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho; 2. Diminuição da subnotificação dos agravos relacionados ao trabalho; 3. Articulação nos municípios de abrangência do CEREST técnico de referência de Saúde do Trabalhador. Pactuação SISPACTO	1. Preenchimento do campo “ocupação”; 2. Número de notificações dos agravos relacionados ao trabalho; 3. Técnico de referência do município da área de abrangência do CEREST relacionado à Saúde do Trabalhador
2. Implementar a assistência para as doenças relacionadas ao trabalho na rede de serviços de saúde	Implantação de 03 (três) protocolos clínicos: Dermatose ocupacional, Perda auditiva induzida por ruído (PAIR) e Lesões por esforços repetitivos/ distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/ DORT) em toda a rede de saúde.	Número de protocolos implantados na rede de saúde
3. Fortalecer a rede de atenção à saúde para a identificação das doenças relacionadas ao trabalho	Ampliar a identificação das doenças relacionadas ao trabalho. Produzir e disponibilizar para os profissionais de saúde da rede material técnico sobre as doenças relacionadas ao trabalho.	Número de notificações dos agravos relacionados ao trabalho. Materiais produzidos e disponibilizados
4. Investigar 100% dos acidentes de trabalho fatais e graves ocorridos na área de abrangência do CEREST, exceto os ocorridos no trânsito	Investigação de 100% dos acidentes de trabalho fatais e graves.	% de acidentes de trabalho fatais e graves investigados
5. Elaborar proposta de intervenção nos locais de trabalho que tiveram acidentes fatais	Elaboração de Proposta de intervenção em 100% dos locais de trabalho onde tiveram acidentes fatais	% de propostas de intervenção elaborada e executada nos locais de trabalho que tiveram acidentes fatais
6. Qualificar a Saúde do Trabalhador	1. Implementação de 100% das ações previstas para atender os critérios contido no Indicador de Saúde do Trabalhador no Plano Nacional de Saúde (PNS 2020-2023) - Percentual de CEREST com atuação satisfatória; 2. Atingir mais de 120 pontos nos critérios avaliados.	Pontos obtidos no critérios avaliados

2.4. EIXO IV – Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS

DIRETRIZ IV.1 – FORTALECER O PLANEJAMENTO DE FORMA ASCENDENTE E PARTICIPATIVA		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1. Aprimorar o planejamento, monitoramento e avaliação do SUS.	Elaboração dos instrumentos de planejamento do SUS e a efetivação dos respectivos instrumentos: Plano Municipal de Saúde 2022 – 2025, Programações Anuais de Saúde – PAS e Relatório Anuais de Gestão – RAG.	Instrumentos elaborados. Instrumentos submetidos à apreciação do Conselho Municipal de Saúde.
2. Aperfeiçoar e implementar as metas pactuadas no SUS	Elaboração e implementação de planos de ação para: a) atingir as metas pactuadas nos programas nacional e estadual, SISPACTO, Previne Brasil e outros;	1. Plano de ação elaborado e implementado.
3. Melhorar e aperfeiçoar a qualidade dos serviços com humanização e segurança do paciente	1. Elaboração e implementação de planos de ação para: a) Implementar as Normas Regulamentadoras (NRs), Normas técnicas dos Conselhos Profissionais, nas questões relacionadas e afins; b) reativação do Núcleo de Segurança do Paciente. 2. Retroalimentação das informações provenientes da Ouvidoria e do Controle Social	1. Plano de ação elaborado e implementado. 2. NR's e Normas Técnicas implementadas. 3. Núcleo de segurança do paciente reativado. 4. % de retroalimentação realizada.

DIRETRIZ IV.2 – APRIMORAR A TRANSPARÊNCIA, VISIBILIDADE DA GESTÃO DA SAÚDE E O SISTEMA MUNICIPAL DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1. Promover o compartilhamento de dados clínicos para convergência das múltiplas informações de diferentes fontes sobre os usuários para o efetivo cuidado integral	1. Implantação do prontuário eletrônico nas unidades de saúde. 50 % no primeiro ano e 10% a cada ano, em toda a rede de saúde; 2. Ampliação do acesso digital do cidadão com a utilização dos sistemas do Ministério da Saúde e/ou integração com sistema próprio e avaliação da possibilidade de desenvolver um aplicativo municipal; 3. Fornecer, no 1º ano, acesso de agendamento do usuário pela internet de consultas de rotina e aos exames laboratoriais; 4. Implantação da Telemedicina como ferramenta de capacitação profissional e de atendimento do usuário, com fornecimento de receita médica, solicitação de exames e emissão de atestados autenticados digitalmente.	% de prontuários eletrônicos implantados; Acesso digital efetivado; Agendamento de consultas e exames fornecido pela internet; Receitas médicas autenticadas digitalmente

DIRETRIZ IV.2 – APRIMORAR A TRANSPARÊNCIA, VISIBILIDADE DA GESTÃO DA SAÚDE E O SISTEMA MUNICIPAL DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE		
OBJETIVO	META	INDICADOR
2. Ampliar a resolutividade dos serviços de saúde para o atendimento humanizado de forma oportuna e adequada, com transparência dos serviços prestados	1. Elaboração e divulgação de forma eletrônica e impressa do guia de consulta rápida com as ofertas de serviços prestados e a Carteira de Serviços da APS; 2. Elaboração e realização de processos educativos de educação continuada para Protocolos Operacionais Padrão (POP).	Guia de consulta Rápida e Carteira de Serviços da APS elaborados e divulgados. POP's elaborados e padronizados para as unidades de saúde.
3. Ampliar a utilização da Tecnologia de Informação e Comunicação para inovar, monitorar, avaliar e decidir de forma real.	1. Monitoração de 100% da trajetória dos medicamentos no ciclo da assistência farmacêutica (aquisição, estoque, distribuição, prescrição e dispensação); 2. Implantação de relatórios gerenciais de dados clínicos das pessoas sobre a trajetória de cuidado em 100% da Rede de Atenção à Saúde (RAS).	1.% de trajetória dos medicamentos monitorados; 2. Relatórios gerenciais elaborados e disponíveis no sistema
4. Alimentar os Bancos de Dados Nacionais de forma qualificada	1. Alimentação de 100% dos Bancos de Dados Nacionais através do sistema próprio ou dos sistemas do Ministério da Saúde no tempo correto para não haver qualquer interrupção ou descredenciamento de serviços/unidades; 2. Aquisição e/ou outra modalidade adequada para disponibilizar equipamentos de informática para a efetivação da informatização da rede de saúde.	1. % de alimentação do Banco de Dados Nacional no tempo correto; 2. Número de equipamentos de informática disponibilizados para utilização na rede de saúde.
5. Aperfeiçoar as políticas de gestão de documentos e arquivísticas da FMSRC, de acordo com as normas legais	1. Criação do Arquivo intermediário. 2. Normatização e regularização da gestão documental; 3. Eliminação de documentos mediante as TTDs (Tabela de Temporalidade de Documentos), para o gerenciamento de espaço e ordenação nas Unidades/ Setores.	1. Arquivo Intermediário criado. 2. Normatização e regulamentação elaborada, SUBCADA em funcionamento. 3. Tabela de Temporalidade de Documentos (TTD) fim elaborada e implantada.

DIRETRIZ IV.3 – IMPLEMENTAR A REGULAÇÃO DO ACESSO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1. Manter e aprimorar o processo de contratualização com o hospital filantrópico e com demais prestadores de serviços garantindo a qualidade dos serviços prestados	1. 100% dos serviços prestados e o hospital filantrópico com contrato de serviços e metas firmado e aditado/atualizado periodicamente. 2. Comissão de avaliação do contrato/ contratualização instituída e em funcionamento.	1. % de Contratos/ contratualização realizada; 2. Comissão de avaliação instituída e número de reuniões realizadas pela Comissão.

DIRETRIZ IV.3 – IMPLEMENTAR A REGULAÇÃO DO ACESSO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA		
OBJETIVO	META	INDICADOR
2. Otimizar e qualificar as vagas disponíveis para os exames prioritários, reduzindo o absenteísmo e a perda primária de exames e consultas. Criar “Call Center” ou uma central de atendimento ao usuário para agendamentos e acesso qualificado à rede de saúde.	1. Reduzir a perda primária em 50% no primeiro ano e 10% a cada ano - não ocupação de vagas para exames e consultas disponibilizados; 2. Reduzir em 50% no primeiro e 10% a cada ano o absenteísmo de pacientes em exames e consultas; 3. Elaboração e efetivação de plano de ação para redução do absenteísmo nas consultas e exames. Criação de “Call Center” ou central de atendimento para efetivar o acesso qualificado e facilitado às vagas de atendimento e facilitação do acesso aos usuários	1. % de perda primária; 2. % de absenteísmo; 3. Plano de ação elaborado e efetivado. “Call Center” ou central de atendimento estruturada.
3. Fortalecer as ações de complexo regulador nas redes de atenção, visando a integralidade das ações	1. Habilitar serviços realizados ou contratados pelo município junto ao MS.	1. Serviços realizados habilitados junto ao MS.
4. monitorar e ampliar teto MAC	1. Acompanhar, avaliar e monitorar o cumprimento do teto financeiro de MAC. 2. Elaborar projeto para ampliação do teto financeiro MAC.	1. Serviços de MAC acompanhados, avaliados e monitorados; 2. Projeto elaborado;
5. Exercer ações regulatórias para oferta de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, fundamentadas em protocolos técnicos e baseadas nas pactuações existentes	1. Ampliar o % de procedimentos regulados pela FMSRC; 2. Regular 100% dos leitos hospitalares conveniados/ contratualizados.	1. % de procedimentos regulados pela FMSRC; 2. % de leitos hospitalares conveniados/ contratualizados regulados.

DIRETRIZ IV.4 – IMPLEMENTAR A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO E DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA REDE MUNICIPAL		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1. Qualificar e atualizar os trabalhadores do SUS realizando a educação continuada e a educação permanente	1. Realização de ações de educação permanente e educação continuada; 2. Elaboração e atualização do Plano de ação regional de educação permanente em saúde (PAREPS); 3. Criação de Núcleos de Educação Permanente nas áreas; 4. Reativação do Núcleo de Educação em Urgências (NEU); 5. Capacitação dos profissionais em diferentes temáticas necessárias para o cuidado prestado aos usuários; 6. Realização da educação permanente dos trabalhadores das áreas afins para aplicação dos protocolos a serem instituídos e nas suas atualizações. 7. Elaboração do Plano Municipal de Educação Permanente em sintonia com PAREPS.	1. Ações de educação permanente e educação continuada realizados ou ofertados. 2. PAREPS atualizado; 3. Núcleos criados; 4. NEU reativado; 5. Capacitações realizadas ou ofertadas aos profissionais; 6. Ações de educação permanente para aplicação e atualização dos protocolos. 7. Plano Municipal de Educação Permanente elaborado e sintonizado.

DIRETRIZ IV.4 – IMPLEMENTAR A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO E DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA REDE MUNICIPAL		
OBJETIVO	META	INDICADOR
2. Implantar o programa de residência médica e/ou multiprofissional em saúde	1. Apoiar a implantação em conjunto com IES a de programa de residência médica e/ou multiprofissional em saúde; 2. Reorganização da COREME; 3. Implantação da Comissão de Residência Multiprofissional.	1. Programa de residência médica e/ou multiprofissional implantada; 2. COREME reorganizada; 3. Comissão de Residência multiprofissional organizada.
3. Implantar a Rede TeleSaúde	Implantação e cadastramento do município no programa para acesso e inclusão na Rede Telesau de, propiciando acesso dos profissionais dos serviços a programas educativos ofertados pela Rede TeleSaúde ou outro programa similar	Rede TeleSaúde implantada ou outro programa similar implantado
4. Estabelecer diretrizes para a integração ensino-serviço/saúde-comunidade para qualificação da mão-de-obra de saúde	1. Manutenção e aprimoramento do COAPES e do Comitê Local do COAPES; 2. Articular e ampliar as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde em parceria com as instituições de ensino.	COAPES ativo e em funcionamento. Comitê Local do COAPES ativo e em funcionamento. Número de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde realizadas em parceria com as IES.
5. Implementar as ações de educação e prevenção das ISTs, AIDS/HIV/Hepatites virais e Sífilis junto à população em geral	Realização de 12 (doze) ações de educação e prevenção das ISTs, AIDS/HIV/Hepatites virais e Sífilis por ano, no mínimo, pela equipe do SEPA com apoio das equipes da APS.	Número de ações de educação e prevenção realizadas por ano.
6. Implementar as ações de educação relacionadas à promoção da saúde - envelhecimento ativo junto à população idosa em geral com a implantação da Caderneta do Idoso	1. Realização de 06 (seis) ações de educação relacionadas à promoção da saúde - envelhecimento ativo junto à população idosa pelas equipes da APS, em parceria com as IES; 2. Realização de ações em conjunto com a SMDS - Centro Dia do Idoso e demais equipamentos públicos e privados; 3. Realização de capacitação para implantação da Caderneta do Idoso.	1. Número de ações de educação relacionadas à promoção da saúde - envelhecimento ativo realizadas; 2. Número de ações realizadas em conjunto com a SMDS (Centro Dia do Idoso e outros); 3. Número de capacitações para implantação da caderneta do Idoso
7. Implementar as ações de educação relacionadas à capacitação dos profissionais da rede assistencial para o reconhecimento, diagnóstico e notificação dos agravos relacionados à saúde do trabalhador.	Realização de 02 (duas) ações anuais de educação relacionadas à capacitação, sendo 1 delas para atingir todos os municípios de referência do CEREST.	Número de ações de educação realizadas relacionadas ao reconhecimento, diagnóstico e notificação dos agravos relacionados à saúde do trabalhador.
8. Implementar as ações de educação e prevenção das arboviroses junto à população em geral	Realização de 24 (vinte e quatro) ações de educação e prevenção das arboviroses por ano, no mínimo, pela equipe do IEC (CCZ) em conjunto com as equipes da rede de saúde.	Número de ações de educação e prevenção realizadas por ano.
9. Implementar as ações de educação sanitária e promoção da saúde junto à população em geral e cadastrados no SIVISA	Realização de 02 (duas) ações de educação sanitária e promoção da saúde por ano, no mínimo, pela equipe da VISA.	Número de ações de educação sanitária e promoção da saúde realizadas por ano.

DIRETRIZ IV.4 – IMPLEMENTAR A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO E DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA REDE MUNICIPAL		
OBJETIVO	META	INDICADOR
10. Implementar as ações de educação para capacitação sobre o controle social junto à população em geral e em especial para conselheiros/as de saúde	Realização de 01 (uma) ação de educação para capacitação sobre o controle social por ano, no mínimo, em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde	Número de ações de educação para capacitação sobre o controle social realizadas por ano.
11. Instituir Programa Memória do SUS que dá certo com registros das experiências municipais produtoras de conhecimento	1. Implantação do Programa Memória do SUS que dá certo com registros de experiências exitosas com o compartilhamento entre as equipes e serviços; 2. Elaboração e publicação das experiências dos profissionais da rede, em parceria com as IE.	1. Programa Memória do SUS que dá certo implantado; 2. Número de experiências exitosas registradas e elaboradas as publicações; 3. Número de publicações das experiências exitosas do Programa Memória do SUS.
12. Redução do tabagismo na população.	1. Realização de no mínimo 12 (doze) ações de educação e promoção da saúde para minimizar a dependência do tabaco, por ano, realizado por profissionais capacitados pelo CRATOD. 2. Reativação dos grupos para terapia farmacológica para os usuários com grande dependência e com dificuldade para a cessação do tabagismo. 3. Realização de parcerias com outras entidades/ instituições para melhoria dos hábitos de vida não saudáveis e modificação dos estilos de vida.	1. Número de ações de educação e promoção da saúde. 2. Grupo de terapia farmacológica reativado. 3. Número de parcerias realizadas para melhoria dos hábitos de vida não saudáveis e modificação dos estilos de vida.

2.5. EIXO V – Gestão do Trabalho

DIRETRIZ V.1 – FORTALECER A GESTÃO DE PESSOAS NA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1. Prover as unidades de saúde com os recursos humanos adequados.	1. Realização de dimensionamento da força de trabalho necessária nas unidades de saúde. 2. Provimento por meio de concurso público; 3. Criação de comissão para a realização das adequações no Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) para ampliação dos cargos / funções necessárias e estudo para adequações com relação a carga horária; 4. Adequação das equipes mínimas previstas na legislação do Ministério da Saúde para manutenção/habilitação dos serviços/unidades.	1. Quadro de profissionais por unidade/serviço; 2. Número de concursos realizados/concluídos; 3. Número de cargos vagos e não providos; 4. Levantamento das equipes mínimas por serviço/ unidade, conforme legislação do Ministério da Saúde.
2. Elaborar estudo sobre novo organograma da Fundação Municipal de Saúde	Criação de comissão para a realização de estudo para elaboração de novo organograma da Fundação Municipal de Saúde	1. Comissão criada e Estudo elaborado; 2. Organograma novo elaborado.

DIRETRIZ V.1 – FORTALECER A GESTÃO DE PESSOAS NA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE		
OBJETIVO	META	INDICADOR
3. Valorizar a fixação dos recursos humanos	1. Criação de comissão para atualização dos procedimentos das avaliações de desempenho; 2. Realização periódicas das avaliações de desempenho; 3. Mensuração e monitoramento de 100% das causas de adoecimento dos servidores da FMS com Licença para Tratamento de Saúde (LTS) superior a 15 dias. 4. Implementação do tripé para a fixação dos Recursos Humanos: a) adequações salariais b) ambiente e condições de trabalho adequado c) desenvolvimento/qualificação pessoal;	1. Procedimentos de avaliação de desempenho atualizado; 2. Avaliação de desempenho realizada; 3. 100% dos Afastamentos dos servidores monitorados e acompanhados; 4. % de satisfação do ambiente e condições de trabalho pelo servidor.
4. Realizar estudos para a expansão/ampliação do número de estagiários remunerados na FMS. Criação do Programa Jovem Universitário no SUS.	1. Estudo para a ampliação gradual até o limite legal do número de estagiários remunerados nas diversas áreas afins, conforme o plano municipal de educação permanente em saúde; 2. Regulamentação do Programa Jovem Universitário no SUS.	1. Estudo realizado. 2. Número de estagiários remunerados na FMSRC; 3. Programa Jovem Universitário no SUS criado e regulamentado.
5. Implementar um programa de acolhimento e integração para ingressantes na FMSRC.	Implementação de um programa de acolhimento e integração para 100% dos funcionários ingressantes na FMSRC.	1. programa de acolhimento e integração elaborado; 2. porcentagem de profissionais ingressantes que realizaram programa de acolhimento e integração.
6. Prover as condições físicas adequadas das unidades e serviços de Saúde.	1. Realização de ações relacionadas a manutenção preventiva e corretivas das unidades de Saúde para manter as condições de trabalho adequada e acessibilidade dos usuários aos serviços. 2. Estudo da viabilidade de sede própria para a Administração Central da Fundação Municipal de Saúde. 3. Revisão permanente dos locais onde os serviços estão instalados.	1. % de unidades com ações de manutenção preventiva e corretivas. 2. % de prédios próprios adequados. 3. Estudo realizado para a Sede própria da administração central.

2.6. 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
1. Fortalecer as atividades do Conselho Municipal de Saúde	1. Implementação do funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, provendo recursos humanos, materiais e técnicos; 2. Realização das reuniões ordinárias e extraordinárias, conferências municipais, dos fóruns e de audiências públicas;	1. Conselho Municipal de Saúde em funcionamento; 2. Número de reuniões ordinárias e extraordinárias; Número de Conferências Municipais realizadas; número de fóruns realizados; número de audiências públicas realizadas.
2. Ampliar e fortalecer a gestão participativa	1. Realização das eleições dos conselheiros e substituição dos que estiverem vagos, conforme normas do CMS; 2. Realização de ações para ampla divulgação do papel do Conselho Municipal de Saúde e sua importância	1. Eleições realizadas, vagas no conselho repostos/substituídos, conforme normas do CMS; 2. Ações de divulgação realizada.
3. Criar novos mecanismos de participação social e de defesa do SUS	1. Utilização de novas formas de comunicação e de participação dos diversos segmentos; 2. Elaboração da Cartilha dos direitos do usuário e da defesa do SUS, de forma impressa e digital.	1. Formas de comunicação diferenciada sendo utilizadas; 2. Cartilha elaborada e distribuída digitalmente e impressa.
4. Implementar e reimplantar os Conselhos Gestores Locais	1. Revisão e revitalização dos conselhos gestores locais; 2. Reimplantação de um novo modelo participativo de conselho gestor local; 3. 50% nos dois primeiros anos e 20% nos próximos dois anos das unidades de saúde com conselhos gestores locais revitalizados reimplantados.	1. Conselho gestor local revitalizado e reimplantado; 2. Modelo novo de conselho gestor reimplantado; 3. Número de unidades com conselho gestor local reimplantado.
5. Ampliar e fortalecer a Ouvidoria	1. Implementação do funcionamento da Ouvidoria, provendo recursos humanos, materiais e técnicos; 2. Implantação do 0800 ou número especial da Ouvidoria; 3. Garantir a resposta dos setores às demandas da ouvidoria em prazo compatível e adequado. 4. Implantação de sistema online de registro de demanda. 5. Normatização da ouvidoria com lei específica. 6. Implantação de sistema de gravação telefônica. 7. Realização de ações para ampla divulgação do papel da ouvidoria e sua importância	1. Ouvidoria em funcionamento; 2. 0800 implantado; 3. Resposta dos setores à ouvidoria em prazo adequado e oportuno. 4. Sistema online de registro de demanda implantado. 5. Lei específica elaborada. 6. Sistema de gravação implantado. 7. Divulgação da ouvidoria realizada.

2.7. EIXO VII – Enfrentamento da pandemia da COVID-19 - emergência em Saúde Pública

DIRETRIZ VII.1 – ESTABELECE MEDIDAS E AÇÕES PARA DIMINUIR A TRANSMISSÃO DA INFECÇÃO PELO SARS-COV-2 E REDUZIR A MORBI-MORTALIDADE PELO CORONAVÍRUS		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1. Implementar Comitê de Combate ao Coronavírus no âmbito da FMSRC	1. Instalação e funcionamento do comitê de combate ao coronavírus internamente na FMSRC; 2. Apoiar a implementação do comitê municipal de combate ao coronavírus, no âmbito municipal.	1. Comitê interno da FMSRC criado e em funcionamento; 2. Comitê municipal em funcionamento; 3. Número de reuniões e atividades realizadas do comitê interno e do comitê municipal.
2. Implementar medidas de Contingência da emergência em saúde pública para reduzir a transmissão do vírus SARS-COV 2.	1. Elaboração e atualização periódica do Plano de Contingência ao Coronavírus; 2. Elaborar e apoiar tecnicamente a administração central sobre as medidas sanitárias necessárias ao enfrentamento da emergência em saúde pública.	1. Plano de contingência elaborado e periodicamente atualizado; 2. Medidas sanitárias elaboradas e apoio técnico realizado à administração central.
3. Implementar medidas de isolamento social dos casos confirmados ou dos suspeitos (contactantes e comunicantes)	Realização de medidas sanitárias de isolamento social dos casos confirmados ou dos suspeitos (contactantes e comunicantes).	Número de medidas sanitárias realizadas e número de casos confirmados ou suspeitos (contactantes e comunicantes) isolados.

DIRETRIZ VII.2 – REORGANIZAR A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE/RAS PARA ATENDER OS CASOS SUSPEITOS E CONFIRMADOS DE COVID-19		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1. Implementar Fluxo de atendimento especial e emergencial na rede de saúde, dentro do Plano de Contingência	1. Implementar Plano de atendimento de todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde; 2. Atender 100% dos casos suspeitos e confirmados de COVID 19; 3. Ampliar horário e/ou carga horária dos profissionais para atendimento da demanda da emergência de saúde pública dos suspeitos/confirmados.	1. Plano de atendimento elaborado e em funcionamento; 2. % de atendimento dos suspeitos/confirmados nos pontos da rede de atenção à saúde; 3. Carga horária dos profissionais de saúde ampliada e realizada para atendimento da emergência de saúde pública.
2. Ampliar testagem de suspeitos de COVID19	1. Elaborar o Plano de Testagem, definindo os grupos populacionais a serem testados; 2. Realização de testagem dos suspeitos de forma oportuna com o teste adequado (sorológico, antígeno ou RT-PCR); 3. Ampliação dos locais para a realização da testagem para oportunizar o diagnóstico e reduzir transmissão e agravamento dos casos.	1. Plano de Testagem elaborado; 2. Tipo de testes realizados; 3. Locais de realização da testagem.

DIRETRIZ VII.2 – REORGANIZAR A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE/RAS PARA ATENDER OS CASOS SUSPEITOS E CONFIRMADOS DE COVID-19		
OBJETIVO	META	INDICADOR
3. Efetivar os leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar (SVP), UTI e enfermaria existentes e habilitar leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar (SVP) e de UTI	1. Habilitação de 28 (vinte e oito) Leitos de SVP; 18 (dezoito) de UTI e 31 (trinta e um) leitos de enfermaria; 2. Avaliação da quantidade de leitos e da tipologia frente o atendimento da demanda.	1. Número de Leitos em funcionamento e número de leitos habilitados junto ao MS; 2. Realização de monitoramento diário da ocupação dos leitos e da tipologia de leitos necessários.
4. Implementar Hospital de Campanha para atendimento dos pacientes infectados pelo COVID	Ampliação da capacidade de resposta para atendimento oportuno e adequado dos suspeitos/confirmados com complicações e agravamento.	Hospital de Campanha em funcionamento e com leitos habilitados na tipologia adequada.
5. Elaborar e implementar o Plano de enfrentamento dos problemas relacionados à saúde mental em decorrência da pandemia da COVID 19.	Implementação do Plano de enfrentamento dos problemas relacionados à saúde mental em decorrência da pandemia da COVID 19.	Plano de enfrentamento elaborado e em funcionamento e número de atendimento dos casos nos pontos da rede de atenção à saúde
6. Elaborar e implementar o fluxo de atendimento dos pacientes com sequelas (pós-COVID19)	Implementação do fluxo de atendimento dos pacientes com sequelas (pós COVID19) em decorrência da pandemia da COVID 19.	Fluxo de atendimento elaborado e em funcionamento e número de atendimento dos pacientes com sequelas pós COVID 19.

DIRETRIZ VII.3 – REORGANIZAR A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA A EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1. Implantar e Implementar notificação dos casos suspeitos e confirmados de COVID19 como notificação obrigatória e imediata em toda a rede de saúde pública e privada.	1. Realização de notificação imediata de casos suspeitos em, no máximo, 24 (vinte e quatro) horas ou on-line em toda a rede pública e privada; 2. Implementação de Banco de dados e serviços informacionais para controle dos casos suspeitos.	1. Número de Notificações imediatas dos casos suspeitos em, no máximo, 24 (vinte e quatro) horas ou on-line; 2. Banco de dados efetivado e controle dos casos suspeitos efetivado.
2. Implementar investigação dos casos confirmados da COVID 19, de acordo com as orientações da SES/MS.	Investigação de 100% dos casos confirmados de forma efetiva e oportuna.	% de Investigação dos casos confirmados e tempo de realização da investigação do caso confirmado.
3. Monitorar os casos confirmados da COVID 19	1. Monitoramento de 100% dos casos confirmados, de forma presencial ou a distância, conforme a gravidade, com o apoio das equipes da Atenção Primária de Saúde; 2. Acompanhar de forma mais detalhada com avaliação dos casos confirmados com agravamento (internações e óbitos).	1.% de monitoramento dos casos confirmados e periodicidade de monitoramento do caso confirmado; 2. % de casos confirmados agravados (internações ou óbitos) acompanhados e avaliados.

DIRETRIZ VII.3 – REORGANIZAR A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA A EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA		
OBJETIVO	META	INDICADOR
4. Investigar os surtos (suspeitas de COVID 19) em estabelecimentos públicos e privados (ILPI, Asilos, entre outros).	1. Investigação de 100% dos possíveis surtos em estabelecimento público ou privado; 2. Realização de ações preventivas e de precaução para minimizar os riscos de transmissão.	1.% surtos investigados; 2. Número de Medidas e ações realizadas.
5. Elaborar documentos técnicos para enfrentamento da emergência de saúde pública.	Elaboração de documentos técnicos para : 1. Subsidiar ações de educação sanitária da população em geral; 2. Subsidiar os profissionais de saúde no enfrentamento da emergência em saúde pública; 3. Protocolos para reduzir a transmissão do SARSCOV 2 e assistência dos pacientes.	Número de documentos técnicos elaborados

DIRETRIZ VII.3 – REORGANIZAR A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA A EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1. Implementar a imunização da população em geral para reduzir a transmissão do vírus SARSCOV 2 e reduzir o agravamento dos casos.	1. Elaboração e atualização periódica do Plano Municipal de Imunização, conforme determinações da SES/MS (Plano Estadual de Imunização - PEI - Plano Nacional de Imunização (PNI)); 2. Monitoramento dos casos e efeitos adversos da vacinação.	1. Plano Municipal de imunização elaborado e periodicamente atualizado; 2. Número de notificações de casos e efeitos adversos da vacinação monitorados.

3. COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANO PLURIANUAL

O Plano Municipal de Saúde norteia a elaboração do orçamento do governo municipal no tocante à saúde, por isso guarda correlação com os instrumentos de gestão pública, sobretudo com o Plano Plurianual (PPA). Este apresenta os Programas de Governo com os respectivos objetivos, indicadores, custos e metas por um período de 04 anos, estabelecendo uma correlação entre as prioridades de longo prazo e a Lei Orçamentária Anual (LOA) que, por sua vez, estabelece a previsão de receitas (arrecadação) e despesas (gastos) do governo para o ano seguinte.

A integração entre esses instrumentos conformam um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada e sistêmica do SUS.

Para se ter uma idéia da aplicação em saúde no âmbito do município de Rio Claro, podemos ver a Tabela 66 com o percentual e o valor aplicado em despesas de saúde com recursos próprios.

Tabela 66 – Percentual de aplicação em serviços e ações de saúde e os recursos financeiros próprios aplicados (R\$) ano a ano, no município de Rio Claro (2016-2020).

Ano	% de Aplicação	Recursos Próprios Aplicados (R\$)
2016	28,73	112.204.069,12
2017	30,36	133.359.603,00
2018	29,78	138.958.222,11
2019	27,24	137.336.036,97
2020	30,44	154.422.466,49

Fonte: MS - SIOPS

O financiamento para o Sistema Único de Saúde é responsabilidade das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios. O Fundo de Saúde está previsto na Constituição Federal nos Artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 e a Emenda Constituição nº 29/2000. No município de Rio Claro, o Fundo Municipal de Saúde foi instituído pela Lei Municipal nº 2.491 de 30/07/1992.

Para acompanhamento da gestão financeira foi criado pelo Ministério da Saúde o relatório do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS que demonstra a despesa por categoria (corrente e capital), o investimento dos três níveis de governo, União, Estado e Município na Saúde, o percentual do investimento do município de acordo com a EC: 29 e os valores arcados anualmente, conforme pode ser verificado nas Tabelas 66 e 67.

Na **Tabela 67** podemos ver o valor em Reais das outras esferas direcionadas ao fundo municipal de saúde para as ações e despesas relacionadas aos serviços de saúde executados no município de Rio Claro. Importante ressaltar que outros investimentos do Ente estadual diretamente no AME, na Casa de Saúde Bezerra de Menezes e na Santa Casa de forma direta não estão incluídas na presente Tabela 67. Mas, na prática representam parte do investimento no SUS.

Tabela 67 - Recursos financeiros aplicados em ações e serviços de saúde por cada esfera governamental (R\$) ano a ano, no município de Rio Claro (2018-2019).

Ano	Recursos federais aplicados (R\$)	% correspondente	Recursos estaduais aplicados (R\$)	% correspondente	Recursos municipais aplicados (R\$)	% correspondente
2018	47.595.155,35	25,29	1.653.647,69	0,88	138.958.222,10	73,83
2019	49.452.659,46	26,28	1.410.295,57	0,75	137.336.037,00	72,97

Fonte: MS - SIOPS

a) Breve Diagnóstico

O (des)financiamento que o SUS historicamente vêm sofrendo por parte do gestor federal e do gestor estadual se revela como uma afronta ao princípio constitucional do não retrocesso social, visto que a saúde, além de um direito fundamental, é um direito social. Vale mencionar que tratados internacionais de direitos humanos, notadamente o Pacto Internacional de Direitos Sociais, Econômicos e Culturais, do qual o Brasil é signatário, estabelece o dever de progressividade na realização do direito à saúde. Na luta pela garantia da execução das ações e serviços de saúde, as finanças municipais se vêm diretamente comprometidas pelo (des)financiamento dos outros entes, em especial do governo estadual, uma vez que o gestor municipal é obrigado, ano a ano, a direcionar maiores aportes de recursos próprios.

Os dados apresentados anteriormente nas Tabelas, revelam o financiamento maior do ente municipal, muito além daquele mínimo estabelecido constitucionalmente. E não é de hoje que os municípios apresentam esse diagnóstico; para o governo federal e para o governo estadual, não trata-se de realidade isolada do município de Rio Claro. A demanda crescente de serviços é bem evidente, o propósito por resolver os problemas de saúde da população é maior ainda, aliado à proximidade das pessoas localmente. Além da maior participação dos outros entes federados no financiamento, fica bem clara a necessidade de gerir com eficiência e para isso, os indicadores de saúde são essenciais. Devemos focar onde estão ocorrendo os problemas de saúde da população e manter aqueles indicadores que estão bons.

As Tabelas 66 e 67 revelam que os valores próprios investidos em saúde com ações e serviços aumentou de R\$ 112.204.069,12 (2016) para R\$ 154.422.466,49 (2020). Mesmo considerando que o ano de 2020 foi bastante atípico, podemos então, considerar a evolução para R\$137.336.036,97 (2019); um acréscimo de R\$ 25.131.967,85 e correspondendo a cerca de 18,30% de acréscimo de 2016 a 2019. No ano de 2018, o valor absoluto próprio investido em ações e serviços de saúde foi maior dos que nos anos de 2016, 2017 e 2019, sendo somente menor do que 2020.

A mudança dessa situação do (des)financiamento do SUS não é algo isolado, trata-se de uma política de governo que deve ser alterada para que a saúde torne-se de fato prioridade, assim como a educação.

A viabilidade financeiro-orçamentária do Plano Municipal de Saúde está prevista nos programas do Plano Plurianual - PPA 2022 – 2025 e também dependerá de aporte de outros entes para a sua execução. A apreciação da viabilidade da execução das diretrizes do Plano Municipal de Saúde 2022 -2025 deverá ser realizada durante todo o processo de implementação do plano.



4. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e a avaliação são faces complementares entre si, de um mesmo processo. O ato de avaliar (atribuir juízo de valor), inclusive, é inerente tanto ao processo de monitoramento quanto ao de avaliação (CONASS, 2016).

O monitoramento acompanha no tempo o desenvolvimento de determinadas atividades e formula hipóteses a respeito. Por outro lado, a avaliação aprofunda a compreensão sobre esse desenvolvimento, investigando as hipóteses geradas pelo monitoramento acerca das diferenças observadas entre planejado e executado (implementação) ou alcançado (resultado ou impacto) (CONASS, 2016).

Nesse sentido, monitoramento e a avaliação precisam estar intimamente vinculados aos instrumentos de planejamento em saúde, os quais representam a espinha dorsal da gestão em saúde (CONASS, 2016).

O monitoramento e a avaliação existem para podermos identificar como está o andamento dos objetivos, das metas e das ações; ou seja, a execução do plano ou da programação anual. Se não realizarmos essas ações ao longo do processo e deixarmos somente para o final, com certeza não haverá como corrigir os rumos ou ainda não ocorrerá a realização, de fato, da função gestora que é a de tomar decisão assertiva e efetiva para a implementação de medidas concretas de correção ou acerto de rumos. Outro aspecto essencial do monitoramento e da avaliação são os indicadores. Os indicadores constituem parte essencial do monitoramento e da avaliação; e constituem uma variável, uma característica ou atributo de estrutura, processo ou resultado, capaz de sintetizar e/ou representar e/ou dar maior significado ao que se quer monitorar (TANAKA, 2001).

O indicador é, por definição, uma unidade que permite medir o alcance de um objetivo ou meta. É expresso por um número, acompanhado da unidade de medida (número absoluto, percentual), ou por uma relação que traduz o resultado programado ou realizado de uma meta (TANAKA, 2001).

Na prática, são os indicadores que podem nos mostrar o desempenho de um programa, medindo o grau em que seus objetivos foram alcançados (eficácia), o nível de utilização de recursos (eficiência) ou as mudanças ocorridas (impacto ou efetividade). Mas, para que se possa comparar e emitir um juízo de valor, é necessário a adoção de parâmetros, ou seja, de um valor referencial para que se proceda a comparação. Os parâmetros devem ser criteriosamente selecionados e, portanto, devem ser sempre um referencial factível, devem-se considerar os recursos disponíveis e/ou passíveis de serem mobilizados e devem ser aceitos pela equipe de trabalho e por outros interessados no programa (TANAKA, 2001).

A escolha dos indicadores para medir os objetivos e as metas, bem como o alcance das ações é de extrema importância, pois pode definir o sucesso ou o fracasso do cumprimento daquele objetivo, meta ou ação.

A definição de indicadores e seus respectivos parâmetros permitem às equipes gerenciais, trabalhadores de saúde, dirigentes, políticos e cidadãos (usuários do SUS) conhecer, opinar e decidir acerca dos múltiplos e complexos arranjos da saúde pública com enfoque no gerenciamento das ações. Portanto, podemos afirmar que os indicadores de saúde representam uma das principais ferramentas para os processos de monitoramento e avaliação.

5. CONCLUSÕES

Todo planejamento para elaboração de um plano de ações perpassa pelo conhecimento da realidade presente, através do levantamento de dados que permitam identificar esta realidade e realizar um diagnóstico situacional, a partir do qual se poderia elencar, constatar, atribuir e avaliar as principais necessidades e problemas evidenciados diante de tal levantamento. E só então, diante e embasados por estas constatações, elaborar-se objetivos, metas e estratégias que permitam responder às necessidades e problemas evidenciados, atribuindo-se indicadores que permitam monitorar as ações e respostas dadas às atuais demandas.

Sob esta mesma ótica e após exaustivo e intenso trabalho de levantamento de dados demográficos, econômicos, sociais e epidemiológicos e extensas reuniões setoriais, o Plano Municipal de Saúde foi construído. E este levantamento possibilitou evidenciar várias situações que não só representam necessidades e problemas pontuais, mas que exigem intervenções e ações setoriais que venham a nortear as estratégias de gestão para os próximos 4 anos.

Alguns dos pontos levantados no decorrer dos trabalhos, ao serem abordados de forma efetiva e resolutiva permitirão uma qualificação da assistência de saúde diante dos déficits e desafios encontrados.

De maneira geral e panorâmica, ressaltamos alguns aspectos importantes que após levantamentos e constatações, determinaram os objetivos, metas, ações e estratégias do Plano Municipal de Saúde 2022-2025 para definirmos sua abrangência, complexidade, alcance e proposta.

A fim de exemplificar a lógica da construção desse PMS, pontos determinantes, como o envelhecimento da população, vieram a nortear objetivos focados na qualificação da assistência a ser prestada à população de idosos, diante dos desafios da transição epidemiológica, do crescente número de doenças crônico-degenerativas e neoplásicas e dos diversos problemas de saúde mental que têm afetado esta população. Assim, objetivos e metas foram elaboradas para fazer enfrentamento à tais desafios e estão presentes em alguns dos eixos e diretrizes do plano, a saber:

EIXO I – aperfeiçoamento e qualificação do acesso aos serviços e ações de saúde, DIRETRIZ I. 1 – fortalecer a qualificação da atenção básica – AB. Objetivo: Reduzir o número de óbitos prematuros < 70 anos pelas condições crônicas.

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.5 - aprimorar a atenção integral à saúde do idoso, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecendo as ações de promoção e prevenção. Objetivo: Promover o envelhecimento ativo e saudável com qualidade de vida, ampliar os serviços de atendimento domiciliar para os idosos acamados, Qualificar o atendimento dos idosos na rede de saúde.

EIXO IV – fortalecimento da gestão municipal do SUS, DIRETRIZ IV.4 – implementar a política de humanização e de educação permanente na rede municipal. Objetivo: Implementar as ações de educação relacionadas à promoção da saúde - envelhecimento ativo junto à população idosa em geral com a implantação da Caderneta do Idoso. Entre outros objetivos.

Dados epidemiológicos como as taxas de mortalidade materna, fetal e infantil determinaram a construção de objetivos e metas que visam minimizar o impacto de tais dados, qualificando a assistência prestada à mulher, à gestante e à criança, como os registrados nos eixos explicitados a seguir:

EIXO I – aperfeiçoamento e qualificação do acesso aos serviços e ações de saúde, DIRETRIZ I. 1 – fortalecer a qualificação da atenção básica – AB. Objetivo: Reduzir o número de óbitos maternos.

A importância deste tema é tanta que mereceu ser enfocada em outro Eixo específico, sob 2 diretrizes e com vários objetivos, como elencados a seguir:

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. Objetivos: Fortalecer a Rede Materno e Infantil com foco nas ações de assistência ao pré-natal; Qualificar a assistência ao pré-natal; Qualificar a atenção ao recém-nascido. DIRETRIZ II. 2 – aprimorar a atenção integral à saúde da criança e saúde da mulher. Objetivos: Aumentar o rastreamento, detecção precoce e acompanhamento do câncer de colo de útero, endométrio e câncer de mama; Aumentar o parto vaginal na rede pública e na rede privada; Reduzir a gravidez na faixa etária de 10 a 18 anos, Realizar Planejamento Familiar; Criação do Centro de Referência de Saúde da Mulher para toda mulher em idade fértil.

EIXO III - vigilância em saúde, DIRETRIZ III. 1 – Fortalecer a vigilância epidemiológica e o controle das doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis. Objetivo: Investigar 100% dos óbitos em mulheres em idade fértil, maternos, menores de 1 ano e natimortos. Entre outros.

Dentre outros apontamentos, as condições e déficits assistenciais determinaram e nortearam a necessidade de objetivos e metas que visaram a qualificação desta assistência, através de diversas frentes de capacitação profissional, adequação dos espaços de trabalho, com reformas e ampliações que respondam à necessidade dos serviços; aquisição de novos equipamentos, construção de novas unidades e serviços que contemplem os vazios e necessidades assistenciais, também com a contratação de novos profissionais. Objetivos e metas que pela sua importância e impacto no processo assistencial perpassaram por diversos eixos e diretrizes do plano e que demarcaram a real preocupação da gestão quanto à qualificação da assistência e de melhores condições de trabalho, como exposto nas atribuições dos diversos objetivos levantados a seguir:

EIXO I – aperfeiçoamento e qualificação do acesso aos serviços e ações de saúde, DIRETRIZ I. 1 – fortalecer a qualificação da atenção básica – AB. Objetivos: Ampliar a cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família; Efetivar o acesso da população em situação de rua na rede de saúde e o atendimento de forma oportuna e no local dessa população vulnerável; Implantar o Programa de Atendimento Rápido (PAR) - metodologia do acesso avançado nas USF's para melhorar o acesso das pessoas aos cuidados de saúde, diminuindo o tempo de espera por uma consulta médica na APS, sem comprometimento dos agendamentos programáticos; Construir 05 unidades de saúde com estratégia de saúde da família com apoio financeiro das 03 esferas de governo; Reformar/ampliar 04 Unidades de saúde com apoio financeiro das 03 esferas de governo. DIRETRIZ I. 2 – aprimorar o acesso da assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Objetivos: Ampliar o número de especialidades médicas e não-médicas próprias ou contratadas oferecidas de média complexidade; Implementar o SAD com a implantação de mais 1 (uma) equipe EMAD. DIRETRIZ I.5 – qualificar a atenção às urgências e emergências. Objetivos: Habilitar o PA CVZ como UPA para recebimento de custeio; Ampliar a Rede de Urgência e Emergência e a cobertura da assistência do APH Móvel; Criar Hospital-Dia.

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.3 – fortalecer a rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência do crack e outras drogas. Objetivos: Qualificar o matriciamento de saúde mental com a criação de 4 equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT); Elaborar estudo sobre a alteração do nível/tipo de CAPS AD II PARA CAPS AD III 24H. DIRETRIZ II.6 - implementar a atenção à pessoa com deficiência. Objetivo: Habilitar o CHI PV como CER II para recebimento de custeio.

EIXO IV – fortalecimento da gestão municipal do SUS. DIRETRIZ IV. 4 – implementar a política de humanização e de educação permanente na rede municipal. Objetivos: Qualificar e atualizar os trabalhadores do SUS realizando a educação continuada e a educação permanente; Estabelecer diretrizes para a integração ensino-serviço/saúde-comunidade para qualificação da mão-de-obra de saúde.

EIXO V – Gestão do Trabalho. DIRETRIZ V. 1 – Fortalecer a gestão de pessoas na Fundação Municipal de Saúde. Objetivos: Prover as unidades de saúde com os recursos humanos adequados; Valorizar a fixação dos recursos humanos; Prover as condições físicas adequadas das unidades e serviços de Saúde.

Muitos outros aspectos foram abordados no Plano Municipal de Saúde envolvendo questões relativas aos outros setores da saúde e que não poderiam ser negligenciados, como as questões de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, principalmente frente ao atual contexto, cabendo inclusive, um eixo específico às ações relativas ao enfrentamento da COVID 19, as questões relativas à saúde do trabalhador, à saúde mental e bucal, entre outros.

Cabe ressaltar que questões inovadoras e ousadas estão presentes no Plano e que representam um desafio para gestão no afã e compromisso de propiciar uma assistência mais adequada aos nossos municípios, como os já referidos anteriormente:

1) Ampliação de novas unidades de saúde;

2) Criação do Hospital Dia;

3) Implantação do PAR, entre outros, além dos estudos necessários para implantação de outros serviços, como um CAPS AD III 24 hs e o Serviço de Verificação de Óbitos (SVO).

Creemos que os objetivos e metas propostos no PMS, de maneira geral, contemplam os principais problemas e necessidades identificados e que as ações e estratégias elencadas, se postas em prática, vêm qualificar e melhorar as condições assistenciais prestadas à população. O Plano não se encerra na sua elaboração e conclusão, mas em sua real e efetiva implantação e implementação ao longo do processo. Daí a necessidade do acompanhamento e monitoramento contínuo das ações, a fim de garantir um objetivo maior, de melhores e adequadas condições assistenciais e dos espaços e serviços de saúde, que respondam à necessidade dos usuários, bem como dos trabalhadores de saúde, para a construção de uma Rio Claro melhor e mais saudável.



6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, R. M.; CECATTI, J. G.; HARDY, E. E.; FAÚNDES, A. Causas e fatores associados à mortalidade de mulheres em idade reprodutiva em Recife, Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro: vol. 14, supl. 1, p. 41-48, 1998. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Agenda 2030. Organização das Nações Unidas – ONU. Rio de Janeiro/RJ, 2015. Documento obtido em maio de 2021 no portal brasileiro da ONU, https://brasil.un.org/sites/default/files/2021-02/Brasil_Relatorio_progresso_2018.pdf, <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>. Traduzido pelo Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil (UNIC Rio), última edição em 13 de outubro de 2015. <https://sustainabledevelopment.un.org>.

BARROS MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(4):911-26.

BRAGA, Roberto. Estrutura urbana e Sustentabilidade Ambiental em Cidades de Porte Médio: Uma Análise da Cidade de Rio Claro – III Congresso Luso Brasileiro para o Planejamento Urbano, Regional, Integrado e Sustentável – Pluris, Santos/SP, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis – Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 42 p : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – 2. ed. 2, reimpr. – Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Guia de Vigilância Epidemiológica Emergência de saúde pública de Importância nacional pela Doença pelo coronavírus 2019 – covid-19 [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas (COVID-19). Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2020. Versão de 05/08/2020 (versão eletrônica). Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/08/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2-1.pdf. Acesso em 26 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7 ed. – Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de vigilância, prevenção e controle de zoonoses: normas técnicas e operacionais [recurso eletrônico] Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis – Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 4 ed. 4. reimpr. – Brasília/DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília/DF, Ministério da Saúde, 2015. Série Parâmetros SUS –Volume 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília/DF, 3 out.2017. p.61.col.3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 5 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília/DF, 3 out.2017. p.360.col.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de aconselhamento em hepatites virais/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 52 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais – Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais – Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.311, de 12 de setembro de 1997. Define a competência janeiro de 1998, para que a CID-10 vigore, em todo o território nacional, em morbidade hospitalar e ambulatorial. Diário Oficial da União, Brasília, p. 20518, 16 set. 1997. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional [recurso eletrônico] Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume 1/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia e Serviços – 1. ed. atual. – Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2017. 3 v. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.180 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. V.4 – Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2016. (Série Articulação Interfederativa ; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.135 de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Seção I, pag.60, col. 1. Poder Executivo, Brasília/DF, 26 set. 2013. Revogada pela Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. (mantida na íntegra o conteúdo da Portaria MS/GM nº 2135/2013 no Título IV – Do Planejamento e no Capítulo I – Das Diretrizes do Processo de Planejamento no âmbito do SUS).

BRASIL. Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília/DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. Página do Ministério da Saúde. Publicado em 24/11/2020. Acesso em: 12 de maio de 2021. Disponível no site em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/s/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica – 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador; 2.Protocolos de Complexidade Diferenciada).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022/Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BEZERRA DE MENEZES. Hospital Bezerra de Menezes. Página sobre a Casa de Saúde Bezerra de Menezes (história). Disponível em: <http://bezerrademenezes.net.br/historia.html> e em <https://hospitalbezerrademenezes.com.br/>. Acesso em 20 de jun. de 2021.

CDSS - COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais: Relatório Final. Suíça/Genebra: OMS, 2010.

CONASS. Guia de apoio à gestão estadual do SUS: monitoramento e avaliação. 2016. Disponível em: <http://www.conass.org.br/guiainformacao/monitoramento-e-avaliacao/>. Acesso em: 02 jul. 2021.

CORREA, Paulo Roberto Lopes; ASSUNCAO, Ada Ávila. A subnotificação de mortes por acidentes de trabalho: estudo de três bancos de dados. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília/DF, v. 12, n. 4, p. 203-212, dez. 2003. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400004&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 19 maio 2021. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000400004>.

DONABEDIAN, A. Aspects of medical care administration. Boston/EUA: Harvard University Press, 1973.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Instituto René Rachou Fiocruz Minas. Dengue. Página sobre a Dengue. Disponível em: <http://www.cpqrr.fiocruz.br/pg/dengue/>. Acesso em 25 de mai. de 2021.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). Perfil do Municípios Paulistas. [internet]. São Paulo/SP: SEADE, 2021. Acesso em: 12 de maio de 2021. Disponível no site em: <https://perfil.seade.gov.br>.
INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas 2018. Rio de Janeiro/RJ: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Documentação do Censo 2010. Rio de Janeiro/RJ: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas de população residente nos municípios brasileiros, com data de referência em 1º de julho de 2020 [Internet]. Brasília/DF: IBGE, 2020. Publicado no Diário Oficial da União (DOU) em 27/08/2020. Acesso em: 12 de maio de 2021. Disponível no site em: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2020/estimativa_dou_2020.xls

KANSO, Solange et al. A inevitabilidade de óbitos entre idosos em São Paulo, Brasil: análise das principais causas de morte. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 735-748, Apr. 2013. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 de Maio de 2021. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400011>.

LACAZ, F. A. de C.. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro/RJ, v. 23, n. 4, p. 757-766, Abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/02.pdf>. Acesso em: 26 jun.2021.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176

MENDES, Eugênio Vilaça. Desafios do SUS/Eugênio Vilaça Mendes. Brasília/DF: CONASSS, 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília/DF: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), 2011.

MENDES, JDV. Mortalidade por causa mal definida no estado de São Paulo - Atualização. Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde – GAIS. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Ano 10. Número 72. abril/2018.

MERHY, E. E. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo/SP: Hucitec, 1997

CAYETANO, M.H.; CARRER, F.C.; GABRIEL, M; MARTINS, F.C.; PUCCA JR., G.A. Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): Um resgate da história, aprendizados e futuro. Univ Odontol. 2019 ene-jun; 38 (80). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.pnsb>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Transformando nosso mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Disponível em <https://nacoesunidas.org/wpcontent/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>. Acessado em 20 de fevereiro de 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 9 ed. rev, São Paulo/SP: Editora da Universidade de São Paulo (USP), 2003.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília/DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RIBAS, R.P. 2007. VULNERABILIDADE À POBREZA NO BRASIL: MEDINDO RISCO E CONDICIONALIDADE A PARTIR DA FUNÇÃO DE CONSUMO DAS FAMÍLIAS. Pesquisa e planejamento econômico | ppe| v.37 | n.2 | ago 2007. <http://ppe.ipea.gov.br/index.php/ppe/article/viewFile/109/1012>

RODRIGUES FILHO, Edison. Caracterização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/192-Regional Rio Claro/SP. Trabalho acadêmico (especialização – Gestão em Saúde) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu/ Universidade Aberta do Brasil. Orientadora: Dra. Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua-Botucatu/SP, 2011

SAAD, Leila Del Castillo; BARATA, Rita Barradas. Surtos de febre amarela no estado de São Paulo, 2000-2010. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 25, n. 3, p. 531-540, set. 2016. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000300531&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 25 maio 2021. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000300009>.

SALEH, S.C.; OLIVEIRA, de N.; NEVES, L.M.; ARMOND, J.de E.; COLOMBO-SOUZA, P. Modelos de Assistência e Taxa de Parto Cesáreo/Vaginal em Hospitais com diferentes tipos de gestão: uma análise de 2.558.496 partos. Arquivos Catarinenses de Medicina, 2019 out-dez; 48(4):162-173. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/604>. Acesso em 17 mai 2021.

SANTA CASA DE RIO CLARO. Hospital Santa Casa de Rio Claro. Página sobre a Santa Casa de Rio Claro (quem somos). Disponível em: <http://santacasaderioclaro.com.br/quemsomos.html>. Acesso em 20 de jun. de 2021.

SÃO PAULO (ESTADO). Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Controle de Endemias - SUCEN e Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD. Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral Americana do Estado de São Paulo/Coordenação Vera Lucia Fonseca de Camargo-Neves - São Paulo: A Secretaria, 2006.

SÃO PAULO (ESTADO).Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde. Diagnóstico PES 2020-2023. São Paulo/SP: Secretaria de Estado da Saúde, 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO (SES/SP). Diretrizes para Implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/AIDS Manual Gestão da Rede e dos Serviços de Saúde, CRT – DST/AIDS. CCD, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2017. Série: Diretrizes para Implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/AIDS.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL (SBMT). Movimento antivacina é uma das dez ameaças para a saúde mundial. [internet]. Brasília/DF: SBMT, 2019. Acesso em 30 de jun de 2021. Disponível no site: <https://www.sbmt.org.br/portal/anti-vaccine-movement-is-one-of-the-ten-threats-to-global-health/>.

SODELLI, Francielle Calixto. Indicadores socioeconômicos e ambientais para a análise da vulnerabilidade socioambiental do município de Rio Claro-SP/Francielle Calixto Sodelli. - Rio Claro/SP, 2016.

TANAKA, O. Y. Avaliação do programa de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo/SP: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

TSE (TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL). Rio Claro merece mais. Plano de Governo Gustavo Perissinotto e Rogério Guedes 2020. Disponível em: https://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2020/SP/69795/426/candidatos/576218/5_1600739021952.pdf . Acesso em: 03 de Maio de 2021.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). [S. l.], 30 jan. 2020. Disponível em: [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 26 de jun. de 2021.



7. ANEXOS



CONSELHO DE SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 004/2021

O Conselho Municipal de Saúde de Rio Claro - CMSRC, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pelas Leis: nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, Lei nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990 e Lei municipal nº 2.418 de 21 de Agosto de 1991 de Criação do CMSRC.

Considerando, que O Plano Municipal de Saúde é uma exigência legal e configura-se como um instrumento para relacionar as metas e resultados a serem alcançados pelo SUS em um período de quatro anos;

Considerando, que sua elaboração envolve questões técnicas, políticas e econômicas, abrangendo o levantamento e a análise das informações sobre a situação da saúde no município.

Considerando, a apresentação da proposta do Plano Municipal de Saúde 2022-2025 em reunião ordinária, que ocorreu em 20 de julho de 2021;

Considerando, que este Conselho avaliou e encaminhou sugestões de adequações, as quais foram acatadas pela Fundação Municipal de Saúde e incluídas no Plano.

Considerando, a deliberação da reunião ordinária realizada em 17 de agosto de 2021;

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Plano Municipal de Saúde 2022-2025.

Art. 2º Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Registrada, Publicada, CUMpra-SE.

Rio Claro, 18 de agosto de 2021

MARIA HELENA BETANHO ROMUALDO

Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Rio Claro

Pactuação Interfederativa

Município: Rio Claro - SP

Região de Saúde: Rio Claro

Ano da Pactuação: 2021

Status: Em apreciação pelo Conselho de Saúde

Indicadores Pactuados

Nº	Tipo	Indicador	Meta	Unidade de Medida
1	U	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	258,98	Taxa
2	E	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	100,00	Percentual
3	U	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	95,00	Percentual
4	U	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente 3ª dose, Pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada	75,00	Percentual
5	U	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	90,00	Percentual
6	U	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	100,00	Percentual
7	E	Número de Casos Autóctones de Malária	Não se Aplica	Número
8	U	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	7	Número
9	U	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	0	Número
10	U	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	100,00	Percentual
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.	0,40	Razão
13	U	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	25,00	Percentual
14	U	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	13,00	Percentual
15	U	Taxa de mortalidade infantil	10,00	Taxa
16	U	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	1	Número
17	U	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	60,00	Percentual
18	U	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	75,00	Percentual
19	U	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	53,00	Percentual
21	E	Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	100,00	Percentual
22	U	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	4	Número
23	U	Proporção de preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	100,00	Percentual

