



**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

PLANO DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO



Período 2005 - 2008

2005

Dr. Welson Gasparini
Prefeito Municipal

Dr. José Sebastião dos Santos
Secretário Municipal da Saúde

Dr^a. Deocélia Bassotelli Jardim
Assistente do Secretário

Equipe Técnica responsável pela elaboração:

Coordenação

***Dra. Janise Braga Barros Ferreira
Chefe da Divisão de Planejamento em Saúde
CREMESP 74938***

Membros

***Adm. David Ranieri Bulgari
Administrador - CRA 46959/SP***

***Enf. Denise Minto
Enfermeira - COREN 39.110***

***Eng. Alberto Carlos Martins
Engenheiro Civil - CREA 0605016789/D***

Colaboração

Equipe Técnica dos Departamentos e Divisões da SMS

Sumário

Item	Página
I – INTRODUÇÃO	05
II – OBJETIVOS	
A - Quanto ao Modelo de Gestão	06
B - Quanto ao Financiamento	06
C - Quanto ao Modelo de Atenção à Saúde	07
D - Quanto aos Recursos Específicos	08
III – IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO	
A – Características Gerais: Localização e Acesso	09
B – Demografia	10
C – Condições de Vida	13
D – Economia e Renda	14
E – Saneamento Básico	17
F – Educação	18
IV – ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE	
IV.1- Modelo de Atenção à Saúde	19
A - Situação Epidemiológica	19
B - Situação da Rede Municipal de Atenção à Saúde	31
B.1. Estrutura Organizacional da SMS	31
B.2. Recursos Humanos	32
B.3. Estrutura da Rede de Atenção	34
B.4. Patrimônio	37
C - Situação das Ações de Vigilância em Saúde	38
IV.2- Modelo de Gestão da Saúde	39
A - Considerações sobre a Organização Atual do Sistema	39
A.1. Atenção Básica	40
A.2. Atenção Secundária	40
A.3. Internação Hospitalar	40
IV.3 – Recursos Estratégicos	41
A - Reestruturação da Atenção à Saúde	41
B - Vigilância em Saúde	42
C - Avaliação, Regulação, Controle e Auditoria	42
D - Infra Estrutura: Área Física, Tecnológica e de Serviços	42
IV.4 – Financiamento	42
V – PROGRAMAÇÃO	
V.1 - Política Municipal de Saúde – Diretrizes Propostas	51
V.2 - Ações em Saúde	53
A - Atenção Básica	53
A.1. Reorganização do Sistema de Atenção à Saúde	53
A.2. Programas de Saúde	54
A.3. Serviço de Apoio Logístico à Saúde	62
B - Suporte Profilático e Terapêutico	63
B.1. Assistência Farmacêutica e Terapêutica	63
B.2. Política de Urgência e Emergência para o Município ...	63
C - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	64
D - Alimentação e Nutrição	65
E - Vigilância em Saúde	66
E.1. Vigilância Epidemiológica	66
E.2. Vigilância Sanitária	66
E.3. Centro de Controle de Zoonoses	67
V.3 - Previsão de Recursos Orçamentários - 2005-2008	67
VI – Anexos	75

I – INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) criado a partir da Constituição de 1988, preconiza o desenvolvimento da atenção integral à saúde com garantia de acesso universal e igualitário a toda população. O SUS adota a descentralização das ações de saúde como uma estratégia de implementação da nova política de saúde e delega aos estados e, principalmente, aos municípios, a incumbência de gerir o sistema. Desta forma o planejamento das ações no nível local e a participação do município no processo de regionalização, garantir o acesso hierarquizado a todos os níveis de atenção.

A assunção da Gestão Plena do Sistema Municipal da Saúde, de acordo com as orientações da NOAS/SUS/01/2002, implica em conhecimento apurado da realidade epidemiológica do município, nas diversas áreas de atuação do setor saúde, para que o planejamento das ações possa realmente contemplar as necessidades dos usuários do SUS, embasar os estudos e estratégias de atuação da Secretaria Municipal da Saúde e permitir a reorganização do sistema de atenção com melhora do acesso e da qualidade dos serviços prestados. Nesse contexto, o Plano Diretor de Regionalização, cuja responsabilidade de elaboração cabe ao Estado, oferece as diretrizes para a organização da atenção à saúde na esfera loco-regional.

Dentro do processo de regionalização da atenção, Ribeirão Preto assumiu a condição de pólo assistencial, constituindo-se referência para determinados municípios segundo pactuação prévia, nos níveis de média e elevada complexidade. Esse acordo segue as diretrizes da Programação Pactuada e Integrada (PPI) que tem por finalidade “nortear a reorganização das ações e serviços de assistência à saúde” e embasado em ferramentas de planejamento que auxiliam a gestão: Plano Municipal de Saúde (PMS), Agenda Municipal da Saúde e Quadro de Metas.

Merece consideração o registro de que o PMS foi elaborado em consonância aos eixos de orientação propostos pelo Ministério da Saúde: redução das desigualdades em saúde, ampliação do acesso com qualificação e humanização da atenção, redução dos riscos e agravos, reforma do modelo de atenção e aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social.

No âmbito local, a Secretaria Municipal da Saúde também está trabalhando na reorientação do modelo assistencial com a intenção de mudança do modelo centrado na assistência médica individual e curativa para um modelo que contemple uma atenção integral do indivíduo, tendo por base a saúde coletiva. A implantação da Estratégia da Saúde da Família -SF tornou-se uma alternativa de reorganização da atenção básica e conseqüentemente, de reorientação do modelo assistencial. A família e o seu território passam a ser os alvos essenciais, o que implicará na necessidade de um sistema eficaz de referência e contra-referência entre os níveis de atenção e uma interface com outros setores sociais na solução dos problemas identificados, na busca de assistência eficiente e de qualidade de vida.

Destacamos a importância da elaboração do Plano Municipal da Saúde tendo a compreensão de ser este um instrumento de gestão essencial para o gestor e sua equipe, o Conselho Municipal de Saúde e para a comunidade, na medida em que possibilita o acompanhamento da execução da Política Pública de Saúde no município, no período de 2005 a 2008.

II - OBJETIVOS

A. Quanto ao Modelo de Gestão

O município desde 04/05/1998, por meio da Portaria Estadual, nº 2553, de 05 de maio de 1998, está qualificado como Gestão Plena do Sistema Municipal da Saúde (GPSM).

Para o período abrangido por este Plano, ou seja, de 2005 a 2008, temos como objetivos:

- Aperfeiçoar e consolidar a descentralização do SUS, fortalecendo a gestão colegiada, de modo a efetivar o comando único do Sistema em nível municipal;
- Aprimorar os processos de negociação e pactuação, contribuindo para o atendimento segundo as necessidades e demandas locais, mediante observação e execução das seguintes diretrizes:
 1. Fortalecimento dos Distritos de Saúde
 2. Implantação da gestão colegiada nas unidades de saúde
 3. Readequação da rede assistencial com fortalecimento da Atenção Básica
 4. Realização de mutirões para determinadas necessidades e demandas reprimidas de atendimento.
 5. Estabelecimento de Convênios com as Instituições de Ensino do município para complementação e qualificação da atenção nos distritos de saúde.
 6. Captação de recursos financeiros junto ao Ministério da Saúde, Governo Estadual e organismos internacionais;
 7. Estruturação e implantação do Complexo Regulador do Sistema de Atenção e Vigilância à Saúde com o objetivo de ordenar o desenvolvimento das ações de atenção básica, secundária e terciária do município, bem como, orientar à população sobre a organização do sistema público de saúde.

B. Quanto ao Financiamento

Os recursos financeiros que compõem o Fundo Municipal da Saúde, nos termos da Lei Municipal nº 5.971/1991, são provenientes de recursos próprios consignados no orçamento municipal, conforme previsto na Lei do PPA 2006-2009, e aqueles provenientes dos repasses do Ministério da Saúde, fundo a fundo, e da Secretaria Estadual de Saúde.

Para o período abrangido por este plano, temos como objetivos:

1. Captar outros recursos por meio de projetos junto ao Ministério da Saúde, da Educação, Ciência e Tecnologia, ao Banco Mundial e outras organizações, para subsidiar investimentos na atenção decorrentes da reorganização do sistema de atenção à saúde.
2. Implantar um sistema de acompanhamento das dotações orçamentárias, da despesa empenhada e executada, e da aplicação dos recursos em saúde em sintonia com a política municipal da saúde, de forma a garantir a aplicação, a qualidade e o sucesso dos investimentos.

C. Quanto ao Modelo de Atenção à Saúde

O modelo atual prioriza o atendimento especializado e, principalmente, os atendimentos básicos de urgência, feitos na forma de Pronto Atendimento, em detrimento das práticas de prevenção e acompanhamento em saúde.

Assim sendo, faz-se necessário a reorganização do sistema de saúde de modo a facilitar a oferta organizada de serviços, por meio das seguintes medidas:

1) Gestão

- implantar o novo modelo de gestão tendo por base a gestão colegiada em vários níveis;
- redefinir a agenda dos profissionais de saúde, com vistas a levantar as necessidades e ofertas da rede;
- implantar o acolhimento com avaliação de necessidades e riscos em todos os serviços;
- equacionar a necessidade/demanda comparada à oferta para fins de apropriar a rede de profissionais e serviços de saúde;
- criar, instalar e operacionalizar o "complexo de regulação do sistema de saúde";
- celebrar convênios com entidades públicas, filantrópicas e privadas para participar da oferta de serviços, desenvolver pesquisa, bem como utilizar a rede para campo de estágio a estudantes e aprimorandos das profissões da saúde;
- substituir o modelo atual de UBDS para Policlínicas e Unidades Pré Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências, com redefinição do fluxo de atendimento secundário (especialidades), ampliando assim o acesso a esta modalidade de atenção;
- redefinir o modo de produção do cuidado nos serviços de pronto atendimento, plantões, e emergências;
- garantir o suprimento regular de materiais de consumo, reposição de permanentes e manutenção dos equipamentos;
- acompanhar de forma contínua a alocação de pessoal e instituir a política de educação permanente por meio dos protocolos de assistência e ordenação do acesso dos usuários aos diferentes componentes de serviços da rede.

2) Atenção Básica

- implantar a estratégia saúde da família, nos termos do PROESF, em 50% do município, como paradigma para reorganização do sistema a partir da atenção básica, concomitante ao investimento no modelo de atenção das unidades de saúde tradicionais;
- implantar a prática de acolhimento com classificação de necessidade e risco em todas as unidades de saúde.

3) Vigilância em Saúde

- Implementar as ações de vigilância epidemiológica e controle de doenças transmissíveis, análise de situações de saúde e vigilância das doenças e agravos não transmissíveis;
- Fortalecer a capacidade técnico institucional;
- Garantir o mapa epidemiológico da saúde do trabalhador por meio do CEREST Dr. Roberto Salles Meirelles;
- Investir na vigilância ambiental;
- Aprimorar a avaliação da situação epidemiológica do município por distrito de saúde;

- Implementar o Centro de Controle de Zoonoses, para atender o Município de Ribeirão Preto com possibilidade de atender também, as demais cidades da região da DIR XVIII.

D. Quanto aos Recursos Específicos

A reorganização do modelo de atenção à saúde importa na adoção de novos conceitos para os serviços ofertados na rede pública, bem como, na forma como eles são oferecidos.

A mudança de modelo de gestão implica em um novo entendimento dos papéis dos atores envolvidos, suas funções e objetivos, de forma a garantir a eficiência do sistema.

Os recursos aplicados devem ser entendidos a partir da sua origem, de forma que a sua compreensão possibilite aos atores envolvidos se identificarem no sistema e no novo modelo de gestão. As mudanças propostas e em fase de execução obedecem as seguintes estratégias:

- a) *no nível administrativo*, as questões serão discutidas junto aos comitês gestores, em busca de soluções e de decisões conjuntas;
- b) *no nível de suprimentos*, garantir a regularidade de entrega e distribuição com vistas a impedir gargalos, extravios ou faltas de produtos de uso na rede, quaisquer que sejam, com prioridade para os suprimentos de necessidade das clínicas médica, odontológica e de enfermagem, bem como medicamentos;
- c) *no nível financeiro*, a implantação de um sistema de acompanhamento das dotações orçamentárias, da despesa empenhada e executada, e da aplicação dos recursos em saúde em sintonia com a política municipal da saúde;
- d) *no nível operacional*, temos a ordenação da oferta de serviços com determinação dos fluxos de atendimento que tem por base o complexo regulador, bem como a implantação da estratégia da saúde da família em 50% do município;
- e) *no nível dos serviços*, definir o papel dos coordenadores de ações programáticas hoje existentes, como facilitadores da difusão do conhecimento e de práticas de saúde, monitoramento e responsabilidade pelos resultados, medidos por indicadores de saúde;
- f) *no nível de recursos humanos*, garantir por meio de recursos próprios ou de parcerias e convênios, a quantidade de profissionais adequados para assegurar o bom atendimento dos serviços de saúde ofertados à população, bem como investir no aperfeiçoamento profissional, no acolhimento e desenvolvimento da compreensão e solução dos conflitos decorrentes das relações humanas;
- g) *no nível do planejamento*, organizar as ações em saúde quanto à estrutura física, material, oferta e demanda de serviços, controle da qualidade e alcance de metas, construção, acompanhamento e avaliação de indicadores de saúde e zelar pela política municipal de saúde no âmbito do sistema.

III – IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

A - Características Gerais: localização e acesso



Ribeirão Preto

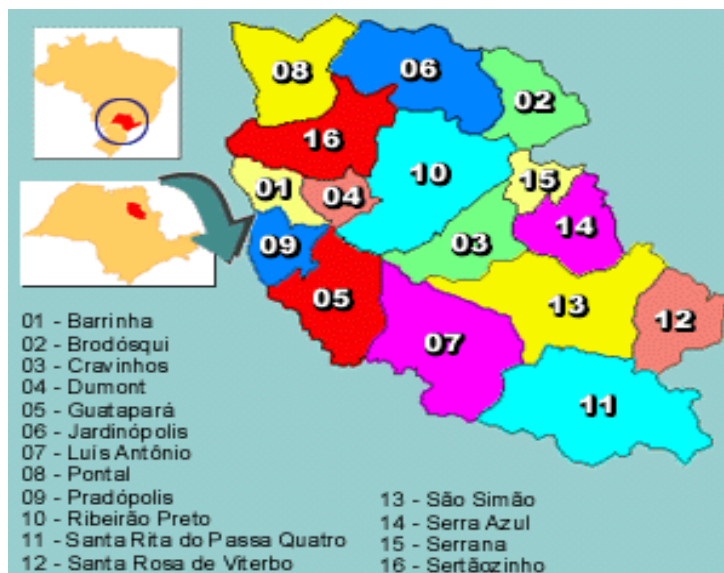


Distâncias

- São Paulo - 319 km
- Araraquara- 103 km
- Presidente Prudente - 458 Km
- Barretos - 127 km
- Santos - 391 Km
- Bauru - 228 km
- São Carlos - 100 Km
- Campinas - 238 km
- São José do Rio Preto - 189 Km
- Franca - 92 km
- São José dos Campos - 408 Km
- Guarujá - 417 km
- Limeira - 179 km
- Sorocaba - 324 Km
- Marília - 282 km
- Ubatuba - 532 Km
- Piracicaba - 212 km

Clima

Tropical úmido, com estação chuvosa no verão e inverno seco



Coordenadas Geográficas

Área - 642 Km²
 Latitude - 21° 10'24" S
 Longitude - 47° 48'24" O

Municípios Limítrofes

- Norte - Jardinópolis
- Nordeste - Brodosqui
- Leste - Serrana
- Sul - Cravinhos, Luís Antônio
- Sudeste - Araraquara, Dumont, Pradópolis e Rincão
- Oeste - Sertãozinho e Barrinha



Acessos

- SP 330 - Via Anhanguera - Ribeirão Preto / São Paulo
- SP 334 - Via Cândido Portinari - Ribeirão Preto / Franca
- SP 332 - Via Atilio Balbo - Ribeirão Preto / Sertãozinho
- SP 225 - Via A. Machado - Santana Ribeirão Preto / Araraquara
- SP 333 - Via Abrão Assed - Ribeirão Preto / Cajuru
- SP 292 - Via Mário Donegá - Ribeirão Preto / Pradópolis
- SP 328 - Anel Viário



Hidrografia

A rede hidrográfica é formada pelas bacias dos rios Mogi-Guaçu e Pardo, sendo que a maior parte do município encontra-se situada na bacia do Pardo.

B – Demografia

Com 504.923 habitantes segundo o Censo Demográfico de 2.000, e projeção de 551.312 habitantes para o ano de 2005 (DATASUS-TCU), o município de Ribeirão Preto encontra-se entre os maiores do Estado de São Paulo e do Brasil.

Ribeirão Preto apresentou um intenso crescimento populacional durante as décadas de setenta e oitenta. A taxa média de crescimento populacional do município manteve-se maior que a taxa de crescimento estadual durante aquelas décadas, fazendo com que sua participação se elevasse no total da população do estado. Este crescimento pode ser explicado pelo fato de Ribeirão Preto ter se mantido como um pólo de atração populacional, tendo sido uma das poucas regiões do estado a ter apresentado um fluxo migratório positivo.

Anos	População	Participação na População do Estado	População Urbana	População Rural	Taxa de Urbanização
1980	316.918	1,27%	306.837	10.081	96,81%
1991	434.142	1,38%	424.311	9.831	97,75%
1996	455.810	1,34%	453.684	2.126	99,53%
2000	504.923	1,37%	502.760	2.163	99,57%
2004	542.912	1,40%	541.066	1.846	99,66%

Fonte: Fundação SEADE e Censo IBGE 2000

Quadro 1 - Evolução da População Ribeirão Pretana

A taxa média de crescimento populacional reduziu-se significativamente entre 1991 e 2000, ficando abaixo da taxa média de crescimento do estado.

Dados colhidos junto ao DATASUS confirmam esta tendência, porém diferem em número absoluto quanto à população total do município, cuja distribuição demonstra um aumento da população e concentração em certas faixas etárias, enquanto em outras temos uma diminuição da população de forma não esperada, demonstrando o envelhecimento da população ribeirãopretana, bem como o afluxo de migrantes para o município.

Fica claro que o crescimento populacional de Ribeirão Preto, no período de 1991-2000, é originário na migração como causa primária, e não na natalidade, visto que, a população referente à faixa etária de 0 - 4 anos, em 1991, passados 10 anos, se alterou para mais em 2000 (vide faixa pop.: 10 - 14 anos), enquanto que o esperado, seria a manutenção desta população ou a sua diminuição derivada da mortalidade. No período em comparação, a população analisada apresentou um crescimento, que conclui-se seja derivado da migração. O mesmo comportamento encontramos na faixa de 70 - 74 anos em 1991, quando comparado à faixa acima de 80 anos, em 2000. A população sofreu alteração positiva, o que indica que este crescimento se deu por migração, pois o esperado seria a diminuição ou a manutenção deste número de habitantes passados 10 anos. De modo geral, a população de Ribeirão Preto cresceu 17,20% no período em questão.

Censo	1991				2000				Var.(%)
	Pop.	430.884			(%)	505.012			
Faixa Pop.	Masc.	Fem.	Total	(%)	Masc.	Fem.	Total	(%)	
00 - 04	20.729	19.917	40.646	9,43%	19.544	18.786	38.330	7,59%	-5,70%
05 - 09	22.806	22.027	44.833	10,40%	22.625	22.069	44.694	8,85%	-0,31%
10 - 14	21.967	20.966	42.933	9,96%	25.099	24.948	50.047	9,91%	16,57%
15 - 19	18.666	18.901	37.567	8,72%	24.594	24.695	49.289	9,76%	31,20%
20 - 24	18.567	19.179	37.746	8,76%	21.817	22.776	44.593	8,83%	18,14%
25 - 29	18.856	20.444	39.300	9,12%	20.402	21.564	41.966	8,31%	6,78%
30 - 34	17.974	19.359	37.333	8,66%	20.099	22.524	42.623	8,44%	14,17%
35 - 39	15.678	17.315	32.993	7,66%	19.190	21.211	40.401	8,00%	22,45%
40 - 44	12.827	13.908	26.735	6,20%	16.665	18.736	35.401	7,01%	32,42%
45 - 49	9.833	10.989	20.822	4,83%	13.332	14.847	28.180	5,58%	35,34%
50 - 54	8.511	9.435	17.946	4,16%	10.353	12.070	22.423	4,44%	24,95%
55 - 59	6.939	8.008	14.947	3,47%	8.383	9.797	18.180	3,60%	21,63%
60 - 64	6.060	7.086	13.146	3,05%	6.919	8.383	15.302	3,03%	16,40%
65 - 69	4.060	5.208	9.268	2,15%	5.656	7.020	12.676	2,51%	36,77%
70 - 74	2.655	3.594	6.249	1,45%	3.586	4.949	8.535	1,69%	36,57%
75 - 79	1.796	2.661	4.457	1,03%	2.121	3.232	5.353	1,06%	20,10%
80 e +	1.462	2.501	3.963	0,92%	2.677	4.394	7.070	1,40%	78,41%
	49%	51%			48%	52%			
Totais	209.385	221.499	430.884		243.062	262.000	505.063		

Fonte: DATASUS

Quadro 2 - Evolução da População Ribeirãopretana por Faixa Etária 1991 - 2000

A distribuição da população em faixas etárias possibilita a construção do gráfico Pirâmide Populacional que facilita a visualização da composição da população, bem como, a identificação das populações tidas como economicamente ativas, no município.

Pirâmide Populacional do município de Ribeirão Preto - Censo: 1991

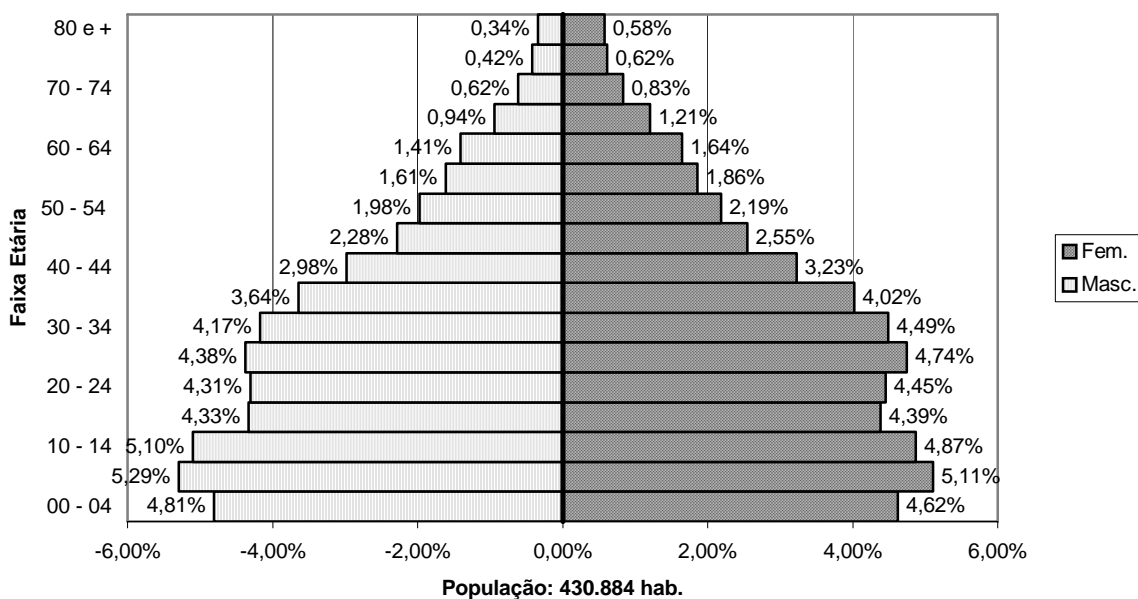


Gráfico 3 - Pirâmide Populacional do Município de Ribeirão Preto - Censo 1991

Pirâmide Populacional do município de Ribeirão Preto - Censo: 2000

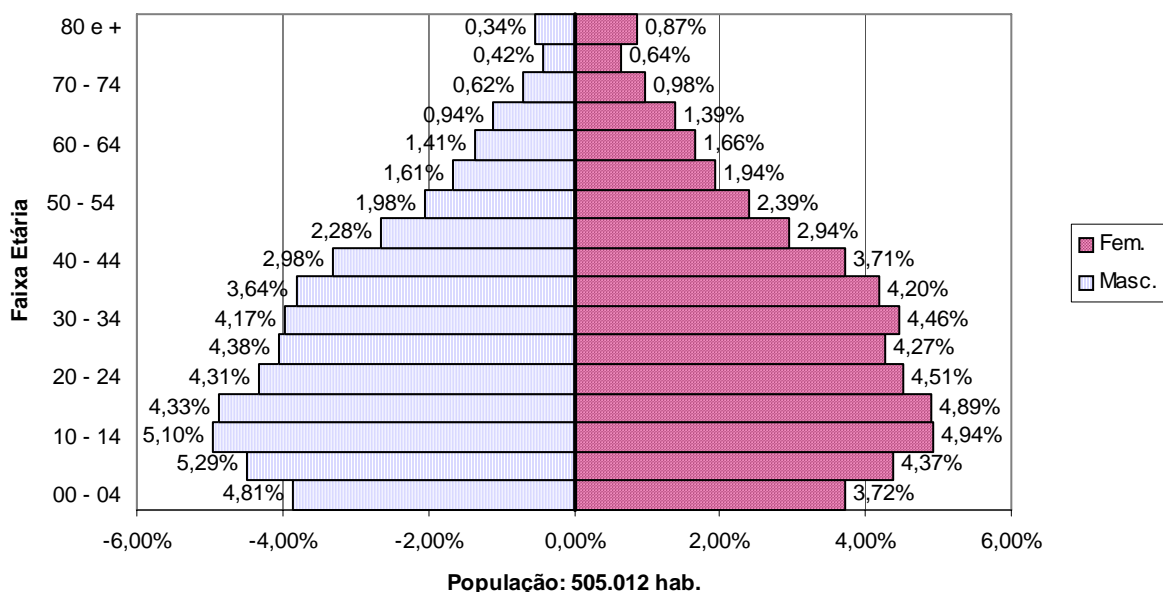


Gráfico 4 - Pirâmide Populacional do Município de Ribeirão Preto - Censo 2000

A Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE/SP, previu para o município de Ribeirão Preto um crescimento anual de 1,53% para o ano de 2005, ficando abaixo da previsão para o Estado de São Paulo.

Caracterização do Território	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
Taxa geométrica de crescimento anual da população - 2000/2005 (% a.a.)	2005	1,53	1,62	1,72

Fonte: SEADE/SP

Quadro 5 - Taxa de Crescimento Anual da População Ribeirãopretana- 2000/2005 (% a.a.)

Apesar do crescimento populacional de Ribeirão Preto ainda sofrer influência do processo migratório, em grande parte, percebe-se pelas estimativas uma diminuição desta tendência e um crescimento mais equilibrado de sua população, o que possibilitará um melhor dimensionamento dos serviços públicos.

C - Condições de Vida

Ribeirão Preto está classificado como a 6ª cidade do Estado de São Paulo em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM.

Município	IDH	Ranking	Índice de PIB (IDHM-R)	Ranking	Renda per capita (R\$)
São Caetano do Sul	0,919	1	0,895	2	834,00
Águas de São Pedro	0,908	2	0,918	1	954,65
Santos	0,871	3	0,873	4	729,62
Vinhedo	0,857	4	0,848	5	627,47
Jundiaí	0,857	5	0,826	9	549,96
Ribeirão Preto	0,855	6	0,823	10	539,84
Santana de Parnaíba	0,853	7	0,88	3	762,05
Campinas	0,852	8	0,845	6	614,86
Saltinho	0,851	9	0,775	46	406,28
Ilha Solteira	0,85	10	0,769	60	390,05
São José dos Campos	0,849	11	0,8	22	470,02
Araçatuba	0,849	12	0,811	14	503,17
Paulínia	0,847	13	0,811	15	503,34
Presidente Prudente	0,846	14	0,804	18	482,62
São João da Boa Vista	0,843	15	0,776	45	408,33
Valinhos	0,842	16	0,832	8	569,31
São Carlos	0,841	17	0,795	27	456,25
São Paulo	0,841	18	0,843	7	610,04
Americana	0,84	19	0,801	19	473,23
Pirassununga	0,839	20	0,774	48	402,31

Quadro 6 – Ranking de Municípios Paulistas conforme IDHM

O Índice de Desenvolvimento Humano procura espelhar, além da renda, mais duas características desejadas e esperadas do desenvolvimento humano: a longevidade de uma população (expressa pela sua esperança de vida ao nascer) e o grau de maturidade educacional (que é avaliado pela taxa de alfabetização de adultos e pela taxa combinada de matrícula nos três níveis de ensino). A renda é calculada através do PIB real per capita, expresso em dólares e ajustado para refletir a paridade do poder de compra entre os países.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é semelhante ao IDH, mas não idêntico. Inclui as três dimensões mencionadas (renda, longevidade e educação, com pesos iguais), mas com algumas adaptações para adequar o índice (concebido para comparar países) à unidade de análise que é, neste caso, o município.

RIBEIRÃO PRETO		IDH-M 2000: 0,855	Ranking: 6		
Índice de esperança de vida (IDHM-L)	Ranking	Índice de Educação (IDHM-E)	Ranking	Índice de PIB (IDHM-R)	Ranking
0,823	93	0,918	19	0,823	10
Esperança de vida ao nascer		Taxa de Alfabetização de Adultos	Taxa Bruta de Frequência Escolar	Renda per Capita	
74,4		0,96	0,84	539,84	

Quadro 7 - Indicadores de Ribeirão Preto

D - Economia e Renda

A região de Ribeirão Preto é uma das mais ricas do Estado de São Paulo apresentando elevado padrão de vida (renda, consumo, longevidade). Além disso, possui bons indicadores sociais (saúde, educação e saneamento), uma localização privilegiada, próxima de importantes centros consumidores, e acesso facilitado devido à boa qualidade da infra-estrutura de transportes e comunicação.

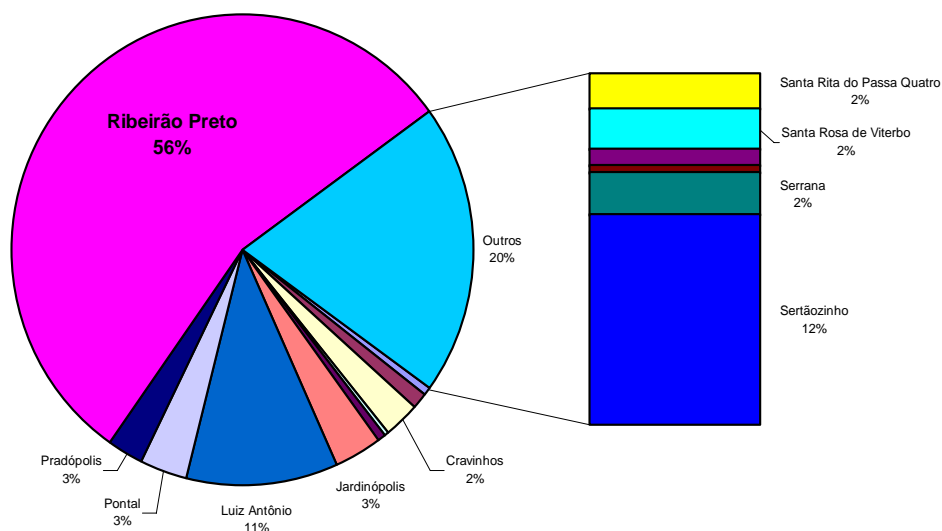


Figura 8 - PIB da Região de Ribeirão Preto/SP

Nestes aspectos destaca-se o município-sede da região, Ribeirão Preto, que se constitui num pólo de atração das atividades comerciais e de prestação de serviços, cuja área de influência extrapola os limites da própria região de governo, estendendo-se para as regiões de Franca, Barretos, São Carlos, São João da Boa Vista e outras do próprio Estado de São Paulo e de outros estados.

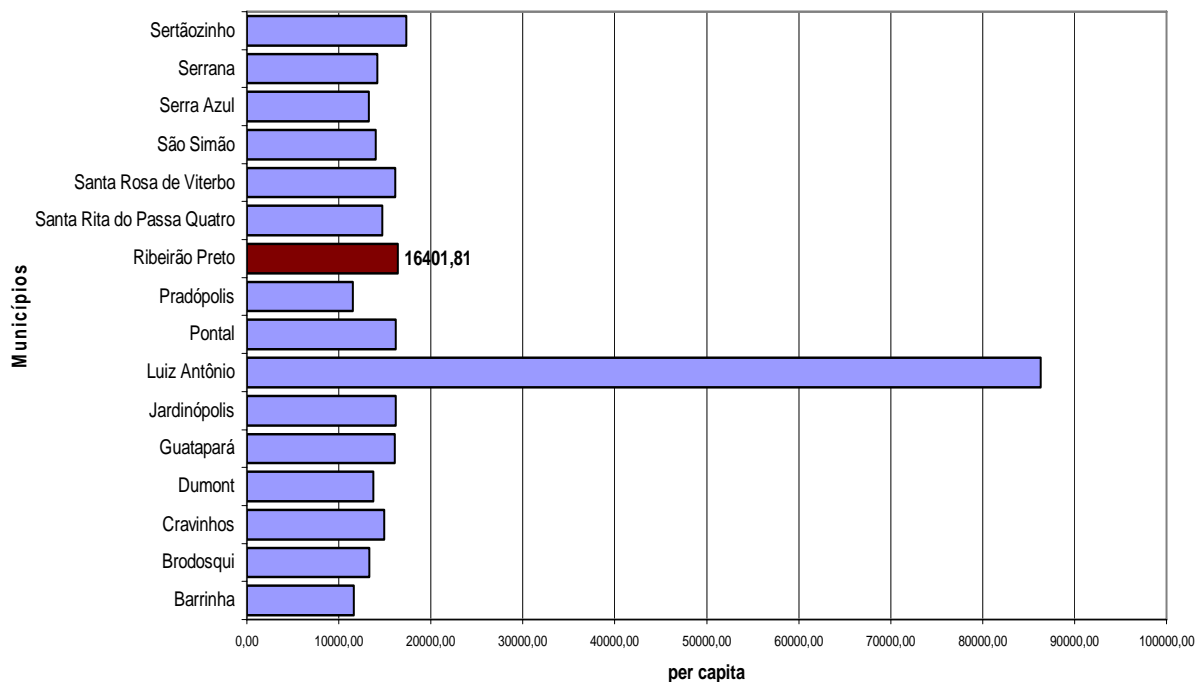


Figura 09 - PIB/Pop. - Região de Ribeirão Preto/SP - 2002

O município de Luis Antônio, quanto ao PIB *per capita*, se sobressai na região pela presença da CELPAV, empresa produtora de papel e celulose, que emprega cerca de 800 pessoas residentes no município de 10.000 habitantes, e que tem capacidade de geração de negócios com cifras acima da média da região, bem como a geração para o município de um grande retorno de ICM-S. Outros municípios de menor expressão econômica apresentam também um PIB/população elevado em comparação ao município de Ribeirão Preto, porém, isto se deve à concentração de riqueza gerada em contrapartida a uma má distribuição de renda. No município pólo, Ribeirão Preto, ocorre o inverso, onde a distribuição *per capita* do PIB gerado, no município, se dá de forma mais equânime, e com menor desvio padrão em comparação aos demais, sendo um dos motivos de destaque do município nesta região do Estado de São Paulo.

A região também se constitui em um dos principais centros universitários e de pesquisa do estado e do país, com destaque para as áreas médicas em Ribeirão Preto, engenharia em São Carlos, agronomia e veterinária em Jaboticabal, zootecnia e engenharia de alimentos em Pirassununga, entre outros. Assim, a região consolida-se como um dos principais pólos de geração de tecnologia e mão de obra qualificada do país.

Os excelentes indicadores econômicos e sociais, do município, ancoram-se em uma estrutura econômica forte e diversificada tanto no município como na região. Em primeiro lugar, deve-se destacar o desempenho da agricultura. A qualidade dos solos (uma grande mancha de terra roxa) e do clima, fazem com que esta seja uma das principais regiões agrícolas do Estado de São Paulo e do país, caracterizando-se por uma grande produção e por elevados níveis de rendimento das culturas, com destaque para a cana de açúcar, a laranja, a soja, o amendoim, a fruticultura em geral, entre outras.

Economia e Renda	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
Exportações				
Valor das Exportações (US\$ FOB)	2004	167.835.085	420.023.999	34.427.109.694
Valor Adicionado				
Valor Adicionado Total (Em milhões de reais correntes)	2002	4.180,65	10.595,89	415.314,92
Valor Adicionado da Agropecuária (Em milhões de reais correntes)	2002	92,97	1.629,89	32.519,50
Valor Adicionado da Indústria (Em milhões de reais correntes)	2002	1.108,57	3.685,77	169.062,16
Valor Adicionado dos Serviços (Em milhões de reais correntes)	2002	2.979,10	5.280,24	213.733,26
Produto Interno Bruto – PIB				
PIB (Em milhões de reais correntes)	2002	4.062,18	10.555,95	438.148,30
PIB per capita (Em reais correntes)	2002	7.720,31	9.536,08	11.352,67
Participação no Estado (Em %)	2002	0,93	2,41	100
Rendimento				
Rendimento Médio das Pessoas Responsáveis pelos Domicílios (Em Reais de Julho de 2000)	2000	1.283,29	1.026,12	1.076,21
Frota de Veículos				
Frota Total de Veículos	2002	257.300	437.677	14.357.630
Frota de Automóvel	2002	162.795	270.355	10.

Fonte: SEADE - Fundação Estadual de Análise de Dados (www.seade.gov.br)

Quadro 10 - Dados Econômicos do Município de Ribeirão Preto

Em relação à indústria deve-se destacar, em primeiro lugar, a força da agroindústria, que está muito relacionada ao desempenho do setor primário. A região é a maior produtora mundial de açúcar e álcool. As usinas representam uma das principais atividades econômicas da região. São 21 usinas que empregam em torno de 8.000 empregados. Isso acaba estimulando o desenvolvimento de outros setores, como por exemplo, o de máquinas agrícolas e equipamentos para usinas. Além das usinas, faz-se presente na região, várias indústrias de suco de laranja, beneficiadoras de café, soja, amendoim, indústrias alimentícias, indústrias de ração, fertilizantes, entre outras. Ou seja, existe um amplo complexo agro-industrial na região.

Setor	Ano	Estabelecimentos	Trabalhadores Formais
Indústria	2003	1.149	15.890
Comércio	2003	6.529	34.577
Serviços	2003	5.677	69.502
Outros	2003	881	7.854
Total	2003	14.236	127.823

Fonte: SEADE - Fundação Estadual de Análise de Dados (www.seade.gov.br)

Quadro 11 - Estabelecimentos Cadastrados no Ministério do Trabalho

Além da agroindústria percebe-se na região a presença de outros setores industriais relevantes: o de equipamentos médicos-odontológicos e farmacêuticos em Ribeirão Preto, o setor calçadista em Franca, o setor metal-mecânico em Sertãozinho, Matão, Araraquara e São Carlos; entre outros.

Percebe-se, portanto, que Ribeirão Preto é o centro de uma região privilegiada em termos econômicos. O dinamismo econômico do município colabora com o desempenho econômico da região e é por este influenciado, ampliando as chances de sucesso dos negócios aqui instalados e a qualidade de vida dos que aqui residem.

Finanças Públicas	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
Arrecadação per capita de				
ICMS (em Reais de 2002)	2002	376,18	361,42	939,21
IPTU (em Reais de 2003)	2003	105,45	...	...
ISS (em Reais de 2003)	2003	87,85	...	...
Receita Municipal Total per capita (em Reais de 2003)	2001	812,95	...	...
Cota-parte do ICMS per capita (em Reais de 2003)	2001	190,33	...	...
Cota-parte do FPM per capita (em Reais de 2003)	2001	24,38	...	...
Índice de participação do ICMS (em %)	2005	1,23448729	2,60080625	100

Fonte: SEADE - Fundação Estadual de Análise de Dados (www.seade.gov.br)

Quadro 12 – Finanças Públicas Municipais

E - Saneamento Básico

Ribeirão Preto tem o maior percentual de saneamento básico entre as cidades com mais de 500 mil habitantes do Estado de São Paulo. Dados do último Censo do IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística mostram que nosso município tem 96,3% dos domicílios com saneamento. Isto significa que 141.310 casas (incluindo favelas) possuem água encanada, coleta de lixo e de esgoto.

Ribeirão Preto é também um exemplo no manejo dos resíduos sólidos urbanos. O município recebeu nota 9,8 no Índice de Qualidade de Resíduos, divulgado, em maio de 2004, pela Cetesb – Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental.

Saneamento	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
Abastecimento de Água - Nível de Atendimento (Em %)	2000	98,05	98,37	97,38
	2005	99,90	-	-
Esgoto Sanitário - Nível de Atendimento (Em %)	2000	95,77	96,91	85,72
	2005	98,00	-	-
Coleta de Lixo - Nível de Atendimento (Em %)	2000	99,35	99,34	98,9
	2005	100,00	-	-

Fonte: SEADE - Fundação Estadual de Análise de Dados (www.seade.gov.br)

Quadro 13 – Dados de Saneamento Urbano

E.1 - Coleta, Tratamento e Destinação de Resíduos provenientes dos Serviços de Saúde

A coleta do lixo proveniente dos serviços de saúde é feita em hospitais, clínicas médicas, odontológicas e veterinárias, farmácias, laboratórios, postos de saúde, motéis, etc. Ela é realizada por veículos coletores especiais.

Os resíduos de serviços de saúde contêm ou podem conter germes patogênicos e, por isso, apresentam risco potencial à saúde pública e ao meio ambiente, não podendo ser dispostos sem tratamento prévio. São agulhas, seringas, gases, bandagens, algodões, órgãos e tecidos removidos, meios de culturas e animais usados em testes, sangue coagulado, luvas descartáveis, instrumentos de resina sintética, etc.

Em Ribeirão Preto, a coleta de resíduos sólidos dos serviços de saúde atende 100% das unidades que executam atividades de natureza médico-assistencial humana ou animal, totalizando mais de mil pontos. São recolhidas cerca de 6 toneladas de resíduos por dia, os quais recebem tratamento em microondas.

F - Educação

A base da formação educacional do cidadão, com amplo atendimento na rede municipal, atinge alto padrão em Ribeirão Preto com um extenso leque de opções em cursos de formação universitária das faculdades da USP, da UNAERP, da Barão de Mauá, da UNIP, da Moura Lacerda, do COC, Bandeirantes, de pós graduação Faap e de escolas profissionalizantes - SESI e SENAI, SENAC e SESC.

Educação	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
Instrução da População				
Taxa de Analfabetismo (Em %)	2000	4,44	6,96	6,64
Matrícula Inicial na Pré-Escola				
Rede Estadual	2003	-	25	143
Rede Municipal	2003	10.764	29.957	1.073.281
Rede Particular	2003	5.678	8.745	252.298
Total	2003	16.442	38.727	1.325.949
Matrícula Inicial no Ensino Fundamental				
Rede Estadual	2003	38.344	71.879	3.108.410
Rede Municipal	2003	20.063	68.586	2.012.287
Rede Particular	2003	18.274	26.896	777.712
Total	2003	76.681	167.361	5.898.603
Matrícula Inicial no Ensino Médio				
Rede Pública	2003	20.916	49.951	1.828.333
Rede Particular	2003	6.341	8.940	272.490
Total	2003	27.257	58.891	2.100.823
Matrícula Inicial no Ensino Superior				
Rede Federal	2002	-	-	8.102
Rede Estadual	2002	3.223	4.254	92.029
Rede Municipal	2002	-	-	53.301
Rede Particular	2002	15.374	19.559	550.191
Rede Comunitária/Confessional/Filantrópica	2002	6.357	6.357	285.073
Total	2003	25.053	30.604	1.050.054

Fonte: SEADE - Fundação Estadual de Análise de Dados (www.seade.gov.br)

Quadro 14 – Dados da Rede de Ensino de Ribeirão Preto

IV – ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

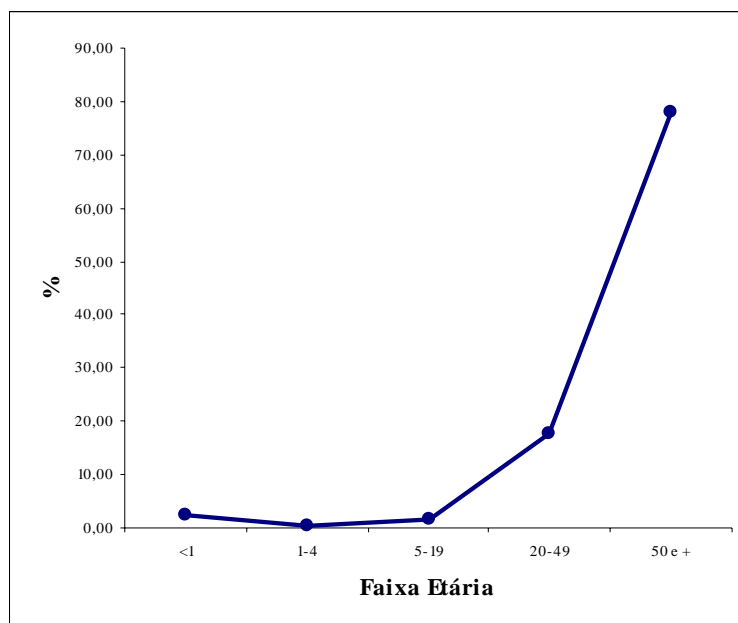
IV.1 - Modelo de Atenção à Saúde

A. Situação Epidemiológica

O município de Ribeirão Preto apresenta indicadores de saúde que apontam uma boa qualidade de vida da sua população.

A proporção de óbitos de indivíduos com cinquenta anos ou mais é um indicador do nível de vida das populações (*Indicador de Swaroop-Uemura ou Razão de Mortalidade Proporcional*), ou seja, quanto melhor a qualidade de vida, maior a proporção de pessoas que atingem idades avançadas. Em 2004, este indicador para o município de Ribeirão Preto, foi de 77,8%, que é classificado como nível característico de regiões desenvolvidas.

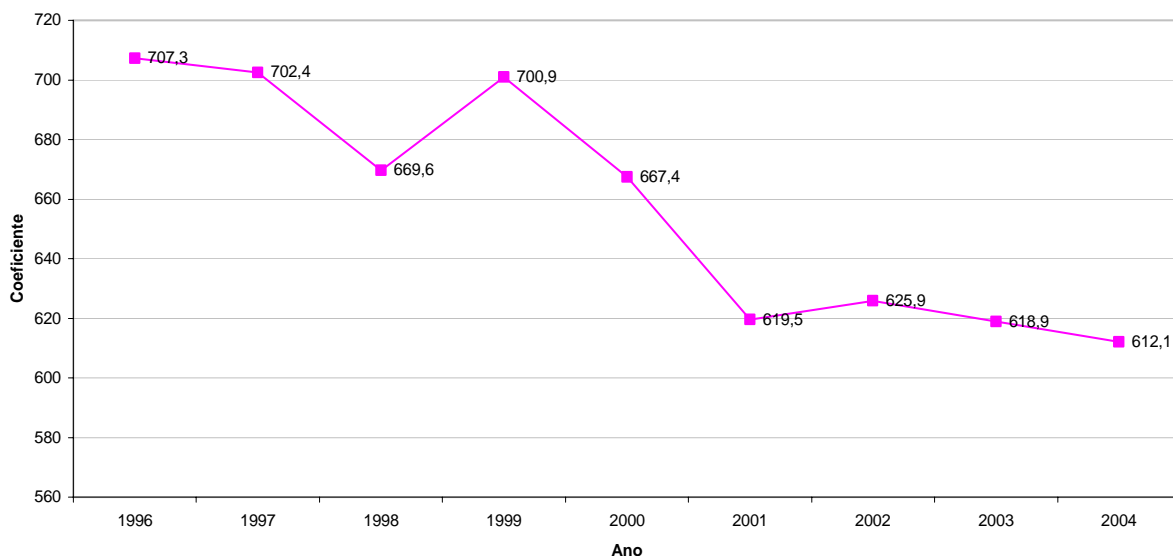
O *Indicador de Mortalidade Proporcional* ou *Curva de Nelson Moraes*, fornece uma visão geral e instantânea da distribuição dos óbitos segundo grupos etários. A *Curva de Nelson Moraes* do município, em 2004, foi classificada como *Tipo IV- Nível de Saúde Elevado*, em que a maioria dos óbitos ocorreu em pessoas de cinquenta anos ou mais, relacionando a maior sobrevivência das pessoas a um nível de saúde satisfatório (Gráfico 15).



Fonte: Datasus (dados populacionais), PMRP - SMS - SINASC - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento, dados preliminares

Gráfico 15 – Curva de Nelson Moraes, Ribeirão Preto, ano 2004

O *Coefficiente de Mortalidade Geral – CMG* é uma medida global da quantidade total de mortes ocorridas. A análise da evolução do *CMG*, do município de Ribeirão Preto, no período de 1996 a 2004, mostra que ocorreu uma diminuição deste coeficiente. Em 1996, o *CMG* era de 703,3 óbitos/ 100.000 habitantes e, em 2004, foi de 612,1 óbitos/100.000 habitantes. (Gráfico 16)



Fonte: Datasus (dados populacionais), PMRP - SMS - SICAEV - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento

Gráfico 16 – Coeficiente de Mortalidade Geral CMG, Ribeirão Preto, 1996 a 2004

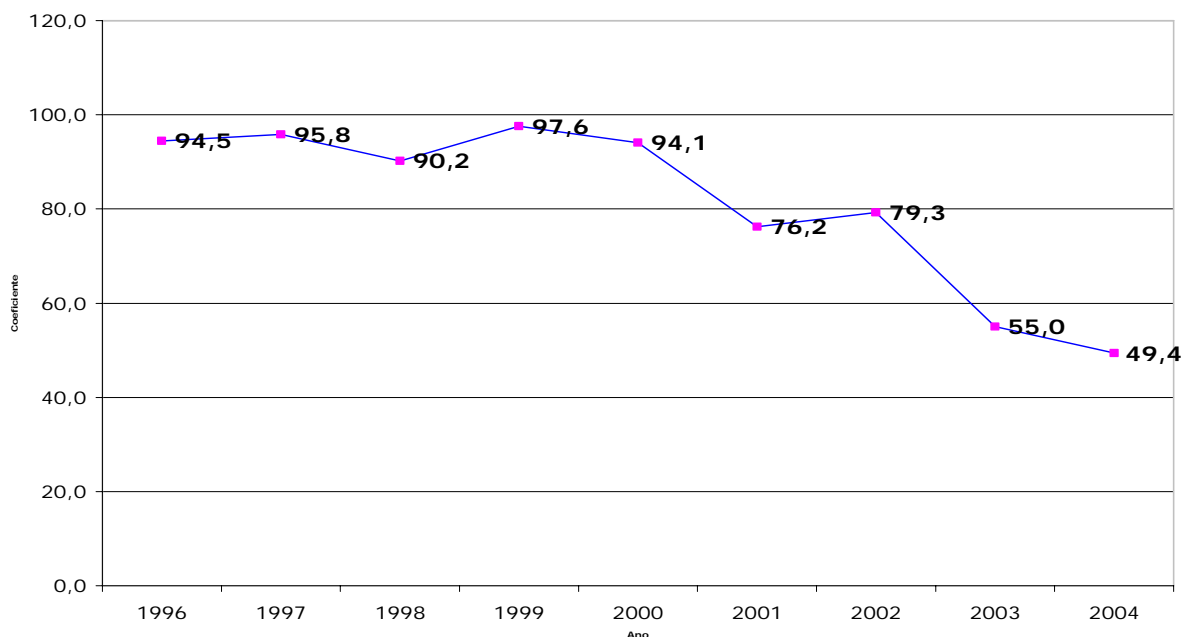
Quanto as principais causas de mortalidade no município, em 2004, as doenças do aparelho circulatório seguidas pelas neoplasias e doenças respiratórias registraram os maiores coeficientes de mortalidade (Quadro 17). Quando observamos estes mesmos coeficientes, no âmbito nacional tendo como referência, o ano de 2000, temos as doenças do aparelho circulatório, seguidas pelos sintomas, sinais e achados anormais (mal definidas) e pelas neoplasias como as principais causas de morte no país. Na comparação com os dados do Estado de São Paulo, em 2001, temos uma distribuição semelhante na ocorrência das primeiras duas causas de morte (doenças do aparelho circulatório CMG: 188,22/100.000 hab, neoplasias CMG: 95,94/100.000 hab.) o mesmo ocorrendo com os dados da DIR XVIII, no ano em questão (doenças do aparelho circulatório CMG: 194,18/100.000 hab, neoplasias CMG: 98,36/100.000 hab).

CID10 (Cap)	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
IX. Doenças do Aparelho Circulatório	215,5	213,2	212,2	216,6	204,0	188,7	190,4	201,8	194,7
II. Neoplasias (Tumores)	111,8	110,0	113,9	123,8	117,6	109,9	115,7	123,5	114,8
X. Doenças do Aparelho Respiratório	74,1	79,8	78,2	71,0	67,7	67,9	69,2	72,2	73,9
XX. Causas Externas de Morbidade e Mortalidade	94,5	95,8	90,2	97,6	94,1	76,2	79,3	55,0	49,4
I. Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	73,4	64,6	50,9	57,7	51,9	52,5	41,9	41,9	45,5
XI. Doenças do Aparelho Digestivo	39,5	41,3	35,7	48,2	43,0	43,0	40,9	43,8	39,4
CMG	707,3	702,4	669,6	700,9	667,4	619,5	625,9	618,9	612,1

Fonte: PMRP - SMS - SICAEV - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento

Quadro 17 – CMG/100.000 Habitantes segundo as Seis Principais Causas de Óbitos segundo Capítulos da CID 10, Ribeirão Preto, período 1996 a 2004.

Observamos uma redução importante nos óbitos ocorridos devido as *Causas Externas de Morbidade e Mortalidade* que, de 1996 a 2002, ocuparam o 3º lugar dentre as causas de mortalidade do município, e a partir do ano 2003, passaram a ocupar o 4º lugar. (Gráfico 18).



Fonte: PMRP - SMS - SICAEV - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento

Gráfico 18 – Coeficiente de Mortalidade por Causas Externas, Ribeirão Preto, 1996 a 2004

Em 2003, de acordo com dados da Empresa de Trânsito e Transporte Urbano de Ribeirão Preto – TRANSERP, o município contava com uma frota de 268.139 veículos registrados, dos quais, 168.411 eram automóveis e 57.392 motocicletas. O município detém um dos índices mais altos do País na relação veículo/habitante, um para cada dois moradores.

Destacamos uma redução importante dos acidentes de trânsito (Quadro 19 e Quadro 20) e dos homicídios (Quadro 22), no período de 2000 a 2004 no município, fatores que podem ter contribuído para a redução da mortalidade por Causas Externas.

A redução do número de acidentes de trânsito pode estar relacionada ao investimento nas políticas públicas do governo Federal, Estadual, Ministério Público e Municipal, com destaque no âmbito nacional para o novo Código Nacional de Trânsito.

Ribeirão Preto recebeu o Prêmio Volvo de Segurança no Trânsito, **em 2003**, pelo conjunto de ações preventivas e educacionais para o setor implementado pela administração municipal. Considerada a mais importante premiação brasileira na área de segurança no trânsito, o Prêmio Volvo foi criado em 1987 com o objetivo de reconhecer quem desenvolve ações para um trânsito mais seguro. Na categoria Cidades, o município ficou em 2º lugar ao lado de Goiânia. A classificação de Ribeirão Preto é o reconhecimento das ações preventivas, educacionais, operacionais, de engenharia e de fiscalização implementadas pela TRANSERP. Entre elas, destaca-se o TRANSERP Educando (Programa de Educação para o Trânsito), a intensificação da sinalização vertical, horizontal e a adequação da sinalização semafórica em toda cidade. Graças a estas ações, nos últimos três anos, a cidade registrou uma queda de **15% no total de acidentes de trânsito** (registrados 14.149 acidentes em 2000 contra 12.041 em 2003), **33% no número de feridos** (2.862 em 2000 contra 1.917 em 2003), **33% no número de vítimas fatais** (120 em 2000 contra 80 em 2003) e **12% no número de atropelamentos** (270 em 2000 contra 237 em 2003). Essas quedas foram avaliadas por uma pesquisa divulgada este ano.

Acidentes de trânsito	2000	2001	2002	2003
Sem vítimas	11.788	10.564	10.324	10.237
Com vítimas não pedestres	2.091	2.032	1.847	1.567
Atropelamentos	270	257	239	237
Total	14.149	12.853	12.410	12.041

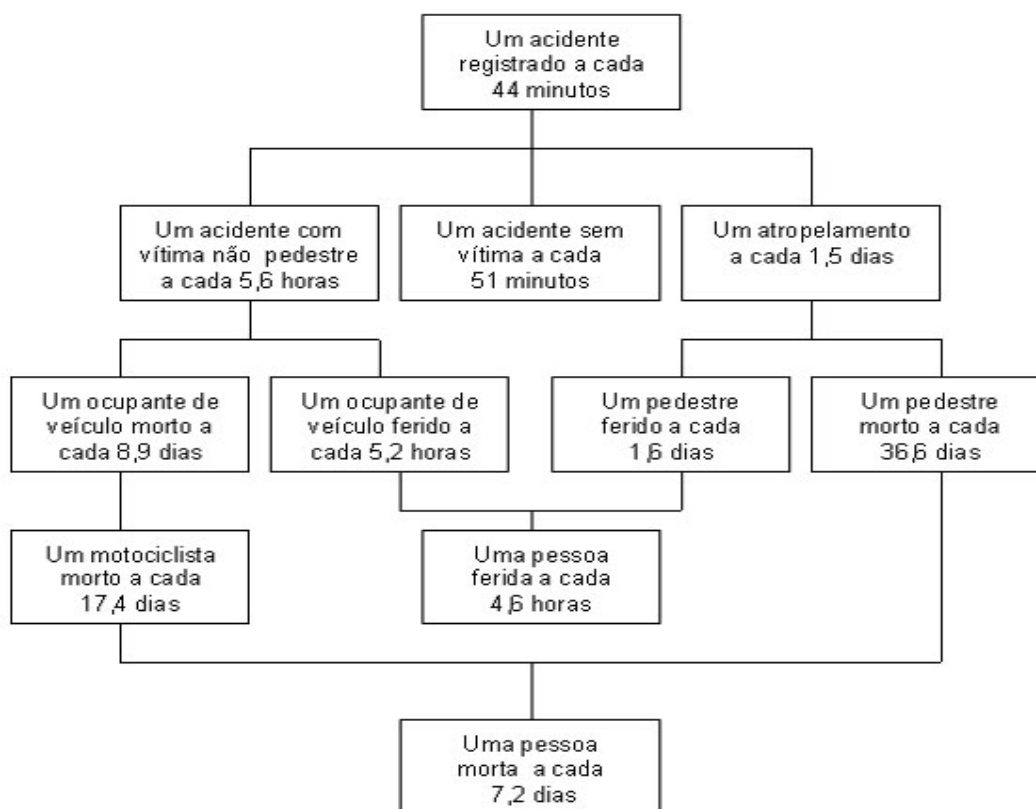
Fonte: TRANSERP

Quadro 19 – Número de acidentes de trânsito ocorridos em Ribeirão Preto, período 2000 a 2003

Faixa Etária	2000	2001	2002	2003
0 – 9 anos	5	4	7	1
10 -19 anos	18	14	9	11
20 -29 anos	35	15	26	20
30 -39 anos	16	28	17	13
40 -49 anos	19	12	21	5
50 -59 anos	4	9	13	13
60 anos e +	21	23	26	17
Ign	2	1	0	0
Total	120	106	119	80

Fonte: PMRP - SMS - SICAEV - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento

Quadro 20 – Número de vítimas fatais, por faixa etária, em acidentes de trânsito ocorridos em Ribeirão Preto, período 2000 a 2003



Fonte: TRANSERP

Gráfico 21 - Cronologia dos Acidentes de Trânsito em Ribeirão Preto Ano 2003

A violência se tornou uma questão pública de inquietação que atravessa os mais diferentes segmentos da sociedade – a classe média, as classes mais altas, os populares e os trabalhadores de modo geral.

Observamos que houve redução do número de homicídios no município e um aumento dos furtos e roubos, de 2000 a 2003, situação característica do aumento da violência percebido em grandes centros urbanos (Quadro 22).

Ano	Homicídio Doloso	Furto	Roubo	Furto e Roubo de Veículos
2000	218	8.438	3.549	1.304
2001	176	9.957	3.428	1.225
2002	140	9.552	2.786	1.378
2003	73	12.084	3.139	1.718

Fonte: - Até 2000: Dados da Res SSP 150/95, 2001: Dados da Res SSP 160/01

Quadro 22 - Ocorrências Policiais Registradas, Ribeirão Preto, período 2000 a 2003

Em relação à mortalidade infantil, o *Coefficiente de Mortalidade Infantil* – CMI estima o risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida.

As taxas de mortalidade infantil são classificadas em altas (50 por mil nascidos vivos ou mais), médias (20 a 49 por mil nascidos vivos) e baixas (menos de 20 por mil nascidos vivos), em razão de patamares alcançados em países desenvolvidos (Indicadores e Dados Básicos - IDB 1999).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera mortalidade infantil alta aquela acima de 40 óbitos de menores de 1 ano de idade por mil nascidos vivos.

Segundo informações da Unicef, a taxa de mortalidade infantil da média mundial, que se aproximava de 126 óbitos por mil nascidos vivos em 1960, passou para 57 por mil, em 2000, resultando numa redução de 57% nesse período.

Nas últimas décadas, o declínio, em todo o mundo, das taxas de mortalidade infantil reflete a cobertura e eficácia de ações de saúde específicas (terapia de reidratação oral, imunização, incentivo ao aleitamento materno, dentre outros) mais do que a melhoria das condições de vida da população. Na análise da mortalidade infantil, deve-se considerar que, embora altas taxas de mortalidade infantil possam revelar precárias condições sociais e de saúde, baixos níveis de mortalidade infantil não refletem necessariamente melhoria das condições de vida da população.

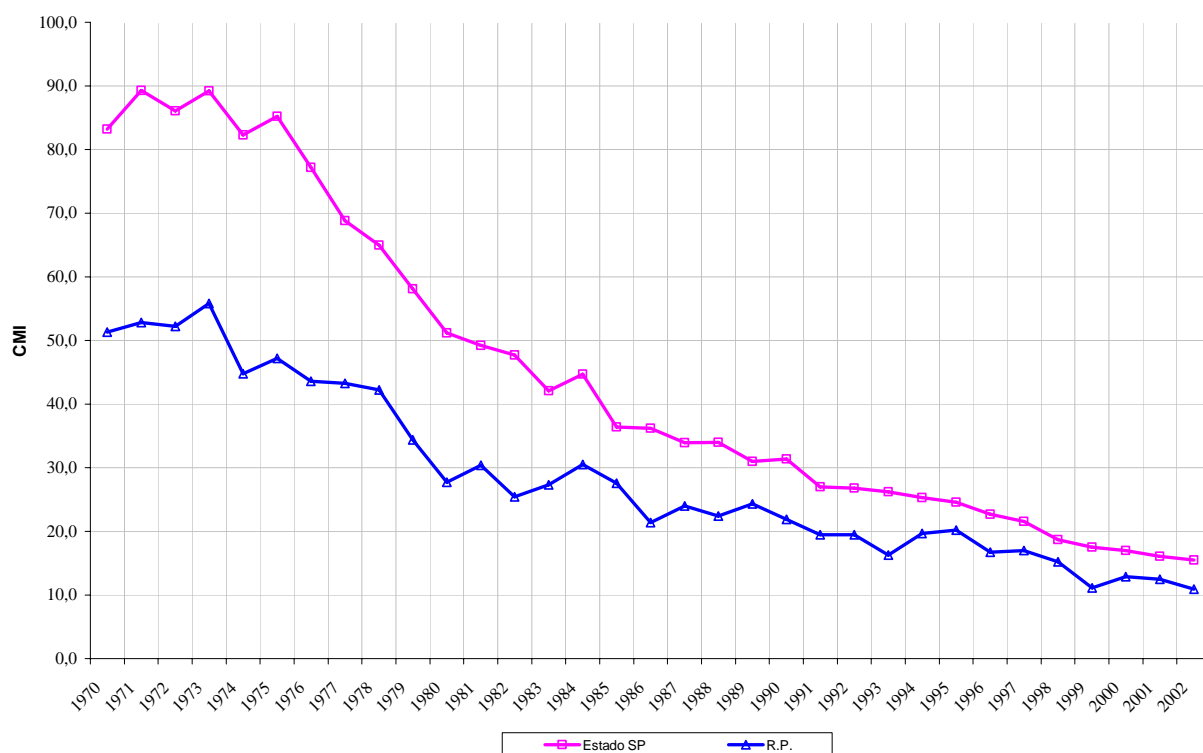
A situação da mortalidade infantil no Brasil é muito semelhante à observada na média mundial, ou seja, houve um decréscimo significativo nos últimos anos, mas com manutenção de diferenças regionais relevantes, ainda que com taxas menores. Estimativas indiretas realizadas para o país apontam que, em 1960, a taxa de mortalidade infantil estava próxima de 118 óbitos por mil, pouco abaixo da média mundial e também dos países em desenvolvimento. Em 2000, o coeficiente estimado (27 por mil) o distancia dessas áreas, mostrando que a evolução no Brasil foi mais positiva do que em outros países, embora ainda se apresente em nível distante do observado em nações mais desenvolvidas.

Com relação aos Estados, os dados mais recentes referem-se a 2002, quando o coeficiente era de 52,6 óbitos por mil, em Alagoas, acima de 40 por mil, em Maranhão e Sergipe e abaixo de 16 por mil, em São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Distrito Federal

Em São Paulo, o comportamento mostrou-se ainda mais positivo. Segundo as estatísticas vitais processadas pela Fundação Seade, a partir de informações recebidas dos cartórios do registro civil do Estado, há cerca de 30 anos o coeficiente de mortalidade infantil estava próximo de 85 óbitos por mil nascidos vivos, passando para 51 (1980), 31 (1990), 17 (2000) e chegando próximo de 14 por mil, em 2004. Essa acentuada redução da mortalidade infantil relaciona-se, em grande parte, à expansão dos serviços de saneamento básico, fazendo com que as doenças diarréicas quase desaparecessem como causa de morte, e à vacinação, que eliminou doenças como a poliomielite e o sarampo.

Em relação às regiões do Estado de São Paulo, constata-se que as taxas de mortalidade infantil diminuíram em quase todas nos últimos anos, embora os níveis ainda apresentem diferenças importantes, que se ampliam quando se consideram áreas menores, como os municípios. Em 2004, as menores taxas foram registradas nas DIR de Ribeirão Preto (11 por mil) e Araraquara (11,8 por mil) e as maiores, nas DIR de Mogi das Cruzes (17,5 por mil), Taubaté (17,8 por mil) e Santos (18,2 por mil).

O Gráfico 23 mostra a evolução do CMI do município de Ribeirão Preto comparado com o estado de São Paulo, período de 1970 até 2002. Notamos a tendência de redução deste indicador, neste período, com os valores do município, sempre inferiores aos valores registrados no estado de São Paulo.

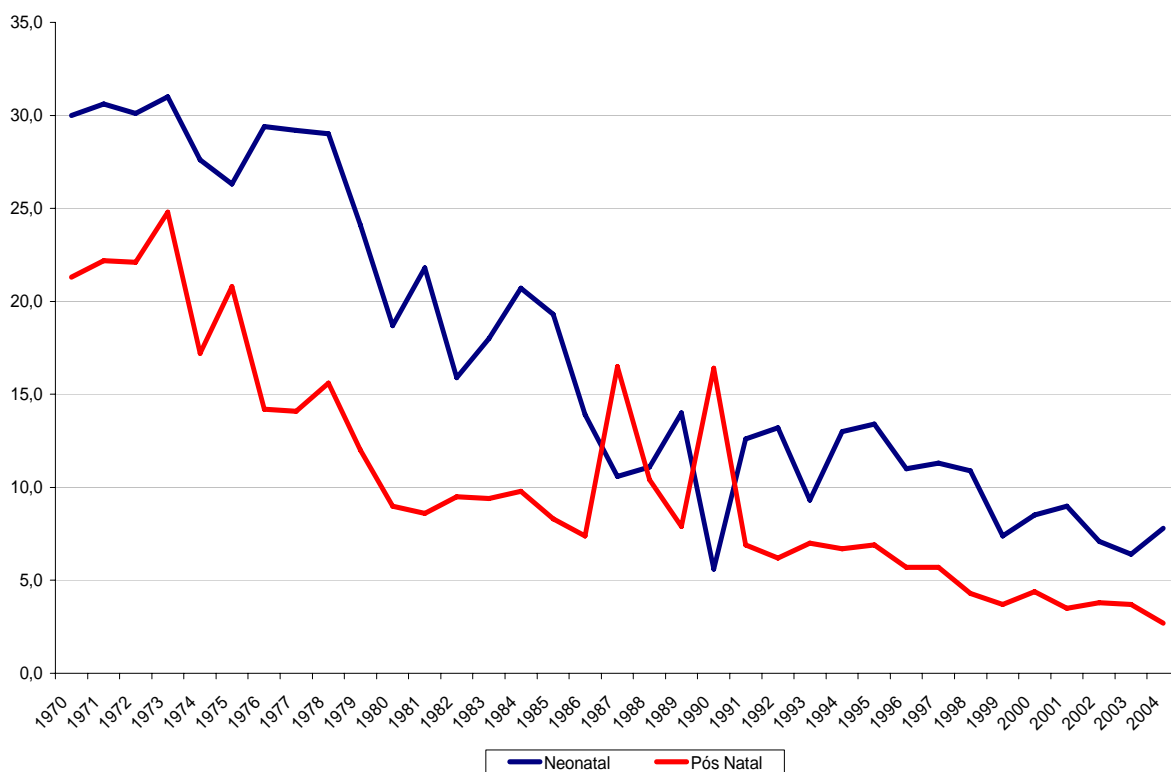


Fonte: Dados de Rib.Preto 70 a 90 -SEADE SP; 91 a 98 - Registro Civil/SICAEV; e Óbitos 99 a 2002 HOSPITAIS/SICAEV (SIM).

Dados do Est. de S.Paulo - CIS/ FUND. SEADE

Gráfico 23 – Coeficiente de Mortalidade Infantil no Estado de São Paulo e Município de Ribeirão Preto, período 1970 a 2002

O CMI é composto pelo Coeficiente de Mortalidade Neonatal (nº de óbitos de crianças de zero a 28 dias) e pelo Coeficiente de Mortalidade Pós Neonatal (nº de óbitos de 28 dias a menores de um ano). O Gráfico 24 apresenta a evolução do CMI de Ribeirão Preto, no período de 1970 a 2004, onde podemos observar que ocorreu uma redução do componente pós-neonatal do CMI, fato também observado na análise da evolução do CMI no país. Em contrapartida, esta tendência não se manteve constante em relação ao Coeficiente de Mortalidade Neonatal. Taxas elevadas de mortalidade neonatal estão geralmente relacionadas às más condições de saúde da mãe e à insatisfatória assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.



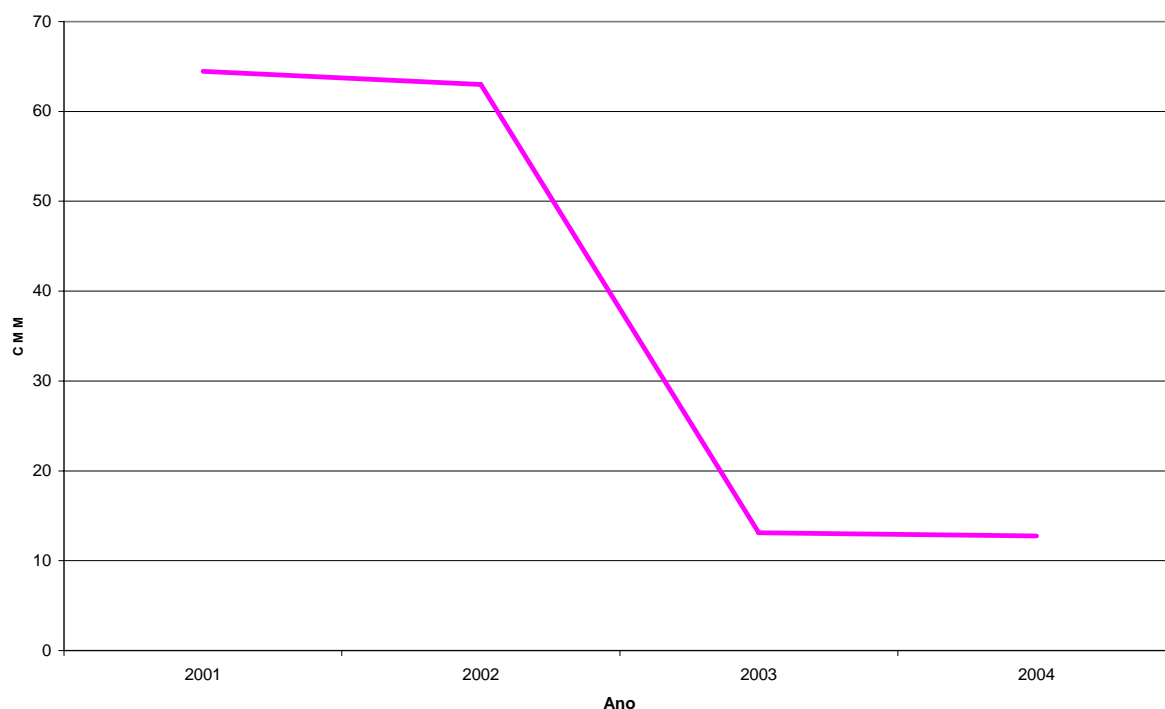
Fonte: Dados de Rib. Preto 70 a 90 - SEADE SP; 91 a 98 - Registro Civil/SICAEV; e Óbitos 99 a 2004

Gráfico 24 – Coeficiente de Mortalidade Infantil, Neonatal e Pós Neonatal - Ribeirão Preto, período 1970 a 2004

O Coeficiente de Mortalidade Materna indica a cobertura e a qualidade da assistência prestada à mulher no período da gravidez, parto e puerpério. É um indicador de condições de vida da população e de qualidade da atenção à saúde da mulher. As mortes de mulheres em idade fértil por causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, são, atualmente e em sua maioria, passíveis de prevenção e evitáveis. Em 1990, segundo a OMS, 95% dos óbitos maternos ocorreram nos países em desenvolvimento. Na América Latina, estima-se que 98% das mortes maternas seriam evitáveis se, nesses países, as mulheres tivessem condições de vida e saúde semelhantes às dos países desenvolvidos.

A ocorrência de óbito materno tem sido proposta por alguns autores como evento sentinela para indicar qualidade deficiente dos cuidados oferecidos à população. (A taxa de mortalidade materna acima de 20 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos pode ser considerada elevada.) Países desenvolvidos têm taxas de mortalidade materna de 4 a 8 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos.

O Coeficiente de Mortalidade Materna em Ribeirão Preto, em 2004 foi de 12,78, enquanto no estado de São Paulo, em 2003, foi de 30,22. O Gráfico 25 mostra a evolução deste coeficiente, no período de 2001 a 2004, no município, sendo que, no ano 2003, foi implantado no município o Comitê de Mortalidade Materna, que passou a investigar todos os óbitos de mulheres em idade fértil.



Fonte: PMRP - SMS - SICAEV - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento

Gráfico 25 – Coeficiente de Mortalidade Materna, Ribeirão Preto, período 2001 a 2004

Em Ribeirão Preto, em 2004, 63% dos nascimentos aconteceram em hospitais conveniados/contratados do SUS, sendo que 0,5% destes nascimentos aconteceram na faixa etária menor de 14 anos e 15,7% na faixa etária até 19 anos (Quadro 26), apontando assim a necessidade de atuação, através de ações educativas e específicas de atenção junto a estas faixas etárias.

Faixa Etária Materna	Hospitais SUS	Hospitais não SUS	Unidades de Saúde	Não Classificados	Total	%
< 14 anos	35	5	0	0	40	0,5
15-19 anos	1.040	141	2	4	1.187	15,2
20 - 34 anos	3.434	2.231	4	19	5.688	72,6
35 anos e +	424	487	0	4	915	11,7
Total	4.933	2.864	6	27	7.830	100

Fonte: PMRP - SMS - SICAEV - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento

Quadro 26 - Percentual de Natalidade segundo Grupo Etário Materno e Tipo de Hospital de Residentes em Ribeirão Preto, ano 2004

Quanto à taxa de cesáreas, no ano 2004, registramos um percentual de 53,3% em relação ao tipo de parto, colocando o município em situação muito aquém aos parâmetros recomendados pela OMS e pelo Ministério da Saúde. A OMS afirma que não se pode justificar do ponto de vista médico, taxas de cesáreas superiores a 15%. Outros autores a situam entre 7% e outros sugerem a taxa ideal de 14%, aceitando variações entre 10 e 18%, não devendo em hipótese alguma superar os 20%. A portaria nº 466/MS/GM, de 14 de junho de 2000, previu para o estado de São Paulo a seguinte projeção anual de limites percentuais:

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Taxa de Cesárea	35	33	31	30	29	28	27	26	25

Quadro 27 – Evolução da Taxa de Cesárea segundo Portaria 466/MS/GM/2000

Esta constatação merece atenção, implicando na necessidade de reconhecimento dos principais fatores que estão elevando a taxa de cesárea do município para que haja uma definição da política pública a ser adotada, até mesmo quanto aos hospitais não conveniados ao SUS.

O Quadro 28 mostra a distribuição dos partos no município, segundo os tipos de partos, onde verificamos que 68% dos partos ocorridos em hospitais contratados/conveniados SUS foram partos normais e 90% dos partos ocorridos em hospitais não conveniados ao SUS foram partos cesáreos.

Tipo de Hospital	Parto Normal		Parto Cesário		Total	
	N	%	N	%	N	%
Hospitais conveniados/contratados SUS	3.350	68	1.583	32	4.933	
Hospitais não conveniados SUS	271	9	2.593	91	2.864	
Unidades de Saúde do município	6	100	0	0	6	
Não Classificados	27	100	0	0	27	
Total	3.654	46,6	4.176	53,4	7.830	100,0

Fonte: PMRP - SMS - SICAEV - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento

Quadro 28 - Percentual de Natalidade segundo Tipo de Parto e Tipo de Hospital de residentes em Ribeirão Preto, ano 2004

Em 2004, 75,40% das gestantes residentes em Ribeirão Preto, realizaram 7 consultas ou mais no pré-natal (Quadro 29), cobertura superior ao Estado de São Paulo, que, em 2003, registrou uma cobertura de 66,43%. Mesmo assim, o município não conseguiu cumprir a meta estipulada para este indicador, em 2004, que foi de 80% na pactuação da atenção básica.

N.º Consultas Pré Natal	Hospitais SUS	Hospitais não SUS	Unidades de Saúde	Não Classificados	Total	%
Nenhuma consulta	73	7	0	5	85	1,09
1 a 3 consultas	310	5	2	4	321	4,10
4 a 6 consultas	1.298	63	2	10	1.373	17,54
7 consultas e +	3.157	2.741	0	6	5.904	75,40
Não informado	0	0	1	0	1	0,01
Ignorado	95	48	1	2	146	1,86
Total	4.933	2.864	6	27	7.830	100,00

Fonte: PMRP - SMS - SICAEV - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento

Quadro 29 - Percentual de Natalidade segundo Número de Consultas de Pré Natal e Tipo de Hospital de Residentes em Ribeirão Preto, ano 2004

Apresentamos, no Quadro 30, a evolução de outros indicadores da atenção básica, pactuados para o município de Ribeirão Preto, onde observamos:

- Dificuldade de cobertura do exame citopatológico em mulheres de 25 a 59 anos de idade (21% em 2004). No ano 2003, no estado de São Paulo, esta cobertura foi de 34%, apontando assim, a necessidade de aumentar a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle (diagnóstico precoce, tratamento e educação para a saúde) do câncer de colo uterino, na rede municipal de saúde. O coeficiente de mortalidade por câncer de colo foi de 6,49 por 100.000 mulheres em 2004; valor este superior ao do estado de São Paulo que foi de 4,13 por

100.000 mulheres, reforçando a necessidade de se ampliar a realização de exames preventivos periódicos, que se tem mostrado estratégia eficiente no controle da doença e das mortes por esta causa.

- A mortalidade por câncer de mama é um importante indicador de condições de vida da população e de qualidade da atenção à saúde da mulher. Entre os tipos de câncer, o de mama é um dos que tem apresentado maior ascensão. O coeficiente de mortalidade por câncer de mama, no município em 2004, foi de 17,30 por 100.000 mulheres, enquanto que no estado de São Paulo, no ano 2003, foi de 14,08 por 100.000 mulheres. Há necessidade de se aprimorar as medidas de prevenção primária desta doença nos serviços de saúde, através da realização do diagnóstico precoce do câncer de mama, seu tratamento e acompanhamento adequado.
- O coeficiente de internação por Acidente Vascular Cerebral – AVC, é um indicador que objetiva avaliar, de forma indireta, a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle (diagnóstico precoce, tratamento e educação para a saúde) da doença hipertensiva. O AVC é um importante problema de saúde pública, uma vez que, está associado a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e sobrevivência dos indivíduos, além de envolver altos custos no seu tratamento e de suas complicações. Este coeficiente no município, em 2004, foi de 14,79 por 10.000 habitantes enquanto que, em 2003, no estado de São Paulo, foi de 11,37 por 10.000 habitantes.
- A proporção de óbitos precoces (menores de 60 anos de idade) por AVC, estima o risco de morte por doenças do aparelho circulatório. Taxas elevadas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório são decorrentes da maior incidência dessas doenças na população. Por sua vez, a incidência está associada à frequência de fatores de risco, como tabagismo, hipertensão, obesidade, hipercolesterolemia, diabetes, sedentarismo e estresse. Em 2004, a proporção de óbitos, no município, por AVC em menores de 60 anos foi de 28,58 por 100.000 habitantes e no estado de São Paulo em 2003 foi de 25,31.
- Em 1997, foi realizado um estudo de prevalência de fatores de risco cardiovascular na população urbana de 30 a 69 anos de idade, no município de Ribeirão Preto, que apresentou os seguintes resultados: 7,7% de Intolerância a glicose, 11,3 % de Hipercolesterolemia, 12,1% de Diabetes, 22,1% de Obesidade, 25,3% de Tabagismo, 40,4% de Hipertensão e 54,9% de Sedentarismo.
- O município conta com bons indicadores de qualidade da água distribuída para consumo humano. Encontramos dificuldade de controle da dosagem do flúor distribuído na rede de água do município. Este valor, no ano 2004, em Ribeirão Preto foi de 31,75%, sendo que, no estado de São Paulo, em 2003, foi de 67,50%, tendo como referência o valor ser maior ou igual a 75%.
- Em relação à saúde bucal, Ribeirão Preto apresenta elevado índice CPOD (dentes cariados, perdidos ou obturados) em crianças até 12 anos, em 2004 o município atingiu 1,90, enquanto no estado de São Paulo em 2003 foi de 2,52.

Indicador	Realizado 2001	Meta 2002	Realizado 2002	Meta 2003	Realizado 2003	Meta 2004	Realizado 2004	Meta 2005
Razão entre exames citopatológicos cervico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e população nesta faixa etária	N/I	N/P	0,21	0,25	0,23	0,25	0,21	0,25
Coefficiente de mortalidade por câncer de colo	6,37	6,00	5,56	5,20	5,85	5,40	6,49	5,40
Coefficiente de mortalidade por câncer de mama	16,87	16,00	18,15	17,50	18,27	17,50	17,30	17,00
Coefficiente de internação por Acidente Vascular Cerebral	10,21	10,00	12,37	12,00	16,38	15,50	14,79	14,70
Proporção de óbitos precoces (menores de 60 anos de idade) por Acidente Vascular Cerebral	22,94	22,00	23,83	22,00	21,41	21,00	28,58	21,00
Coefficiente de mortalidade por doenças cérebro-vasculares	N/I	N/P	48,80	48,50	51,36	50,00	49,55	49,00
Coefficiente de internação por complicações de Diabetes Mellitus por residência	7,70	7,50	7,05	7,00	5,20	5,00	4,92	4,90
Proporção de óbitos precoces (menores de 60 anos de idade) por Diabetes Mellitus	22,35	20,00	16,48	16,00	18,89	18,00	28,58	18,00
Indicador bacteriológico de qualidade de água distribuída para consumo humano através de rede de distribuição	100,00	100,00	99,21	100,00	95,50	96,00	98,01	96,00
Indicador flúor de qualidade de água distribuída para consumo humano através de rede de distribuição	48,65	75,00	47,24	50,00	40,36	50,00	31,75	50,00
Indicador cloro residual livre de qualidade da água distribuída para consumo humano através de rede de distribuição	93,41	95,00	94,09	95,00	98,00	98,50	80,48	98,50
Índice CPOD (dentes cariados, perdidos ou obturados) em crianças até 12 anos	1,62	1,50	1,62	1,62	1,65	1,62	1,90	1,62
Cobertura de procedimentos coletivos de saúde bucal na população de 0 a 14 anos,	56,67	59,20	32,47	33,50	33,10	33,50	56,20	56,20
Taxa de acesso à primeira consulta odontológica	18,80	20,00	18,32	20,00	19,44	20,00	18,22	20,00

Fonte: Indicadores da Atenção Básica

Quadro 30 - Outros Indicadores da Atenção Básica do Município de Ribeirão Preto, período 2001 a 2004

Os percentuais de cobertura vacinal, no município em 2004, foram considerados bons e podem ser verificados no Quadro 31

Tipo de Vacina	N.º de doses aplicadas	% Cobertura
BCG (< 01 ano)	8186	109,25
Pólio (< 01 ano)	7211	96,24
Tetra (< 01 ano)	7304	97,48
Febre amarela (01 ano)	7504	98,48
Hepatite B (< 01 ano)	7311	97,57
Tríplice Viral (01 ano)	7343	96,36

Fonte: DVE – Secretaria Municipal da Saúde – Ribeirão Preto .

Quadro 31 - Cobertura Vacinal, Ribeirão Preto – SP, 2004

No Quadro 32 observamos que as doenças de notificação compulsória que se apresentam com maior número de casos são: Aids, Dengue, Hepatite C, Hepatite B, Tuberculose e Meningite, e em seguida a Hanseníase, Teníase e Esquistossomose.

Para as doenças como Aids, Tuberculose, Hepatites e Hanseníase existem ambulatórios especializados que realizam o tratamento e acompanhamento dos casos, assim como a investigação e orientação dos contatos domiciliares

Os casos de Esquistossomose são todos importados; são diagnosticados e tratados nas Unidades Básicas de Saúde. É feita também, a investigação de todos os comunicantes com a mesma procedência e o tratamento dos novos casos descobertos.

Os casos de Teníase são autóctones. Também são investigados todos os contatos domiciliares com o objetivo de tratar essa verminose, eliminar foco de transmissão e prevenir a Neurocisticercose.

Quanto à Meningite, são vários os agentes causadores (Vírus, Bactérias e outros); todas são investigadas laboratorialmente e realizadas as medidas de controle necessárias, pois temos risco de epidemia .

Das doenças transmitidas por vetores, a Dengue é a que apresenta atualmente maior risco de epidemia, por isso o trabalho de eliminação de criadouros do mosquito transmissor é de fundamental importância.

Várias das doenças notificadas são preveníveis por vacina: Poliomielite, Difteria, Tétano, Coqueluche, Sarampo, Caxumba, Rubéola, Febre Amarela, Hepatite B, Meningite por Hemófilo e formas graves da Tuberculose. Devido ao Programa de Vacinação que é desenvolvido na rotina, nas campanhas e bloqueios temos erradicado a Poliomielite e sob controle ou com pequeno número de casos as demais doenças.

Todos os casos suspeitos das doenças de notificação compulsória são investigados e na sua maioria são descartados, isso é muito importante para que possamos estar seguros da não ocorrência ou do pequeno número de casos confirmados de algumas delas.

DOENÇAS	Coef. 2001	Coef. 2002	Coef. 2003	Coef. 2004
Aids	51,15	26,32	43,77	45,13
Aids Criança	0,00	0,38	0,19	0,92
Cisticercose	0,78	1,15	0,19	0,37
Cólera	0,00	0,00	0,00	0,00
D. Chagas Agudo	0,00	0,00	0,00	0,00
Dengue	621,01	66,09	151,40	8,47
Difteria	0,00	0,00	0,00	0,00
Doença meningocócica	1,36	1,54	2,08	2,03
Encefalite por Arbovírus	0,00	0,00	0,00	0,00
Esquistossomose	8,36	12,87	8,34	8,47
Febre Amarela	0,00	0,00	0,00	0,00
Febre Maculosa	0,00	0,00	0,00	0,18
Febre Purpúrica	0,00	0,00	0,00	0,00
Febre Tifóide	0,19	0,00	0,00	0,00
Hanseníase	10,89	9,22	11,37	6,63
Hantavirose	0,39	0,19	0,76	0,18
Hepatite B	20,03	17,87	18,95	18,97
Hepatite C	41,82	34,77	40,93	34,81
Hepatite B e C	0,00	1,34	0,95	1,11
Leishmaniose T. Americana	1,56	3,27	1,89	1,47
Leishmaniose Visceral	0,00	0,00	0,19	0,00
Leptospirose	0,78	0,96	0,57	0,92
Malária	1,17	0,00	0,19	0,37
Meningite por Hemófilo	0,39	0,00	0,57	0,00
Outras Meningites	53,29	34,58	35,62	25,42
Paralisia Flácida Aguda	0,00	0,00	0,19	0,00
Peste	0,00	0,00	0,00	0,00
Poliomielite	0,00	0,00	0,00	0,00
Rubéola	2,33	0,00	0,38	0,37
Síndrome Rubéola Congênita	0,00	0,00	0,00	0,00
Sarampo	0,00	0,00	0,00	0,00
Sífilis Congênita	1,56	0,58	1,14	1,66
Teníase	6,03	6,34	6,44	6,63
Tétano	0,00	0,00	0,00	0,18
Tracoma	0,00	1,34	0,19	0,18
Tuberculose	40,84	34,97	34,49	32,42

Fonte: Divisão de Vigilância Epidemiológica -S.M.S - Ribeirão Preto

Quadro 32 – Coeficiente de doenças de notificação compulsória por 100.000 habitantes, casos confirmados de pacientes residentes no município de Ribeirão Preto, período de 2001 a 2004.

A morbidade hospitalar é outra fonte importante de dados para a construção de indicadores que avaliam o estado de saúde de uma população. Em 2004, ocorreram 33.107 internações hospitalares de residentes do município em hospitais SUS, sendo as principais causas de internação, de acordo com a CID 10, as seguintes: o capítulo XV gravidez, parto e puerpério (982,11/100.00 hab.); seguidas pelas doenças do aparelho circulatório (capítulo IX), cuja prevalência é alta em nosso município (869,39/100.000 hab.) e por internações decorrentes do capítulo I - doenças infecciosas e parasitárias (561,97/100.000 hab.). Destacamos neste grupo, as três primeiras causas de internação registradas: doenças por HIV (16%), outras infecções por salmonella (13,11%) e outras septicemias (10,62%). Apresentamos abaixo o Quadro 33 com as principais causas de internações hospitalares de residentes em Ribeirão Preto.

CID10 (Cap)	Coef/100.000 hab
XV. Gravidez parto e puerpério	982,11
IX. Doenças do aparelho circulatório	869,39
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	561,97
XIX. Lesões enven. e algumas outras conseq. causas externas	531,39
V. Transtornos mentais e comportamentais	507,82
II. Neoplasias (tumores)	478,71
XI. Doenças do aparelho digestivo	420,14

Fonte: Divisão de Avaliação Controle e Auditoria - DATASUS

Quadro 33 – Coeficiente de Internações Hospitalares por 100.000 habitantes, em Hospitais SUS, segundo Capítulos da CID 10 de residentes em Ribeirão Preto, ano 2004.

B - Situação da Rede Municipal de Atenção à Saúde

O município de Ribeirão Preto, como pólo de atenção à saúde, possui uma situação privilegiada no tocante a oferta de ações e serviços de saúde.

O setor saúde do município é constituído pela rede pública municipal, por serviços filantrópicos, particulares de atenção à saúde.

B.1 - Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal da Saúde

A atual estrutura organizacional da Secretaria Municipal da Saúde está definida pela Lei Complementar nº 826 de 22 de Janeiro de 1999:

I – Gabinete do Secretário

II – Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento:

1. Divisão de Vigilância Epidemiológica
2. Divisão de Controle de Vetores e Animais Peçonhentos
3. Divisão de Controle de Zoonoses
4. Divisão de Vigilância Sanitária
5. Divisão de Planejamento em Saúde

III – Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas:

1. Divisão Odontológica
2. Divisão de Enfermagem
3. Divisão Médica
4. Divisão de Farmácia e Apoio Diagnóstico
5. Divisão de Unidades de Saúde

- IV – Departamento de Informática, Estatística, Controle e Auditoria:
 - 1. Divisão de Avaliação, Controle e Auditoria
 - 2. Divisão de Informática e Estatística Vital
- V – Departamento Administrativo e Financeiro:
 - 1. Divisão de Gerenciamento de Pessoal
 - 2. Divisão de Finanças e de Custo Operacional
 - 3. Divisão de Gerenciamento Administrativo e Apoio
 - 3.1. Seção de Sub-Almoxarifado
 - 3.2. Seção de Transportes
 - 3.3. Seção de Manutenção

B.2 - Recursos Humanos

Quanto aos recursos humanos, a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, conta com um quadro de profissionais capacitados e devidamente habilitados para o exercício das funções em saúde.

Em termos quantitativos, desconsiderada a necessidade, o Quadro de Pessoal tem sofrido alterações no decorrer do tempo decorrentes de vacância, cuja origem é diversa.

A oscilação no quadro de pessoal poderia ser apontada como prejudicial ao atendimento dos serviços em saúde, porém, temos que avaliar onde se deu esta variação negativa, e quais cargos tiveram decréscimo quantitativo, o que poderia influenciar o atendimento da população.

No quadro a seguir, expomos o comportamento de alguns cargos do quadro de pessoal, no período de 1996 – 2005, ou seja, a evolução de recursos humanos no período de 10 anos.

Distribuição (Total) de Recursos Humanos	Ano									
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Analistas de Sistema	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Assistentes Sociais	18	18	18	19	19	21	20	21	20	18
Auxiliares de enfermagem	453	472	462	446	440	428	426	417	539	567
Auxiliares de Farmácia	8	10	18	16	16	16	16	16	15	51
Atend. Consult. Dentário	82	86	86	86	86	86	92	94	97	102
Dentistas	206	218	219	215	214	214	228	225	216	226
Enfermeiros	169	179	191	188	186	183	181	179	180	215
Engenheiros	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Farmacêuticos	16	16	21	21	21	21	21	21	18	29
Fisioterapeutas	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Fonoaudiólogos	15	15	14	14	14	14	14	14	13	14
Médicos	579	583	565	563	538	522	563	548	515	541
Nutricionista	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
Ofic./Agentes Administrativos	257	266	258	243	233	224	222	218	197	202
Psicólogos	26	26	33	31	28	26	25	24	21	22
Técnicos de Enfermagem	63	63	62	61	60	58	57	56	56	55
Terapeutas Ocupacionais	9	9	9	8	8	7	4	4	4	4
Veterinários	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4

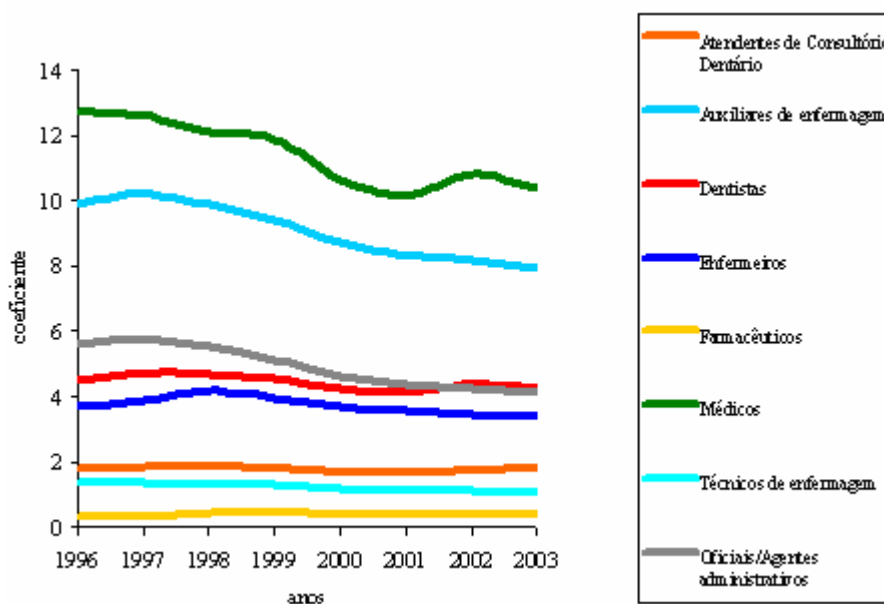
Fonte: Divisão de Gerenciamento de Pessoal - SMS.

Quadro 34 – Distribuição das principais categorias profissionais da Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto, excetuando-se os contratos temporários, no período 1996 a 2005.

Percebe-se a involução relacionada à quantidade em relação a alguns cargos, enquanto que em outros, temos um pequeno crescimento. Este comportamento se deve à política municipal no período, que adotou a aquisição de serviços por meio de contratos e convênios. Tal medida se deveu inclusive por imposição legal, visto que, a folha de pagamento de pessoal comprometia o orçamento em níveis superiores ao preconizado na Lei Camata, então em vigor, que estabelecia um limite máximo de 60% da receita líquida para as despesas com pessoal.

Em decorrência da proposta de intensificar o trabalho junto à comunidade por meio das estratégias do PACS e PSF, houve um crescimento no ano de 2005 da categoria de: enfermeiros, auxiliares de enfermagem, de farmácia, atendente de consultório dentário, farmacêuticos, dentistas e médicos, como forma de reposição da mão de obra operante no SUS, porém ainda insuficiente para cobrir as lacunas geradas pelo aumento dos serviços e da oferta.

As categorias de suporte à assistência, como oficiais/agentes administrativos apresentam queda acentuada, demonstrando que não há reposição para as “baixas” (demissões, aposentadorias, licenças prolongadas, entre outras). Isso provoca desvios de função de outras categorias para suprir as necessidades desta ausência, sobretudo da categoria de auxiliares de enfermagem, que constantemente substitui auxiliares administrativos e auxiliares de farmácia.



Fontes: Divisão de Gerenciamento de Pessoal-SMS, IBGE e Datasus (estimativas populacionais para os anos intercensitários)

Gráfico 35 - Evolução do Coeficiente (/10.000 hab.) de algumas Categorias Profissionais da Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto, no período de 1996 a 2003.

A evolução do Quadro de Pessoal nos últimos cinco anos, demonstra a preocupação do gestor de saúde em repor profissionais, principalmente aqueles ligados diretamente ao atendimento de saúde, havendo ainda a incidência de desvios de função nas áreas administrativas e de apoio operacional.

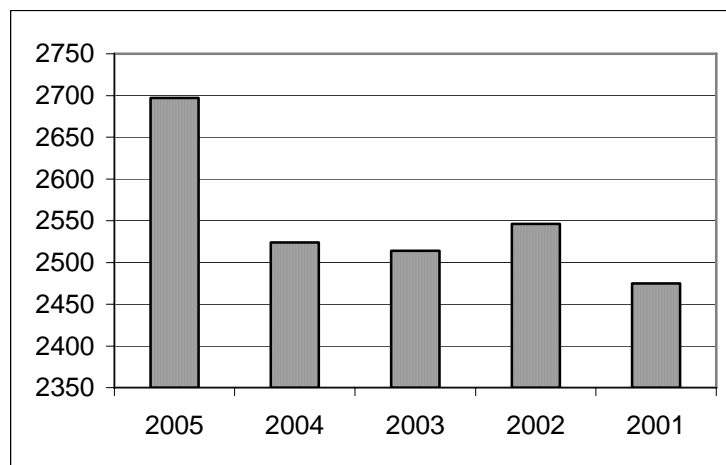


Gráfico 36 - Evolução do Quadro de Servidores da Secretaria Municipal da Saúde

B.3 - Estrutura da Rede de Atenção

A rede municipal de saúde está estruturada com: cinco Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDSs), 30 (trinta) Unidades Básicas de Saúde (UBSs), 18 (dezoito) equipes de Saúde da Família, 01 (um) Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-59), 01 (um) Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas (PAM II), 02 (dois) Centros de Referência de Moléstias Infecto Contagiosas, 01 (um) Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente (NADEF), 01 (um) Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Droga (CAPS-ad), 03 (três) Ambulatórios de Saúde Mental.

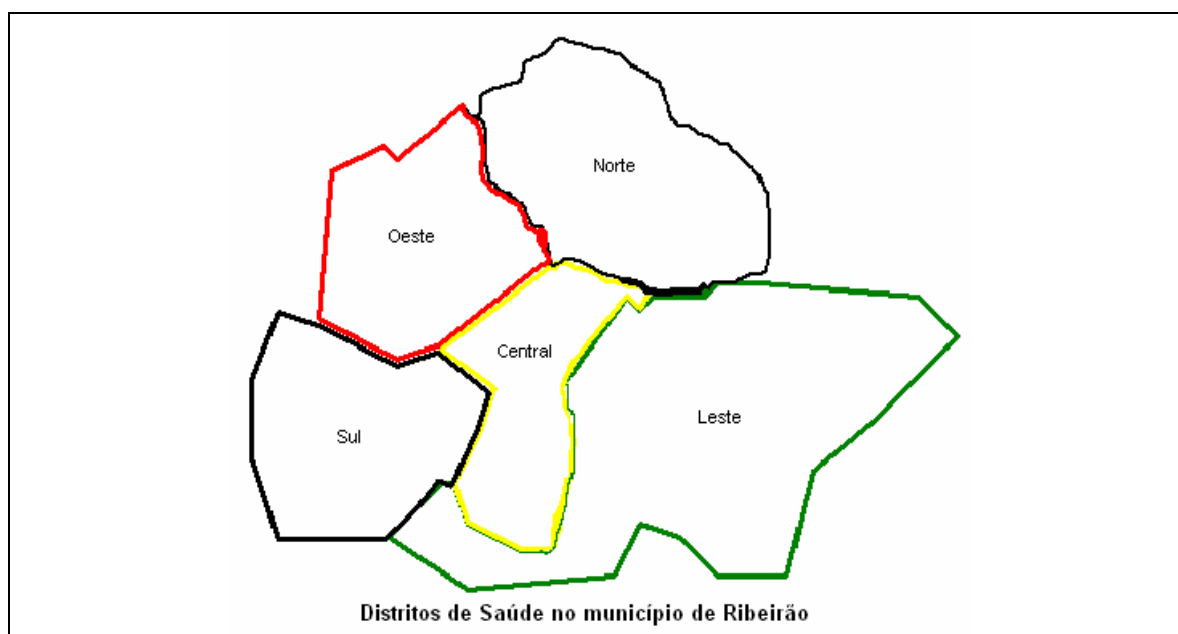


Gráfico 37 - Distritos de Saúde no Município de Ribeirão Preto

Mostramos, no Quadro 38, as unidades que compõem a estrutura atual da rede municipal de saúde de Ribeirão Preto:

Distrito Central	UBDS "Dr. João Baptista Quartim" (Central) UBS "Nelson Barrionovo" (Campos Elíseos) PAM II "Drª Terezinha Gradim" CSE "Profª Drª Maria Herbênia Oliveira Duarte" (Vila Tibério) UBS "Wilma Delphina de Oliveira Garotti" (Vila Tibério) UBS "Prof. Dr. Jacob Renato Woiski" (João Rossi)
Distrito Norte	UBDS "Dr Sérgio Arouca" (Quintino Facci II) UBS "Alexander Fleming" (Simioni) UBS "Zeferino Vaz" (Quintino Facci I) UBS "Mário Ribeiro de Araújo" (Valentina Figueiredo) UBS "Albert Sabin" (Marincek) UBS "Oswaldo Cruz" (Vila Mariana) UBS "Dr. Rômulo Ribeiro da Costa" (Jardim Aeroporto) USF Heitor Rigon USF "Herbert de Souza – Betinho" (Ribeirão Verde)
Distrito Sul	UBDS "Dr Marco Antônio Sahão" (Vila Virginia) UBS "Dr. Luiz Phelipe Tinoco Cabral" (Adão do C. Leonel) UBS "Waldemar Barnsley Pessoa" (Pq. Rib.Preto) UBS "Dr. José Carlos Say" (Jardim Maria das Graças)
Distrito Oeste	UBDS "Dr. Joel Domingos Machado" (Sumarezinho) UBS "Dr. Sérgio Botelho da Costa Moraes" (Presidente Dutra) UBS "Álvaro Panazzolo" (Vila Albertina) UBS "Adalberto Teixeira Andrade" (Vila Recreio) UBS "Rubens Lisandro Nicoletti Filho" (José Sampaio) UBS "Aymar Batista Prado" (Dom Mielle) UBS "Ernesto Che Guevara" (Maria Casagrande) UBS - Ipiranga CSE - Ipiranga CMSC - Vila Lobato
Distrito Leste	UBDS "Dr Ítalo Baruffi" (Castelo Branco) UBS "José Paulo Pimenta de Mello" (Jardim Zara) UBS "Carlos Chagas" (Vila Abranches) UBS "Dr. Rubens Issa Halak" (Jardim Juliana) UBS "José Ribeiro Ferreira" (São José) UBS "Hélio Lourenço de Oliveira" (Santa Cruz) UBS "Mamoro Kobayashi" (Bonfim Paulista)
Saúde Mental	CAPS I "Dr. Cláudio Roberto Carvalho Rodrigues" CAPS-ad Ambulatório Regional de Saúde Mental Ambulatório de Saúde Mental Distrito Central Núcleo de Saúde Mental Distrito Oeste
Ambulatório Regional de Especialidades	NGA-59 (Núcleo de Gestão Assistencial) Ambulatório de Especialidades Pediátricas - PAM-II Centro de Referência de Moléstias Infecto Contagiosas/Dr. José R. Campi Centro de Referência de Moléstias Infecto Contagiosas - Simioni NADEF – Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente Centro de Referência em Saúde do Trabalhador/Prof Dr Roberto S. Meirelles

Quadro 38 – Estrutura da Rede Municipal de Atenção à Saúde – Ribeirão Preto - 2005

B.3.1 - Setor Ambulatorial

A. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (Campus e U.E.)
Oferece atenção à saúde no SUS em todas as especialidades médicas, incluindo atendimento de urgência/emergência. O HCFMRP-USP conta com um Hospital

Dia (Emboaba) para atendimento psiquiátrico, psico-pedagógico e de psicologia clínica. Constitui-se referência estadual e, em algumas áreas, nacional.

B. Ambulatórios dos Hospitais Conveniados/Contratados

Oferecem atendimento em Urgência/Emergência, especialidades básicas e atendimento ambulatorial em especialidades como Ortopedia, Traumatologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cardiologia, dentre outros. Contam ainda, com serviços de apoio diagnóstico e terapêutico como Radiologia, Eletrocardiografia, Eletroencefalografia, Ultra-sonografia, Tomografia Computadorizada, Hemodinâmica, Ressonância Magnética, Fisioterapia e Quimioterapia.

C. Outros Ambulatórios das Instituições de Ensino Conveniados ao SUS

1. Ambulatório da Faculdade de Odontologia da USP;
2. Ambulatório da Faculdade de Odontologia da UNAERP;
3. Ambulatório de Fisioterapia da UNAERP;
4. Ambulatório da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras USP (Centro de Psicologia Aplicada)
5. Ambulatório do Centro Universitário Barão de Mauá
6. Ambulatório da Associação de Ensino de Ribeirão Preto UNAERP

B.3.2 - Setor Hospitalar

O setor hospitalar conta com 14 unidades nomeadas abaixo:

A. Hospitais Conveniados ao SUS:

- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina - Campus da USP
- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina - Unidade de Emergência
- Hospital Psiquiátrico Santa Tereza
- MATER - Fundação Maternidade Sinhá Junqueira
- Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência – Hospital Imaculada Conceição
- Sociedade Beneficente e Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto
- CECEB - UNAERP
- Hospital Santa Lydia
- Hospital São Francisco Sociedade Ltda.

B. Hospitais não conveniados ao SUS

- Memorial Hospital Sociedade Civil Ltda. - Hospital São Paulo
- Hospital São Lucas
- Hospital Ribeirânia Ltda.
- Hospital Maternidade Sinhá Junqueira
- Hospital Especializado

No Quadro 39, observamos que 70,96% dos leitos hospitalares existentes no município de Ribeirão Preto estão disponibilizados para o SUS.

Hospital	Total de Leitos	Leitos SUS	Leitos não SUS
Hospital das Clínicas da FMRP – Campus	586	563	23
Hospital das Clínicas da FMRP – UE	158	158	0
Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto - Santa Tereza	295	295	0
MATER - Fundação Maternidade Sinhá Junqueira	39	39	0
Soc. Portuguesa Beneficência - Hosp. Imaculada Conceição	130	97	33
Sociedade Beneficente Santa Casa da Misericórdia	212	149	63
CECEB – UNAERP	20	20	0
Instituto Santa Lydia	95	9	86
Hospital São Francisco Sociedade Ltda	117	09	108
Memorial Hospital Sociedade Civil Ltda. - Hospital São Paulo	41	0	41
Fundação Maternidade Sinhá Junqueira	63	0	63
Hospital São Lucas	80	0	80
Hospital Ribeirânia Ltda	38	0	38
Hospital Especializado	13	0	13
Total	1.887	1.339	548

Fonte: CNES, informações do HC (GAD), informações por telefone do Hosp Ribeirânia e do Hosp Especializado

Quadro 39 - Leitos Hospitalares Existentes no Município de Ribeirão Preto - ano 2005

B.3.3 - Setor de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

A. Laboratórios Clínicos Conveniados ao SUS

- Instituto Adolfo Lutz;
- Laboratório do HCFMRP-USP;
- Laboratório da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP;
- Laboratório da Instituição de Ensino Barão de Mauá;
- UNAERP – Associação de Ensino de Ribeirão Preto
- Laboratórios Micro Análise Clínicas Dr. Mello Ltda.
- Laboratório São Paulo de Análise Clínicas Ltda.
- Laboratórios Mac. Micro e Análises Clínicas - Laboratório João Sabbag S/C Ltda.
- Laboratório de Patologia Cirúrgica e Citopatologia Ltda.

B. Outros Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Próprios ou Conveniados ao SUS

- Serviço de Radiologia e Mamografia do NGA-59;
- Serviço de Radiologia do CSE - Sumarezinho;
- Serviço de Radiologia da UBDS Central;
- Serviços de Radiologia Conveniados e Contratados;
- Ultrassonografia das UBDS Norte, Vila Virgínia, Central, Sumarezinho e NGA-59;
- Eletrocardiografia das UBDS Norte, Vila Virgínia, Sumarezinho, Central e NGA-59;
- Eletroencefalografia do NGA-59 e UBDS Central;
- Endoscopia digestiva no NGA-59.
- Outros Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Contratados/Conveniados;

B.4 – Patrimônio

As Unidades de Saúde que compõem a rede de assistência municipal necessitam de intervenções imediatas, com proporções diferenciadas entre si, uma

vez que, aproximadamente 54% destas unidades estão com mais de 10 anos de utilização, sem intervenções significativas.

Nestas Unidades, em grande parte, será preciso buscar adequações arquitetônicas que visem atender as normas da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que regulamentam a estrutura dos estabelecimentos assistenciais de saúde, tais como a RDC/50 (Regulamento Técnico para o planejamento físico de estabelecimentos assistenciais de saúde públicos ou privados) e o Manual da Atenção Básica para a estratégia Saúde da Família.

As propostas de reformas e ampliações de Unidades de Saúde visam a correção das defasagens arquitetônicas, melhorando a estrutura física e funcional do prédio, de modo a favorecer as práticas de saúde, revertendo ao final, em benefício de toda a equipe de saúde na produção de seu trabalho e promovendo um atendimento mais humanizado e de qualidade ao usuário SUS.

Estas intervenções devem acontecer obedecendo a escalas técnicas de prioridades corretivas que uma vez atendidas, passam a integrar uma outra escala técnica, a de prioridades preventivas. Juntas estas escalas passam a integrar um quadro geral de manutenção da rede municipal de saúde, dentro de efetiva disponibilidade orçamentária.

A avaliação da rede assistencial ainda indica a necessidade de investimento em equipamentos para as unidades de saúde, pois, a adequação tecnológica também favorece a qualidade da atenção à saúde prestada à população.

C - Situação das Ações em Vigilância em Saúde

A situação em que se encontram os serviços de saúde, na atualidade, é complexa, e vêm exigindo que seja repensado e redefinido os seus papéis. Nesta perspectiva é preciso desencadear transformações no modo de organização dos sistemas de serviços de saúde, transitando de um modelo centrado na produção, na atenção médica curativa, para outro centrado na atenção integral do indivíduo e da coletividade. Entre as alternativas apontadas, configuram-se como possibilidade de reordenamento do sistema de saúde, os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PSF).

Reconhece-se portanto, que estas equipes devem incorporar gradualmente no cotidiano do seu processo de trabalho as ações de Vigilância em Saúde. Para tal, faz-se necessário traçar estratégias que possibilitem avançar em direção a uma nova lógica de trabalho em saúde, que ultrapasse o cuidado individual, exigindo também uma atitude de envolvimento, interesse e compromisso com o trabalho e comunidade.

Esta proposta tem como principal objetivo, avançar no processo de descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Controle de Vetores e Controle Zoonoses para as Unidades de Saúde e Equipes de Saúde da Família. Deste modo pretende-se:

- Estruturar física/técnica/operacionalmente as coordenações do nível Central e Distrital da Vigilância em Saúde;
- Desenvolver e Implementar ações de Vigilância em Saúde nas áreas de Risco Ambiental;
- Implantar gradativamente a Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis para todas as distritais;
- Capacitar recursos humanos para viabilização das propostas.

IV.2 – Modelo de Gestão da Saúde

A - Considerações sobre a Organização Atual do Sistema de Atenção no município de Ribeirão Preto - SP

A reflexão sobre o modelo de assistência vigente no município aponta uma produção insatisfatória de consultas básicas, em detrimento de um número elevado de consultas especializadas e de urgência (pronto atendimento).

A análise da produção de consultas médicas na rede própria, em ambulatorios conveniados/contratados e no HCFMRP-USP, conformou, em 2004, um quadro assistencial com uma produção insuficiente de consultas básicas (36,56%), aliada a uma produção excessiva de consultas especializadas (34,15%) e de pronto atendimento (30,29%), se comparada aos parâmetros de cobertura assistenciais recomendados pelo Ministério da Saúde - Portaria 1101/02-GM.

Vale lembrar que estes dados referem-se à produção de serviços próprios e/ou conveniados ao SUS embasando, apenas, a discussão de produção e não a de oferta para o atendimento das necessidades dos usuários do sistema público de atenção à saúde.

A intervenção proposta para este cenário prevê a reorientação do modelo de atenção, organizando-o a partir da atenção básica à saúde, compreendida como centro ordenador do sistema.

Consultas Médicas	Parâmetro (%) Port. 1101/02	Produção 2004	Análise (%)
Básica	63	586.528	35,56
Especializada	22	563.182	34,15
Básica de Urgência, Urgência Pré-Hospitalar e Trauma	15	499.508	30,29
Total	100	1.649.218	100

Quadro 40 - Produção de consultas médicas na rede pública de saúde, comparadas aos parâmetros de cobertura, segundo a Portaria GM 1101/02, Ribeirão Preto-SP, 2004

Os quadros abaixo (41, 42 e 43) mostram os recursos humanos médicos disponíveis na rede de atenção, a necessidade de consultas médicas, os dados de produção e de cobertura assistenciais, considerando o ano de 2004 e os níveis básico e secundário de atenção à saúde.

A avaliação sucinta destes quadros reforça a necessidade de investimento na rede própria de atenção básica permitindo, inicialmente, um aumento de cobertura das ações de atenção básica que, em 2004, girou em torno de 58%. Outro fato interessante identificado foi que uma redistribuição de algumas especialidades médicas e uma revisão do modo de produção das ações de saúde, dentro da rede básica poderiam causar impacto na produção do cuidado visto que, em números absolutos e percentuais, as especialidades de pediatria e ginecologia teriam capacidade de ofertar uma cobertura satisfatória, o que não ocorreu. No tocante, atenção secundária temos um quadro paradoxal na medida em que o número total de consultas especializadas (próprias, conveniadas e contratadas) teoricamente cobriria a necessidade, quando tomamos como referência a Portaria

1101/02. Infelizmente, o que observamos é a existência de demanda reprimida em várias especialidades.

A.1. Atenção Básica

Especialidade Básica	Necessidade de consulta anual	Produção 2004	% Cobertura
Clínica	561.914	272.718	48,53
Pediatria	252.459	182.988	72,48
GO	206.849	130.822	63,24
Total	1.021.217	586.528	57,43

Quadro 41 - Necessidade de consultas médicas por especialidade básica, produção e cobertura assistencial na rede própria, Ribeirão Preto-SP, 2004

Especialidade Básica	Necessidade de Consulta	Necessidade de RH	RH Atuais	Capacidade de Produção do RH	Capacidade Cobertura %
Clínica	561.914	177	118	373.824	66,5
Pediatria	252.459	80	101	319.968	125
GO	206.849	65	74	234.432	113
Total	1.021.217	322	293	928.224	91

* Consideramos: 12 consultas em 264 dias do ano = 3.168 consultas/ano/profissional

Quadro 42 – Necessidade de consultas básicas e de recursos humanos, recursos humanos atuais e capacidade de cobertura da rede própria de atenção básica, Ribeirão Preto – SP, 2004

A.2. Atenção Secundária

Necessidade Consultas Ano	Parâmetro	Produção Própria	Produção HCFMRP-USP	Produção Conveniada	Total Produção	Capac. Cobertura %
Consultas Especializadas	363.208	197.427	278.852	86.903	563.182	155

Quadro 43 – Necessidade de consultas especializadas, produção na rede pública de saúde e capacidade de cobertura, Ribeirão Preto – SP, 2004.

A.3. Internação Hospitalar

Estudo realizado em Ribeirão Preto-SP, tendo como fonte dados de prestadores hospitalares conveniados ao SUS, por meio da Secretaria Municipal da Saúde, concluiu que *“a produção de internações hospitalares representa importante parcela da atenção à saúde, no município, tanto pela complexidade de ações quanto pelo volume financeiro empregado.*

Entre 1996 e 2003, foram processadas e remuneradas 160.612 internações, em cinco hospitais estudados. Nesse período houve um aumento geral de 55,96 % nas internações pagas. No que se refere aos valores financeiros empregados para a remuneração das internações hospitalares houve crescimento de 156,3%.

Quanto aos aspectos da produção física, os resultados obtidos no estudo diferenciam-se daqueles encontrados seja para o estado de São Paulo como

para o Brasil, uma vez que em Ribeirão Preto, o incremento de internações foi superior.

Quanto aos recursos financeiros consumidos, à semelhança do estado de São Paulo e do Brasil, Ribeirão Preto apresentou crescimento, embora o percentual de incremento tenha sido expressivamente maior.

Em relação a esses resultados é interessante destacar que o sistema, ao longo desses anos, incorporou alguns reajustes, porém, estes não podem ser considerados suficientemente capazes de recompor os valores percebidos pelo município para internação hospitalar, e explicar o expressivo incremento financeiro.

As hipóteses levantadas para explicar esse crescimento dizem respeito a determinados mecanismos adotados pelos prestadores, entre eles: incorporação de tecnologias levando à especialização em procedimentos de alto custo; seleção de procedimentos com melhor remuneração; inclusão de procedimentos secundários que agregam valor ao procedimento principal da AIH.

Consideramos como possíveis explicações para o incremento no número de internações no período, o aumento do fluxo de usuários que anteriormente tinham acesso ao sistema de saúde suplementar; a reorganização da oferta de serviços de internação do hospital público estadual que fica no município; e ainda, um controle pouco efetivo da produção de internações pela Secretaria Municipal de Saúde.”

A reflexão sobre as informações resultantes do referido estudo, aponta para a emergente necessidade de reorganização do sistema de atenção, reforçando a magnitude da implantação do Complexo Regulador do Sistema de Atenção e Vigilância a Saúde pretendida pelo atual gestor, no sentido de corrigir as iniquidades presentes no atual sistema, com vistas ao atendimento integral e humanizado do paciente do SUS.

IV.3 – Recursos Estratégicos

Considerando que a hegemonia do modelo de atenção à saúde tem pautado a organização dos sistemas de saúde, a análise crítica da produção de serviços ou ações demonstra claramente o fortalecimento da atenção especializada em detrimento da atenção básica. Esse fenômeno, também, tem afetado as ações de vigilância em saúde, avaliação, controle, auditoria e regulação da oferta de serviço, o que produz distorções graves e que precisam ser corrigidas.

Assim sendo, apresentamos as propostas do plano de ação para a implementação das premissas do Sistema Único de Saúde, no município de Ribeirão Preto:

A. Reestruturação da Atenção à Saúde

- Investimento nas Unidades Básicas de Saúde - UBS, Unidades Básicas e Distritais de Saúde - UBDS e ampliação da estratégia da Saúde da Família, garantindo cobertura populacional de, no mínimo, 50%.
- Garantia de equipes mínimas para as Unidades de Saúde e para a estratégia Saúde da Família, por meio de remanejamento de profissionais da Sede da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), comissionados em outras Secretarias e/ou Instituições e dos serviços próprios da atenção especializada (PAM e NGA).
- Garantia de atendimento nas áreas Distritais de especialidades que possuam baixa densidade tecnológica e maior prevalência de agravos, conforme parâmetros estabelecidos na Portaria nº 1101/02, por meio de remanejamento

de profissionais da sede da SMS, comissionados em outras Secretarias e/ou Instituições e dos serviços próprios da atenção especializada (PAM e NGA).

- Garantir a cobertura da atenção básica, de urgência e especializada, avaliando a possibilidade de remanejamento de profissionais, para hospitais públicos, filantrópicos ou conveniados, cujas especialidades requeiram alta densidade tecnológica e menor prevalência de agravos, por meio da regulação de acesso dos pacientes pelo Complexo Regulador.
- Garantir as ações para a capacitação permanente dos profissionais em serviço em articulação com as políticas desenvolvidas pelo Pólo Nordeste Paulista de Educação Permanente.

B. Vigilância em Saúde

- Descentralizar parte das ações de Vigilância Epidemiológica para os Distritos de Saúde, Unidades Básicas e Programa de Saúde da Família.
- Deslocar parte das ações de Vigilância Sanitária para as Unidades Distritais de Saúde.

C. Avaliação, Regulação, Controle e Auditoria da Oferta de Serviços

- Implantação de Sistema Integrado de Informação em Saúde, por meio do aprimoramento do processo de informatização da rede de atenção, em conformidade com as políticas públicas de saúde.
- Garantia do acesso da população à rede de atenção, por meio da implantação de um Complexo Regulador na Secretaria Municipal da Saúde, que centralizará toda a oferta de serviços (próprios, conveniados e do HC-RP), inclusive de Urgência e Emergência.
- Instalação de uma Ouvidoria, com a finalidade de se estabelecer um canal ágil de comunicação entre os usuários da rede de atenção à saúde e a Secretaria Municipal da Saúde, conforme a estratégia de humanização estabelecida pelo SUS.

D. Infra-estrutura: Área Física, Tecnológica e de Serviços

- Adequação arquitetônica das Unidades próprias, considerando as necessidades assistenciais e os padrões sanitários, com prioridade para as Unidades Distritais e àquelas que abrigarão as Equipes do Programa de Saúde da Família, conforme cronograma aprovado em Conselho Municipal de Saúde.
- Adequação tecnológica das UBDS com a instalação de equipamentos de raio-X nas Unidades Distritais de Saúde.
- Implantação de coleta itinerante nas UBDS para exames de patologia clínica, de urgência, dos atendimentos médicos realizados nos Prontos Atendimentos (PA).
- Estabelecimento de controle mecânico, e posteriormente eletrônico, de frequência para todos os servidores da rede de atenção à saúde, inclusive a Sede.
- Garantia de segurança 24 horas nas Unidades Distritais de Saúde por meio de instalação de câmeras na recepção e nos corredores de uso comum de todas as Distritais e contratação de Vigilância, em período integral.

IV.4 - Financiamento

O Fundo Municipal de Saúde - FMS, instituído pela Lei Municipal nº 5.971/1991, em consonância com a Política Nacional de Saúde, é gerido pelo Secretário Municipal da Saúde em conjunto com o Secretário Municipal da Fazenda.

A Secretaria Municipal da Saúde dispõe de um setor específico, a Divisão de Finanças e Custo Operacional, para acompanhar os recursos vinculados e a despesa em saúde realizada por meio do monitoramento das contas bancárias vinculadas ao FMS, e o acompanhamento dos recursos próprios consignados no orçamento municipal.

O município destina recursos orçamentários superiores aos preconizados pela Emenda Constitucional nº 29/2000, conforme demonstrado no quadro a seguir, denotando uma preocupação dos Gestores Públicos com a destinação de recursos para a área de saúde, visto que, há muito tempo se aplica percentual consignado no orçamento superior ao balizado pela referida regra constitucional. A EC 29 estabeleceu, a partir do exercício fiscal de 2004, que este índice de aplicação seria igual ou superior a 15% das receitas próprias, em todos os municípios brasileiros, independentemente do seu tamanho, como forma de garantir a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde com a contrapartida dos municípios, que assim ficariam menos dependentes dos recursos financeiros da União. Em 2004, aplicou-se 24%, considerando a despesa liquidada. Todavia, naquele ano, ficaram 13 milhões de restos a pagar, saldados no ano de 2005.

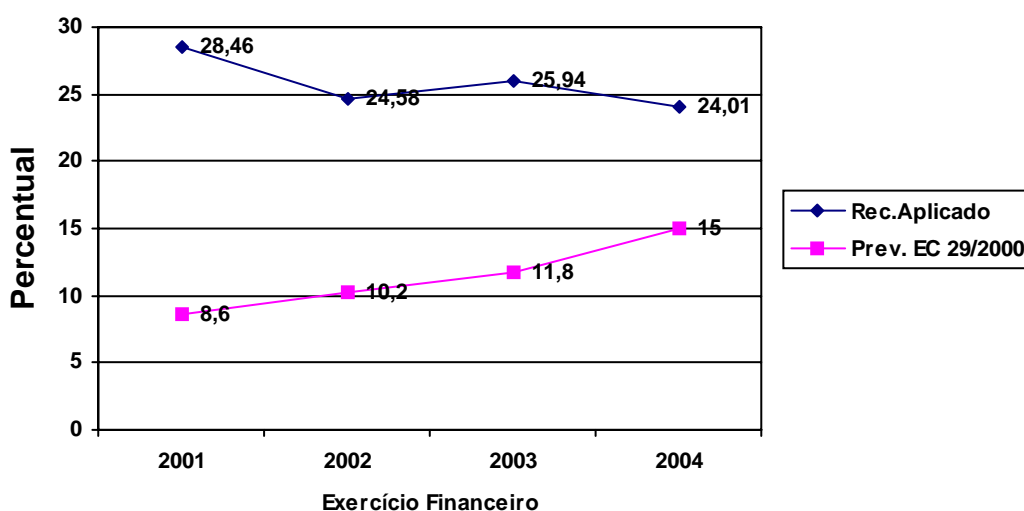


Gráfico 44 - Comparativo das Aplicações em Saúde. Ribeirão Preto x Previsão Constitucional

Como demonstrado, a Administração Pública Municipal de Ribeirão Preto, tem aplicado significativos recursos financeiros na área da saúde pública, inclusive acima do preconizado. No entanto, tais esforços não garantem por si só a eficiência do sistema de saúde no município.

Por motivos diversos, a despesa com saúde pública, no município, tem aumentado a cada ano, significativamente, indicando que os recursos alocados têm sido insuficientes para arcar com a demanda do sistema.

No quadro abaixo demonstramos como evoluiu a despesa com saúde pública no município, no período de 2001 a 2004:

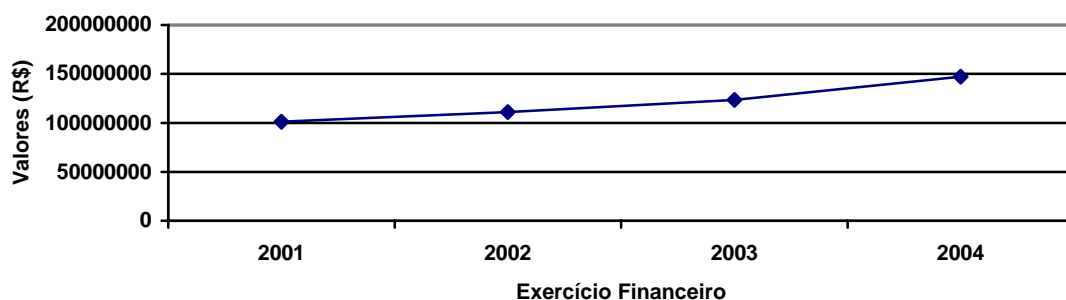


Gráfico 45 - Evolução da Despesa com Saúde - Período de 2001 a 2004

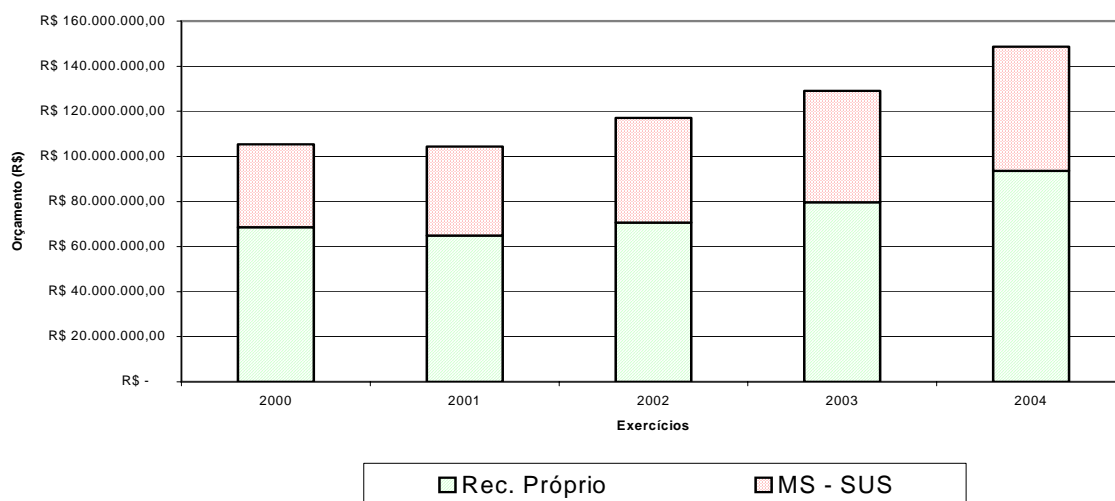
O endividamento na área da saúde tem sido uma constante. O acompanhamento das contas e sua evolução evidenciam que em decorrência do aumento de consumo, o município tem assumido despesas acima da sua capacidade de pagamento, gerando obrigações que ultrapassam um exercício fiscal vindo a prejudicar o próximo orçamento. Tal fenômeno não é recente, e vem se acumulando há anos, tendo sido interrompido, em parte, no exercício de 2000, motivado pela entrada significativa de recursos financeiros próprios, que possibilitou ao gestor da época, sanear as contas pendentes, e executar o orçamento de 2001 em sua totalidade, sem comprometimento decorrente do exercício anterior.

O problema do financiamento do sistema de saúde municipal está na incapacidade de acompanhamento da demanda por serviços, visto que os recursos provenientes do MS são aproveitados integralmente, tendo o município de arcar com a diferença. Este problema, em parte, é absorvido pela arrecadação do município, que possibilitou, até o momento, o crescimento do orçamento da Secretaria Municipal da Saúde no período em análise, conforme mostrado a seguir:

	2000 - R\$	%	2001 - R\$	%	2002 - R\$	%	2003 - R\$	%	2004 - R\$	%	2005 - R\$	%
Orçado	105.325.360,0		104.376.480,4		117.051.972,0		129.077.047,0		148.612.932,1		154.883.160,0	
Próprio	68.521.810,00	65,	64.813.960,00	62,	70.590.700,00	60,	79.725.300,00	61,	93.660.700,00	63,	93.559.160,00	60,
Vinculado	36.803.550,00	34,	39.562.520,42	37,	46.461.272,00	39,	49.351.747,00	38,	54.952.232,10	36,	61.324.000,00	39,

Fonte: Relatórios da Execução Orçamentária da Secretaria Municipal da Fazenda

Quadro 46 - Demonstrativo da Execução Orçamentária - Exercícios 2000 - 2005



Quadro 47 - Evolução do Orçamento Municipal de Saúde - Exercícios 2000 - 2004

O aumento da demanda pelos serviços públicos de saúde, tem comprometido o equilíbrio orçamentário do município. Apesar do crescimento da receita própria do município, e dos esforços dos gestores em aplicar recursos acima do preconizado pela Constituição Federal; a oferta de serviços não tem atendido a demanda, gerando descontentamentos e reclamações dos usuários. Talvez, o sistema de atendimento adotado, até o momento, que prioriza o pronto atendimento, seja responsável por este aumento da demanda, pois, não resolve efetivamente, os problemas de saúde.

Como exemplo da alocação de recursos financeiros, demonstramos a distribuição dos recursos financeiros disponibilizados, conforme a sua origem, para aquisição de serviços de saúde junto aos prestadores conveniados ao SUS. Note-se que há um crescimento da despesa paga, não importando a origem do recurso, e em contrapartida, a incapacidade financeira de acompanhar a despesa, acarretando um aumento significativo da conta restos a pagar com recursos próprios do município.

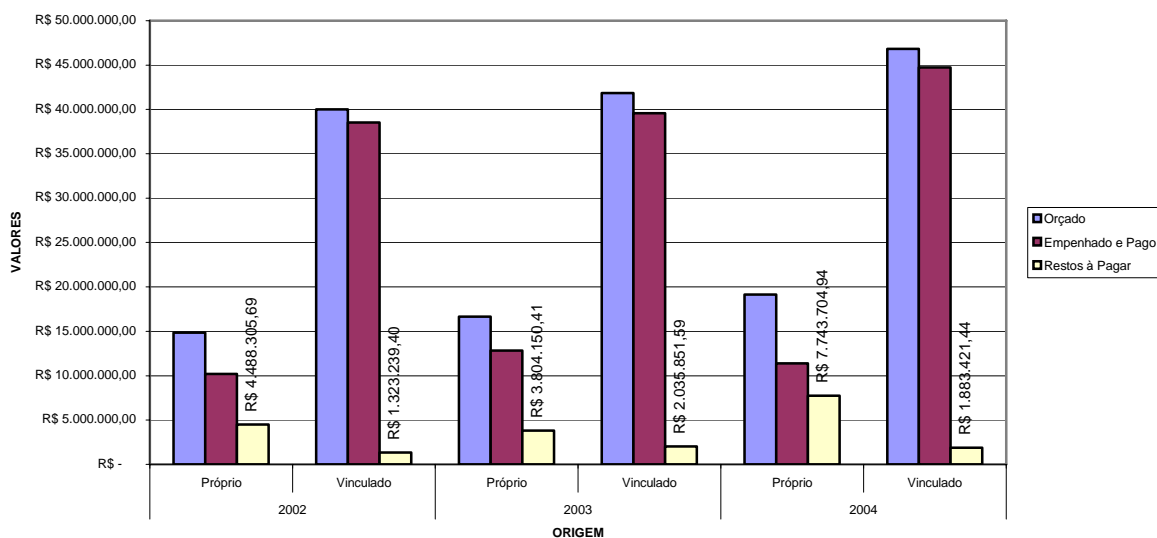


Gráfico 48 - Comportamento da Aquisição de Serviços de Saúde junto aos Prestadores Conveniados ao SUS (Hospitais, Clínicas e Laboratórios) na Rede Municipal de Saúde pela origem dos Recursos Financeiros.

O mesmo comportamento encontramos quando analisamos a aquisição de medicamentos para suprir a rede de atenção à saúde do município, visto que a política municipal priorizou o atendimento e fornecimento de remédios à população atendida nas unidades de saúde do município.

Temos, em decorrência desta prioridade, um quadro de endividamento ocasionado pelo crescimento da demanda de recursos próprios sem a respectiva oferta de recursos financeiros, ocasionando assim uma conta de restos a pagar para os exercícios futuros.

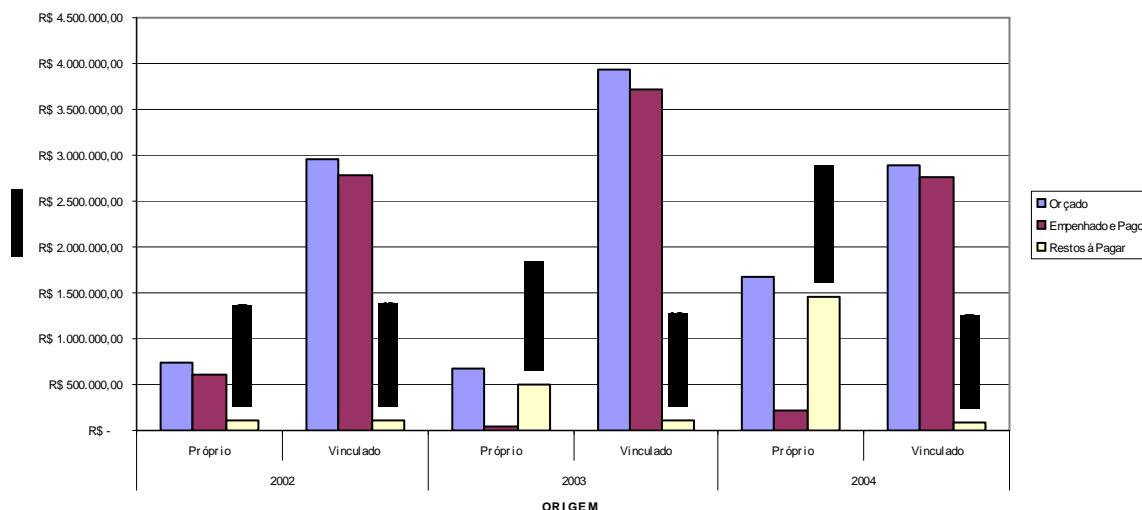


Gráfico 49 - Comportamento da Aquisição de Medicamentos na Rede Municipal de Saúde pela origem dos Recursos Financeiros.

O endividamento do sistema é consequência da tentativa do gestor em acompanhar a demanda, aplicando recursos ainda não disponíveis como medida de intervenção para amenizar os problemas que poderiam surgir do não atendimento imediato das reivindicações da população usuária do SUS. Assim, temos um aumento substancial de atendimentos e de disponibilidade de serviços, bem como, o crescimento da rede de atenção de saúde com a construção de novas unidades e implantação de novos serviços, tipo PACS e PSF, no período compreendido de 2000 a 2004. Como consequência deste aumento de oferta temos um gradual aumento do endividamento financeiro do SUS local, como demonstrado a seguir:

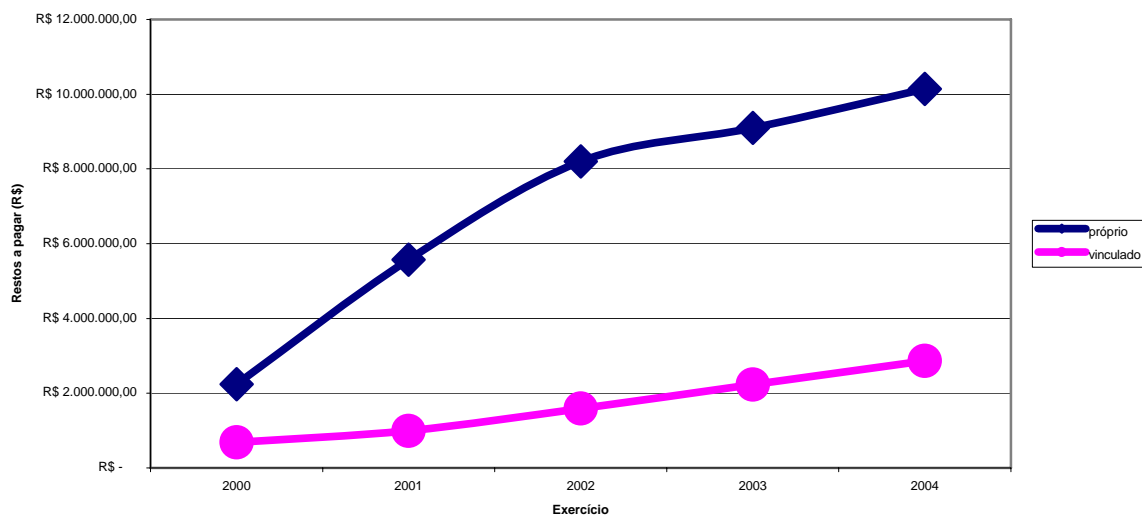


Gráfico 50 - Evolução da Dívida por sua origem

Percebe-se que os gestores municipais têm autorizado despesas com saúde superiores a capacidade de pagamento com recursos próprios do caixa municipal de forma crescente, enquanto que, aquelas despesas autorizadas para pagamento posterior com recursos vinculados (União/Estado) seriam as previstas na programação financeira própria, conforme a origem do recurso, gerando restos a pagar ao final de cada exercício financeiro, e comprometendo a execução do orçamento vindouro.

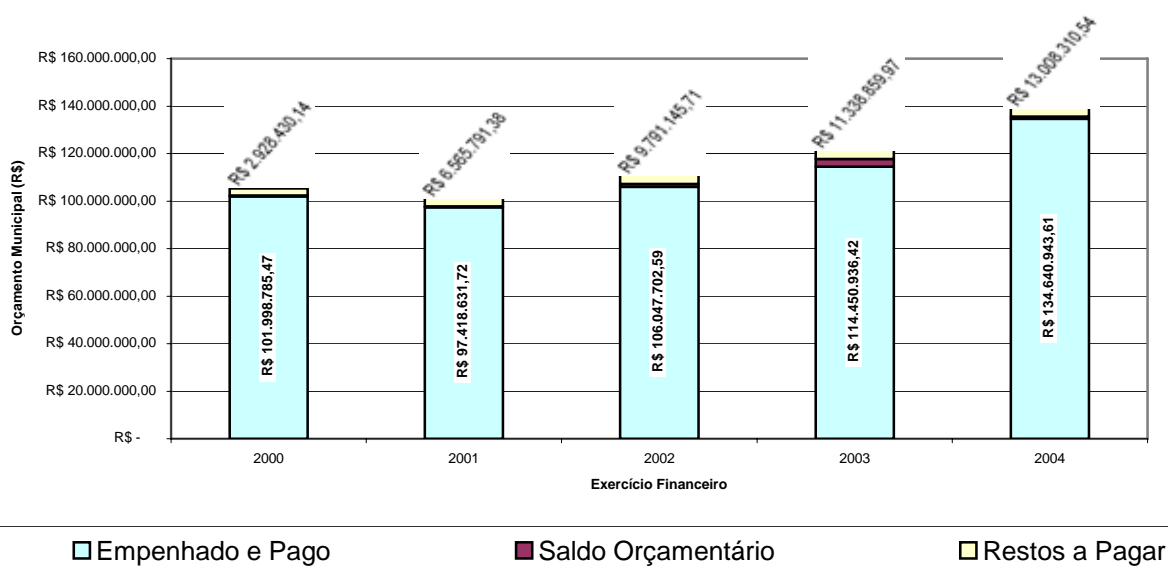


Gráfico 51 - Orçamento Municipal da Saúde e a Capacidade de Pagamento

Tal comportamento tem afetado a capacidade de pagamento do Fundo Municipal de Saúde, de forma a prejudicar o exercício futuro por causa do comprometimento que a conta restos a pagar gera no orçamento futuro.

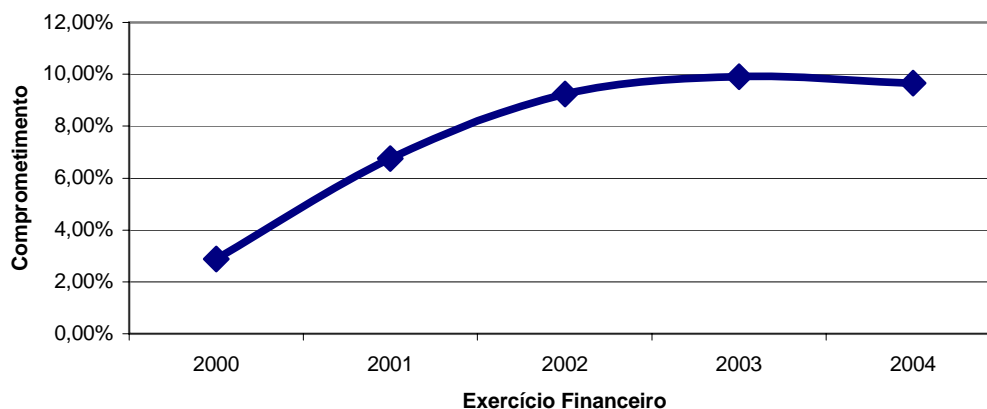


Gráfico 52 - Relação Dívida X Capacidade de Pagamento

Quanto ao endividamento, as características da conta restos a pagar têm se alterado no tempo. Há uma concentração de créditos junto aos prestadores de serviços de saúde, que demonstra o ponto crítico do sistema de financiamento do Fundo Municipal de Saúde. A Secretaria Municipal de Saúde têm ampliado serviços e, infelizmente, não têm conseguido arcar dentro do exercício financeiro com todas os seus compromissos para com fornecedores e prestadores de serviços, acarretando uma dívida crescente conforme demonstrado no gráfico a seguir.

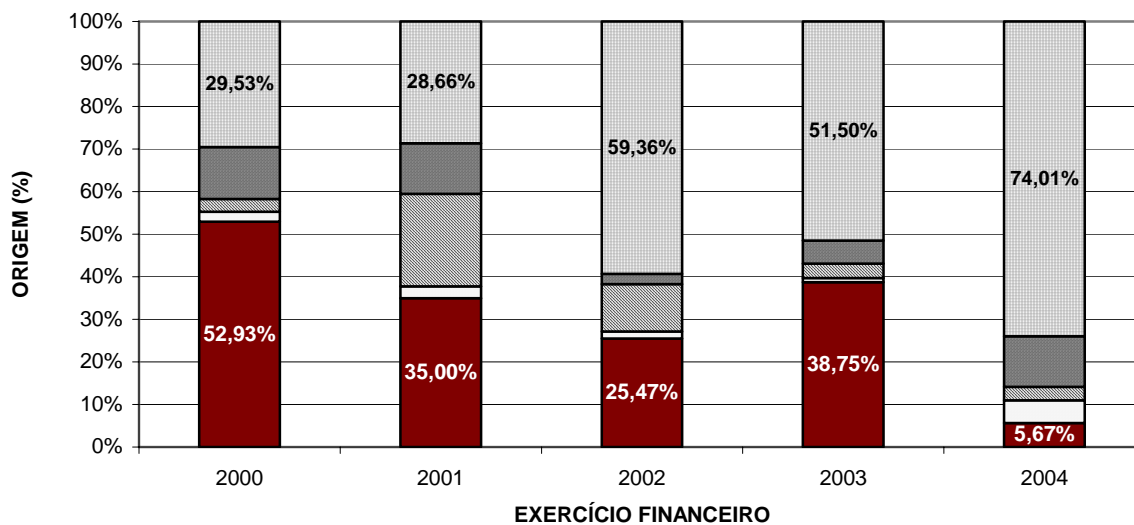
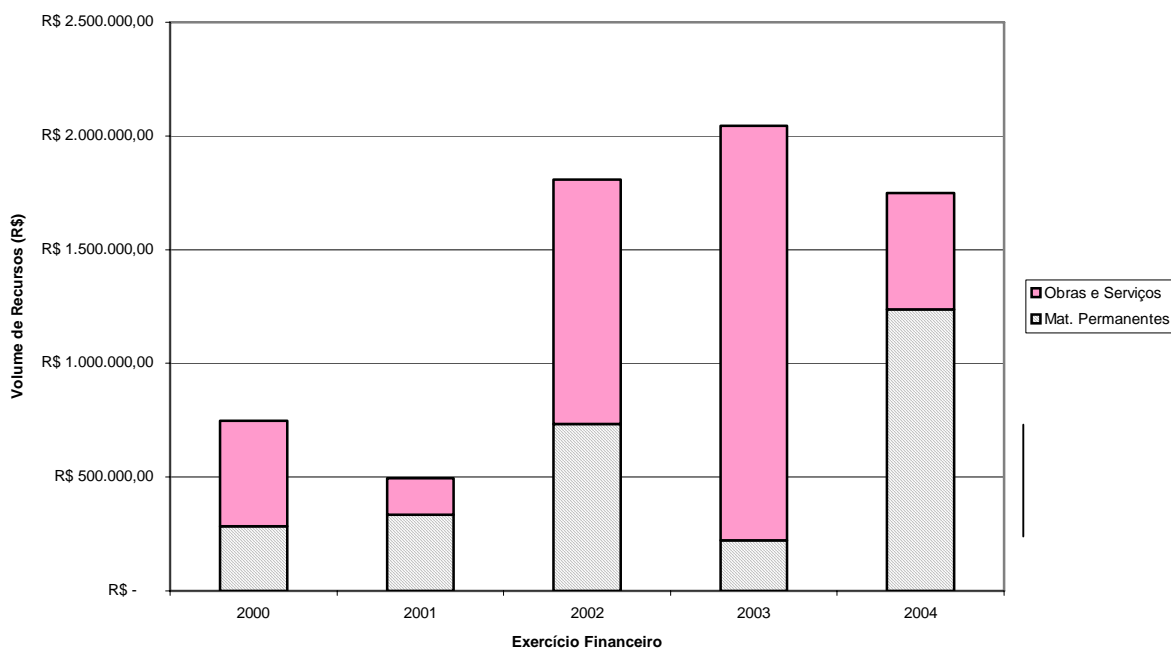


Gráfico 53 - Comportamento do Restos a Pagar

Quanto aos investimentos em saúde, temos a seguinte distribuição no período de 2000 a 2004, com a identificação da despesa alocada em materiais permanentes e em obras e serviços, dados extraídos dos Relatórios da Execução Orçamentária de Ribeirão Preto (fonte: Secretaria Municipal da Fazenda):



Fonte: Relatórios da Execução Orçamentária período 200-2004- Secretaria Municipal da Fazenda

Gráfico 54 - Aplicação de Recursos Financeiros na Rede de Atenção à Saúde

Quanto à origem dos recursos aplicados em investimentos, tivemos a seguinte distribuição:

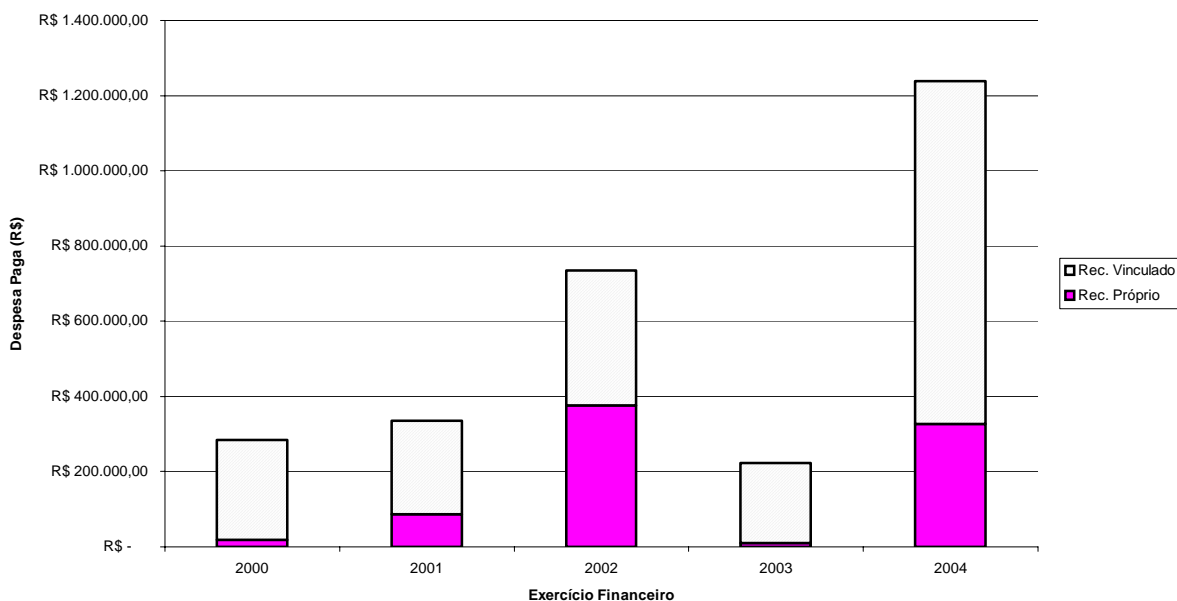


Gráfico 55 - Investimentos em Materiais Permanentes (2000 - 2004)

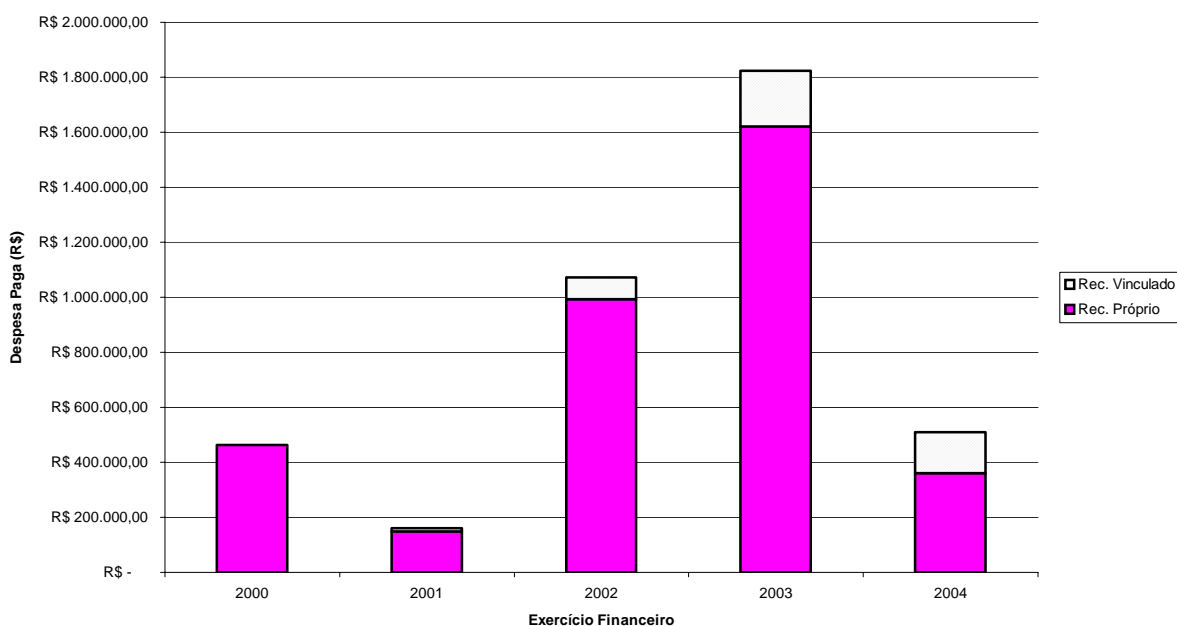


Gráfico 56 - Investimentos em Obras e Serviços (2000 - 2004)

Nota-se que no período compreendido entre os anos 2000 e 2004, a grande concentração de investimentos na área da saúde foi suportada por recursos do tesouro municipal, sendo que as obras e serviços tiveram maiores recursos aplicados, enquanto que, a aquisição de materiais permanentes foi em sua grande parte financiada com recursos da União, por meio de convênios específicos celebrados com o Ministério da Saúde.

Fica evidente que o financiamento dos serviços de saúde, em Ribeirão Preto, é dependente dos recursos próprios, visto que, os recursos vinculados que

compõem o Fundo Municipal de Saúde, são aplicados quase que, exclusivamente, no custeio do sistema de atenção à saúde, e correspondem em média a 39% dos recursos que compõe o Fundo Municipal de Saúde, sendo este complementado, em média, em 61%, com recursos oriundos da arrecadação própria do município.

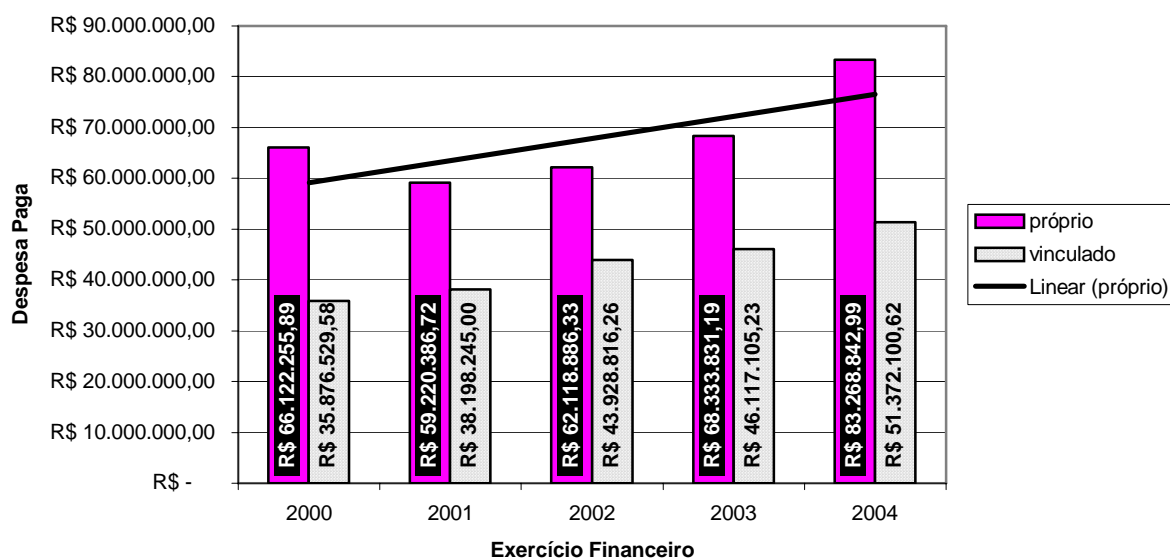


Gráfico 57 - Despesa Paga quanto à Origem dos Recursos

V – PROGRAMAÇÃO

V.1 - Política Municipal de Saúde: Diretrizes Propostas

A consolidação do sistema de saúde no município de Ribeirão Preto prevê o redirecionamento de seu eixo organizativo para a atenção básica à saúde conforme preconizado pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/02) e, por conseguinte, a concretização dos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e democratização, estabelecidos no Sistema Único de Saúde (SUS).

No tocante à atenção básica, a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) implantará, na rede municipal nos próximos 5 anos e de forma escalonada, a estratégia da Saúde da Família por meio da adesão ao PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família) e, paralelamente, também, investirá, nas demais Unidades Básicas Distritais e de Referência do Município, propondo a utilização de ferramentas da saúde da família e da atenção domiciliar para a revisão da produção do cuidado em saúde.

A busca pela integralidade da atenção, no entanto, pressupõe segundo a Lei Orgânica da Saúde (LOS 8080/90), um compromisso com a garantia de um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos, curativos, de promoção e de ordenação do acesso; tanto individuais quanto coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

No âmbito do Distrito de Saúde, o nível básico da atenção deve garantir a atenção à saúde da criança, da mulher, do adulto e do idoso, por meio das ações junto às Unidades de Saúde da Família, às Unidades Básicas e do Serviço de Atenção Domiciliar. As necessidades que ultrapassam a esfera de resolatividade da atenção básica devem ser remetidas para as Policlínicas que ofertarão, para sua área de abrangência, uma programação ambulatorial de média complexidade, por meio de especialidades relacionadas aos agravos de maior prevalência no município, de menor densidade tecnológica e de acordo com os parâmetros de cobertura assistencial e de produtividade recomendados pelo Ministério da Saúde (Portaria nº1101/02/GM).

As especialidades com estas características são a cardiologia, a endocrinologia, as moléstias infecto-contagiosas, a dermatologia, a neurologia, a traumatologia-ortopedia, a cirurgia ambulatorial de menor complexidade, a psiquiatria e a psicologia, dentre outras. Ademais, o pronto atendimento deve ser estruturado para obter maior resolatividade e articulação com a atenção básica, o pré-hospitalar móvel e a atenção hospitalar.

A idéia central desta mudança é garantir a descentralização de alguns serviços para reforçar a atenção e a vigilância em saúde, no âmbito dos 5 Distritos de Saúde do Município de Ribeirão Preto, favorecendo a integralidade, a equidade, a acessibilidade, tanto do ponto de vista geográfico quanto de variedade de serviços, bem como aumentar a resolatividade das necessidades dos usuários do sistema.

A reorganização do sistema de atenção à saúde prevê também a implantação de Distritos de Saúde Escola em parceria com as Instituições de Ensino sediadas no município.

Há um consenso entre os Ministérios da Saúde e da Educação, que o processo de formação dos recursos humanos do setor saúde deva deslocar o eixo do ensino-aprendizagem centrado na assistência individual e prestado, principalmente, em unidades hospitalares, para outro sintonizado com o SUS,

levando em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população apreendendo o processo saúde-doença no âmbito familiar e não apenas no nível hospitalar. Essa tarefa implica no deslocamento dos espaços das práticas de ensino para onde ocorre a maior parte do trabalho clínico e sanitário, cuja responsabilidade encontra-se nos sistemas municipais ou estaduais de saúde.

Dessa forma, a Secretaria da Saúde acredita que possa contribuir para a formação de profissionais com capacidade de resolver problemas de saúde e não somente de doenças, interesse essencial do SUS.

Portanto, o Gestor do SUS Municipal entendendo ser importante essa interface com o aparelho formador, propõe a reorganização dos Distritos de Saúde no modelo de Distrito Saúde Escola (DSE), por meio da parceria com Instituições de Ensino sediadas no município:

- Universidade de São Paulo (USP) - DSE OESTE;
- Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) - DSE LESTE;
- Centro Universitário Barão de Mauá - DSE NORTE;
- Universidade Paulista (UNIP) – DSE SUL.

O Distrito Central, a princípio, não está vinculado a uma Instituição de Ensino específica, porém, sofrerá toda a transformação proposta para os demais Distritos.

A operacionalização deste projeto relaciona-se com o redimensionamento de alguns serviços instalados na sede da própria da Secretaria Municipal de Saúde e outros de atenção secundária da rede municipal. Entre estes serviços encontram-se o NGA-59, o PAM II, o Centro de Controle de Zoonoses, as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica e as Divisões de Informática e de Avaliação, Controle e Auditoria os quais, dispõem de profissionais que poderão estar compondo as novas equipes de saúde nos Distritos de Saúde ou, de acordo com outras possibilidades, colaborando com o sistema, por meio da oferta de serviços em ambulatórios hospitalares e universitários conveniados ao SUS, assim como na organização do Complexo Regulador do Sistema de Saúde incluindo a Oferta de Informação e Orientação a população.

Deve ser destacado que a oferta de serviços em ambulatórios conveniados ao SUS será solicitada e regulada pela SMS, em consonância com as necessidades identificadas pelo gestor do sistema de atenção e a orientação da Portaria 1101/02/GM.

Alguns serviços e ações de saúde que se caracterizam pela elevada especificidade, e/ou menor prevalência de agravos e/ou maior densidade tecnológica, não serão descentralizados, tais como, atendimento ao mastectomizado, ostomizado, terapias alternativas (fitoterapia, acupuntura, homeopatia), atenção ao portador de deficiências, vigilância a hemorede, bem como a regulação da oferta de autorização de internação hospitalar, consultas especializadas e exames de média e alta complexidade, entre outros, devendo ainda ser regulados e/ou ofertados em núcleos centrais.

Vale lembrar, que o suporte para a atenção distrital, tanto básica como secundária e terciária, será dado pelo Complexo Regulador do Sistema de Atenção em processo de estruturação na sede da SMS. Este componente do sistema, deve centralizar serviços anteriormente prestados em vários locais como a autorização de procedimentos de alto custo (APAC), procedimentos cirúrgicos eletivos e de urgência/emergência hospitalares (AIH), agendamento de consultas, autorização de serviços de apoio diagnóstico (SADT), orientação ao usuário, entre outros, e também o controle, avaliação e auditoria do sistema de atenção à saúde municipal.

V.2 - Ações em Saúde

A - Atenção Básica

Política Municipal:

Garantir a atenção integral à saúde aos usuários do SUS mediante fortalecimento e ampliação da atenção básica.

Objetivos:

1. Implementar a estratégia de saúde da família, atingindo a cobertura de 50% da população do município, no prazo de 4 anos (Programa de Expansão da Estratégia de Saúde da Família - PROESF);
2. Reorganizar o modelo de atenção à saúde e o modo de produção do trabalho nas unidades de saúde com a utilização de ferramentas da estratégia Saúde da Família;
3. Promover a atenção à saúde dos indivíduos, famílias, e grupos sociais, estimulando a criação de vínculos com a comunidade;
4. Investir na adequação tecnológica e arquitetônica das unidades orientada por padrões sanitários vigentes;
5. Humanizar a atenção básica incentivando estratégias de acolhimento, redução de filas, hierarquização de necessidade e risco, práticas promocionais, garantia de acesso aos demais componentes do sistema de atenção à saúde, por meio do Complexo Regulador.

A.1 - Reorganização do Sistema de Atenção à Saúde

Objetivo: Reorganizar o modelo de atenção à saúde e o modo de produção do trabalho nas unidades de saúde. Promover a atenção à saúde dos indivíduos, famílias, e grupos sociais, estimulando a criação de vínculos com a comunidade.

PROPOSTAS	RESULTADOS ESPERADOS
- Implantar o Programa Saúde da Família em 50% da área de cobertura do município	- Garantir a atenção integral à saúde aos usuários do SUS e aumentar a resolutividade da atenção básica.
- Implantar o conceito de Gestão Colegiada	- Fortalecer os Distritos de Saúde, o planejamento local, bem como, a solução de seus problemas formando Conselhos Gestores e Comissões Locais de Saúde em todas as Unidades.
- Implantar e operacionalizar o Complexo Regulador	- Mapear necessidades de saúde e oferta de serviços para distribuir de forma equânime os serviços de saúde.
- Reformar e adequar os próprios municipais destinados aos serviços de atenção à saúde	- Melhorar as condições de trabalho e de atendimento aos usuários, e adequando as unidades às normas técnicas e da vigilância sanitária atuais.
- Modernizar o Sistema de Processamento de Dados mediante aquisição de equipamentos, hardware, software, implantados na rede de informação com versão Web	- Propiciar um melhor controle e acesso das informações de usuários, agendas e de serviços prestados; - Agilizar a avaliação, o controle, a auditoria dos serviços prestados; - Agilizar as informações em saúde.
- Implementar unidades de complexidade secundária - policlínicas, no sistema de atenção à saúde	- Reorientar o fluxo da atenção e ampliar o acesso a nível secundário.
- Implantar os Distritos de Saúde Escola em parceria com as Instituições de Ensino sediadas no município	- Qualificar a atenção a saúde na rede pública com destaque para a formação e educação permanente dos recursos humanos no SUS

PROPOSTAS	RESULTADOS ESPERADOS
– Realizar uma reestruturação organizacional a partir de uma reforma administrativa na Secretaria Municipal da Saúde	– Estrutura administrativa mais enxuta, racional e eficiente, com definição clara das linhas de comando e definição legal das responsabilidades e deveres.
– Implantar o acolhimento com avaliação de necessidade e classificação de risco nas unidades de saúde	– Reorientar o modelo de atenção com ênfase para a necessidade de saúde, a integralidade e a humanização da
– Prover recursos para a educação permanente dos profissionais de saúde da Secretaria Municipal da Saúde	– Capacitar os profissionais da SMS quanto a novas técnicas e procedimentos específicos da saúde focada na atenção integral e humanizada.
– Construir novas unidades de atenção básica à saúde, nas seguintes localidades: – Sub-setor N6; – Sub-setor O7; – Sub-setor L10. – Sub-setor L9; – Sub-setor O3.	– Garantir a atenção integral à saúde aos usuários do SUS, favorecendo a acessibilidade e a resolutividade do sistema de atenção.

Quadro 58 – Reorganização do Sistema de Atenção à Saúde–Propostas e Resultados Esperados

A.2 - Programas em Saúde

Objetivo: Descentralizar ações de saúde para os distritos, estimulando a criação de vínculo com a comunidade e permitindo ao profissional de saúde a habilitação necessária para a produção do cuidado.

A.2.1 - Atenção à Saúde Mental

PROPOSTAS	RESULTADOS ESPERADOS
– Incluir as ações da saúde mental na atenção básica.	– Capacitar as equipes de atenção básica em saúde mental; – Identificar precocemente situações de risco; – Prestar assistência a casos de saúde mental, considerados leves, moderados ou estabilizados.
– Fortalecer a ação integral a usuários de álcool e outras drogas.	– Diminuir o coeficiente de internações de usuários de álcool e outras drogas.
– Reduzir os efeitos psiquiátricos.	– Diminuir o coeficiente de internações psiquiátricas; – Aumentar a cobertura dos serviços residenciais terapêuticos.
– Qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar.	– Diminuir o coeficiente de internações psiquiátricas; – Implantar dois CAPS III e dois CAPS AD para assistência aos usuários; – Aumentar a cobertura dos serviços residenciais terapêuticos.
– Implementar uma ação integral a crianças e adolescentes com transtorno mental grave.	– Implantar o CAPS i; – Aumento de profissionais como psicólogos e fonoaudiólogos em cada distrito sanitário; – Admissão de Terapeutas Ocupacionais.
– Implantar uma política de redução de danos.	– Diminuir a incidência de casos de hepatite C e HIV; – Aumentar os redutores de danos.
– Implantar e consolidar uma rede de atenção promotora de reintegração social e cidadania.	– Criar de Centro de Convivência.
– Promover direitos dos usuários e familiares incentivando a participação da família no cuidado.	– Criar cooperativas, associação de usuários e familiares.
– Propiciar condições para que o SAMU atenda pessoas portadoras de sofrimento mental.	– Capacitar a equipe do SAMU.

Quadro 59 – Atenção à Saúde Mental – Propostas e Resultados Esperados

A.2.2 - Programa de Integração Comunitária - PIC

PROPOSTAS	RESULTADOS ESPERADOS
- Implantar novos grupos do PIC e manutenção dos grupos já existentes.	- Aumentar a cobertura das atividades do PIC junto à população.
- Elaborar e desenvolver programas teóricos e práticos de promoção da saúde do adulto dirigido à comunidade, visando à qualidade de vida biológica, social e ambiental.	- Incentivar hábitos de vida saudáveis na população, priorizando o autocuidado e prevenção de doenças.
- Elaborar e desenvolver programas específicos dirigidos a portadores de doenças crônicas e expostos a fatores de risco.	- Incentivar hábitos de vida saudáveis na população, priorizando o autocuidado e prevenção de doenças
- Avaliar e monitorar os efeitos das atividades propostas no controle e tratamento de doenças em grupos específicos.	- Direcionar as atividades realizadas no PIC.

Quadro 60 – Programa de Integração Comunitária (PIC) – Propostas e Resultados Esperados

A.2.3 - Atenção à Saúde do Trabalhador

PROPOSTAS	RESULTADOS ESPERADOS
- Ampliar, integrar e organizar a assistência básica de saúde do trabalhador por meio da capacitação dos profissionais da rede básica para atuar no atendimento de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.	- Melhorar o atendimento global aos trabalhadores.
- Capacitar as equipes do PSF para o atendimento ao trabalhador.	- Desenvolver ações e busca através de agentes capacitados.
- Realizar tratamento, reabilitação física e mental e prevenção.	- Amenizar as doenças relacionadas ao trabalho.
- Implantar o sistema de informação e notificação em saúde do trabalhador.	- Registrar e analisar as CAT (Comunicações de Acidentes de Trabalho) e RAATs (Registro de Atendimento ao Acidentado do Trabalho).
- Estabelecer o diagnóstico das doenças relacionadas ao trabalho por meio de exames laboratoriais e radiológicos.	- Melhorar o diagnóstico das doenças relacionadas ao trabalho.
- Ação conjunta com a vigilância epidemiológica e vigilância sanitária.	- Ampliar as ações de fiscalização e intervenções sobre os processos de trabalho.
- Atuar em intoxicações por agrotóxicos (aguda e crônica)	- Investir no diagnóstico, avaliação, fiscalização e ações de vigilância.
- Reorganizar a assistência ao trabalhador junto ao Centro de Referência de Saúde do Trabalhador.	- Promover a saúde, por meio de suporte técnico, conhecimento e orientação de ações junto aos serviços do SUS.
- Realizar parcerias com as Instituições de Ensino e Órgãos Governamentais.	- Promover a saúde por meio de suporte técnico, educacional e de ações de vigilância.

Quadro 61 – Atenção à Saúde do Trabalhador – Propostas e Resultados Esperados

A.2.4 - Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiências - PASDEF

PROPOSTAS	RESULTADOS ESPERADOS
Manter e implementar a parceria com o Ambulatório de Investigação e Reabilitação Auditiva do HC para atendimento de portadores de deficiência auditiva	– Oferecer atenção integral aos portadores de deficiência auditiva com a aquisição de AASI (Aparelho de Amplificação Sonora Individual).
Criar protocolo de atenção básica à saúde auditiva para a rede municipal da saúde, conforme as diretrizes da Política Nacional de Saúde Auditiva.	– Oferecer atendimento de qualidade e consoante com as normas da Política Pública Nacional de Saúde Auditiva
Integração com a Secretaria de Estadual da Saúde visando o efetivo cumprimento da Portaria MS/SAS nº 116, de 09/9/1993, que estabelece que “a partir da competência setembro/93, o Recurso para Cobertura Ambulatorial – RCA será acrescido de 2,5%, destinado ao pagamento das órteses e próteses fornecidas aos usuários”	– Oferecer atenção integral aos portadores de deficiência com fornecimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.
Integrar a agenda da Equipe Multiprofissional de Reabilitação do NGA-59 com a do Centro de Reabilitação do HC-Campus, a ser inaugurado.	– Agilizar o fornecimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção para Ribeirão Preto e Região da DIR XVIII
Integrar as ações da Equipe Multiprofissional de Assessoria a Órgãos Públicos na Área da Deficiência do NGA-59 com o Centro de Reabilitação do HC-Campus, no fornecimento de Laudos de Incapacidades e realização de Perícias Médicas para pretendentes aos benefícios sociais destinados às pessoas com deficiência.	– Agilizar a realização de Laudos Médicos e Perícias em pretendentes aos benefícios sociais para pessoas com deficiência
Induzir por meio de ações intersetoriais a implantação de Centros de Vida Independente (CVIs) para pessoas com deficiências em 4 (quatro) regiões da cidade.	– Oferecer oportunidade de Capacitação Profissional, Apoio Social, Esporte e Lazer para pessoas com deficiência.

Quadro 62 – Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiências – PASDEF – Propostas e Resultados Esperados

A.2.5 - Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

PROPOSTAS	RESULTADOS ESPERADOS
– Investir no preenchimento do relatório mensal do Floresce uma Vida (FUV) pelas unidades de saúde;	– Garantir o primeiro atendimento nas unidades de saúde para a mãe e recém nascido, por meio das ações do (FUV)
– Reduzir o coeficiente de mortalidade infantil	– Implementar o Comitê de Mortalidade Infantil, com equipe multiprofissional, para vigilância da mortalidade materna e infantil
– Implementar as ações de puericultura nas unidades da rede.	– Reduzir a demanda de menores de 2 anos no Pronto Atendimento (avaliar mensalmente) – Aumentar a adesão à puericultura – Incentivar ações conjuntas com a Vigilância Epidemiológica
– Implementar as ações de estímulo ao aleitamento materno	– Avaliar os indicadores de aleitamento materno proposto pela OMS por meio de pesquisa em dias nacionais de vacinação em 2007 – Avaliar semestralmente os dados do SIAB

PROPOSTAS	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> – Implantar ações de atenção às doenças respiratórias, obesidade infanto-juvenil principalmente na faixa etária de 1 a 6 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Reduzir o número de internações por ano; – Acompanhar o desenvolvimento nas Unidades Básicas; – Implantar protocolos de atendimento, referência e contra referência.
<ul style="list-style-type: none"> – Integrar UBS com escolas e creches da área de abrangência, estabelecendo ações interdisciplinares, visando Saúde Integral do Escolar 	<ul style="list-style-type: none"> – Discutir nos Distritos de Saúde formas para implementação de ações do Programa Saúde do Escolar.
<ul style="list-style-type: none"> – Capacitar profissionais de saúde, coordenadores de ensino e parcela de professores para aplicação do teste Snellen (teste de acuidade visual), para garantir realização em todas as crianças de 1ª série 	<ul style="list-style-type: none"> – Atender às metas de avaliação propostas
<ul style="list-style-type: none"> – Garantir atendimento oftalmológico sistematizado inclusive a crianças portadoras de necessidades especiais 	<ul style="list-style-type: none"> – Promover acuidade visual para a escolaridade e adequado desenvolvimento psico-social.
<ul style="list-style-type: none"> – Garantir aquisição das lentes prescritas 	<ul style="list-style-type: none"> – Incentivar e utilizar a produção do laboratório ótico da Escola de Enfermagem Ribeirão Preto – USP em convênio com a Secretaria Municipal da Saúde.
<ul style="list-style-type: none"> – Promover e ampliar parcerias com setores intra e extra governamentais 	<ul style="list-style-type: none"> – Divulgar e ampliar os recursos existentes para contemplar direitos e necessidades das crianças/adolescentes –
<ul style="list-style-type: none"> – Implementar a atenção integral ao adolescente, visando a redução de vulnerabilidade, em especial, DST/AIDS, uso de drogas e gravidez 	<ul style="list-style-type: none"> – Incentivar ações conjuntas com Programa de Saúde da Mulher visando atenção à saúde da adolescente gestante e no puerpério; – Incentivar ações conjuntas com o Programa de Saúde Mental para as questões ligadas ao atendimento no CAPS-AD e UBSS.
<ul style="list-style-type: none"> – Sensibilizar e capacitar equipes das UBS sobre a questão psico-social da saúde da criança e adolescente 	<ul style="list-style-type: none"> – Promover melhor atendimento à criança e adolescente, considerando aspectos psico-sociais da saúde.
<ul style="list-style-type: none"> – Implantar Grupo de orientação de pais e/ou adultos envolvidos com crianças e adolescentes em integração com Unidade de Saúde e outras secretarias ou órgãos da comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> – Ampliar a participação de pais, família e comunidades nas questões ligadas ao desenvolvimento da criança e adolescente
<ul style="list-style-type: none"> – Acolher demanda de Saúde Mental na Atenção Básica 	<ul style="list-style-type: none"> – Acolher questões psico-sociais ligadas à saúde de crianças e adolescentes.
<ul style="list-style-type: none"> – Promover e/ou apoiar oficinas para adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> – Promover inserção social e cidadania como índices de saúde.
<ul style="list-style-type: none"> – Organizar o atendimento de saúde em rede para criança e adolescente em situação de risco e violência. -Prevenção de acidentes e riscos 	<ul style="list-style-type: none"> – Promover ações educativas – Sensibilizar equipes de saúde para a importância da morbi-mortalidade por causa externa.
<ul style="list-style-type: none"> – Aumentar a resolutividade da rede básica para o atendimento às urgências e emergências pediátricas 	<ul style="list-style-type: none"> – Reduzir o número de internações – Implantar protocolos de atendimento, referência e contra-referência
<ul style="list-style-type: none"> – Implementar as atividades do Programa Bolsa-Família de acordo com a portaria Interministerial nº 2509 de 18/11/2004. 	<ul style="list-style-type: none"> – Garantir a meta esperada de cobertura por meio do acompanhamento mensal dos beneficiários.

Quadro 63 – Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente–Propostas e Resultados Esperados

A.2.6 - Atenção Integral à Saúde da Mulher

PROPOSTAS	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> - Mapear os determinantes que dificultam o acesso na abordagem das doenças que mais acometem as mulheres de Ribeirão Preto 	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzir a morbidade e mortalidade feminina, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida.
<ul style="list-style-type: none"> - Integrar as ações da Saúde da Mulher com os demais programas e departamentos da Secretaria Municipal de Saúde, Saúde da Família, Atenção Domiciliar, DST/AIDS, Criança e Adolescente, bem como de outras Secretarias; 	
<ul style="list-style-type: none"> - Promover ações de educação em saúde e debater sobre a condição feminina junto com as equipes das Unidades de Saúde. 	
<ul style="list-style-type: none"> - Possibilitar o tratamento das doenças diagnosticadas por meio de medidas simplificadas e implementar os sistemas de referência para o que for necessário; 	
<ul style="list-style-type: none"> - Manter as ações de pré-natal garantindo o mínimo de 6 consultas das parturientes do SUS; 	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzir a mortalidade materna
<ul style="list-style-type: none"> - Manter e implementar o Projeto Nascer; 	
<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar as ações do Comitê de Mortalidade Materno Infantil promovendo a avaliação, junto aos profissionais que prestam a assistência na rede, da magnitude e tendência da mortalidade e intervenções; 	
<ul style="list-style-type: none"> - Rever fluxo de encaminhamentos de urgência/emergências obstétrica do pré termo, agilizando-o; 	
<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar busca ativa de gestantes e puerpéras faltosas ao serviço de assistência básica à mulher; 	
<ul style="list-style-type: none"> - Investir na capacitação técnica dos profissionais médicos e enfermeiros para realização/orientação do auto exame das mamas e coleta do exame de <i>Papanicolaou</i>, aumentando a cobertura dos exames. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzir a incidência de câncer de mama e cérvico uterino
<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar e mobilizar a população feminina mais vulnerável a comparecer nos serviços de saúde através de contato na sua comunidade ou no domicílio (PSF, ACS, Visita Domiciliar); 	
<ul style="list-style-type: none"> - Organizar a rede para ampliar a percepção das necessidades de saúde da mulher promovendo o acolhimento com atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para melhorar o grau de suas informações e das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde; 	
<ul style="list-style-type: none"> - Implantar e implementar a assistência em planejamento familiar em 100% das unidades de saúde para homens e mulheres, adultos e adolescentes no âmbito da atenção integral à saúde; 	
<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar o treinamento e a reciclagem de profissionais para o exercício de orientação adequada no processo decisório das mulheres e casais; 	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar a cobertura das atividades de planejamento familiar
<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir a exposição à gravidez indesejada (seja por uso inadequado de método anticoncepcional ou por falta de conhecimento e/ou acesso aos mesmos); 	
<ul style="list-style-type: none"> - Manter supervisão do fluxo, através do aconselhamento e orientação, para métodos definitivos de anticoncepção; 	

PROPOSTAS	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> - Implantar rede integrada de atenção às mulheres em situação de violência no município de Ribeirão Preto; 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência
<ul style="list-style-type: none"> - Articular a atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/AIDS; 	
<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar projeto, com a participação e propostas dos diferentes programas da Secretaria Municipal da Saúde, para convênio de formação da rede de atenção à mulher em situação de violência, para fins de obtenção de recursos financeiros junto ao MS para fins de: <ul style="list-style-type: none"> - manter oficinas de sensibilização das instituições locais; - formação/estruturação da rede local (multiprofissional); - produção de material técnico (informativo/educativo). 	

Quadro 64 – Atenção Integral à Saúde da Mulher – Propostas e Resultados Esperados

A.2.7 - Atenção à Saúde do Adulto

A.2.7.1 - Prevenção e Controle da Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial

A.2.7.2 - Atenção ao Idoso

PROPOSTAS	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> - Manter o cadastro de pacientes do sistema HIPERDIA do Ministério da Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a população de hipertensos e diabéticos usuária do SUS - Facilitar as ações de saúde do programa de hipertensão e diabetes
<ul style="list-style-type: none"> - Dar continuidade ao Programa de Atendimento Multiprofissional em Hipertensão e Diabetes da Secretaria Municipal da Saúde, mediante processo seletivo para escolha anual de 10 bolsistas 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprimorar e treinar em serviço, durante 1 ano, 10 profissionais (serviço social, psicologia e educação física, nutrição, enfermagem e terapia ocupacional) na área de diabetes e hipertensão - Promover e viabilizar o atendimento multiprofissional em hipertensão arterial e diabetes mellitus em 10 unidades de saúde, envolvendo atividades educativas, de lazer, atividade física e atendimento específico em psicologia e serviço social
<ul style="list-style-type: none"> - Garantir ambulatório secundário (endocrinologia e cardiologia) nas UBDS e educação continuada dos profissionais médicos e de enfermagem para atendimento da população diabética e/ou hipertensa das UBS e USF, usando como instrumento o Protocolo de Atendimento ao Hipertenso e Diabético elaborado em 2005. 	<ul style="list-style-type: none"> - Descentralizar o atendimento das especialidades para os Distritos de Saúde, facilitando o acesso da população; - Proporcionar espaços de atualização/ capacitação das equipes de saúde a partir das necessidades, com vistas à integralidade da assistência
<ul style="list-style-type: none"> - Manter o ambulatório Multiprofissional de Pé Diabético e realização de treinamento, para a prevenção de complicações nos pés de pessoas diabéticas, para os profissionais da UBDS, UBS e USP. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar atendimento multiprofissional (cirurgião vascular, endocrinologista, enfermeira e auxiliar de enfermagem) para a população diabética. - Proporcionar atualização e capacitação dos profissionais de saúde, com vistas à integralidade da assistência à saúde a população diabética.
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar o exame de fundo olho, anualmente, na população diabética e hipertensa 	<ul style="list-style-type: none"> - Detectar precocemente complicações crônicas do diabetes e da hipertensão.
<ul style="list-style-type: none"> - Criar, por distrito de saúde, a Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial (MAPA) 	<ul style="list-style-type: none"> - Viabilizar o monitoramento da pressão arterial da população hipertensa

PROPOSTAS	RESULTADOS ESPERADOS
- Manter fornecimento de seringas de insulina mediante protocolo e padronização da Secretaria Municipal da Saúde, para crianças e adultos diabéticos usuários de insulina, cadastrados em nossas unidades de saúde.	- Viabilizar o monitoramento e o controle glicêmico da população diabética.
- Manter o fornecimento de antihipertensivos, antidiabéticos orais, aspirina e estatina para pacientes diabéticos e hipertensos em seguimento em nossas unidades de saúde.	- Garantir o acesso da população à Assistência Farmacêutica preconizada pelo programa de hipertensão e diabetes.
- Iniciar fornecimento de aparelhos de fitas reagentes para monitorização glicêmica em pacientes usuários de insulina, mediante recebimento de verbas da Secretaria do Estado.	- Viabilizar o monitoramento e o controle glicêmico da população diabética
- Induzir por meio de ações intersetoriais a implantação do Centro de Cuidados Diurnos para idosos carentes e semi-dependentes de terceiros.	- Oferecer assistência integral ao idoso semi-dependentes que for assistido no Centro de Cuidados Diurnos
- Qualificar o ambulatório de geriatria	- Proporcionar atualização e capacitação dos profissionais de saúde, com vistas à integralidade da assistência à saúde a população idosa.

Quadro 65 – Atenção à Saúde do Adulto – Propostas e Resultados Esperados

A.2.8 – Saúde Bucal

PROPOSTAS	RESULTADOS ESPERADOS
- Readequação da rede odontológica nos 5 distritos segundo critérios epidemiológicos e de risco.	- Melhorar a atenção básica à saúde bucal municipal.
- Implantar uma política de compra de materiais de insumos básicos à odontologia	- Melhorar a qualidade dos materiais adquiridos pelo sistema de pregão.
- Aperfeiçoar os programas coletivos também através da atuação mais direta da Divisão Odontológica nas articulações junto aos usuários escolares, com ênfase à educação em saúde bucal.	- Aumentar a participação popular na implantação de novas diretrizes na saúde bucal coletiva, além da conscientização da importância da saúde bucal coletiva e como consequência o controle das doenças bucais.
- Implantar o Centro de Especialidades Odontológicas	- Ampliar a oferta da atenção especializada na rede assistencial própria.
- Incentivar, reorganizar e implantar novas equipes de saúde bucal (ESB) no programa de saúde da família	- Melhorar os índices de higiene bucal, bem como a transformação das atuais equipes de saúde bucais da modalidade I, para II.
- Realizar concurso para Técnico de Higiene Dental (THD)	- Melhorar os índices de higiene bucal em nosso município, com a introdução de THD na equipe de saúde bucal, conseguindo como contrapartida do MS o aumento do repasse de verbas federais ao programa (para cada equipe de saúde da família com THD haverá a doação de 01 consultório odontológico).
- Formulação da Comissão Municipal de Fluoretação da água de abastecimento de Ribeirão Preto.	- Melhorar a qualidade da fluoretação da água de abastecimento do nosso município, evitando dessa forma consequências trazidas tanto por baixas quanto altas concentrações de Flúor.
- Integrar a saúde bucal ao Complexo Regulador	- Avaliar a compatibilidade da necessidade de saúde bucal com a oferta de serviços.

Quadro 66 – Saúde Bucal – Propostas e Resultados Esperados

A.2.9 - Serviço de Atendimento e Internação Domiciliar - SAD/SIAD

PROPOSTAS	RESULTADOS ESPERADOS
- Adequar e capacitar a estrutura de assistência das equipes de visitas domiciliares com materiais permanentes, semi-permanentes e de uso contínuo, de modo a permitir a maximização dos trabalhos.	- Ampliar a cobertura e a resolutividade da atenção domiciliar.
- Adequar a equipe de assistência quanto à necessidade de cobertura por meio da participação de Fisioterapeutas, Nutricionistas, Terapeutas Ocupacionais, Assistentes Sociais, Psicólogos, Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem e Motoristas.	- Atender as necessidades do cliente em sua totalidade com redução de danos e prevenção de complicações, melhorar qualidade de vida, estimular a autonomia do cliente e da família.
- Implantar o Serviço Interdisciplinar de Assistência Domiciliar - SIAD.	- Cobertura na assistência dos clientes com enfermidades crônicas ou danos agudos, com vistas a melhora da qualidade de vida.
- Estabelecer capacitação permanente das equipes do SAD/ SIAD.	- Atualização dos profissionais melhorando o nível de satisfação, segurança e desempenho técnico dos envolvidos no SAD/SIAD

Quadro 67 – Serviço de Atendimento e Internação Domiciliar – Propostas e Resultados Esperados

A.2.10 - Vigilância, Prevenção e Atenção em Hiv/Aids e outras DSTs

PROPOSTAS	RESULTADOS ESPERADOS
- Estabelecer convênios com Casas de Apoio para pessoas vivendo com HIV/Aids – CORASSOL e Missão HIVida	- Incrementar parcerias com vistas ao atendimento integral às pessoas portadoras de HIV e de AIDS.
- Reformar e adequar o NGA-59	- Readequar o espaço físico do NGA-59 para o desenvolvimento das ações de atendimento integral às pessoas portadoras de doenças infecto contagiosas.
- Implementar as referências municipais para as DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis	- Organizar o fluxo de atendimento facilitando o acesso dos usuários.
- Ampliar as ações de promoção, proteção e prevenção das DST/HIV/Aids junto à atenção básica.	- Descentralizar as ações de saúde para a atenção básica capacitando os profissionais e melhorando o acesso do usuário SUS.
- Implementar as ações de prevenção as DST/HIV/Aids para populações mais vulneráveis	- Diminuir a prevalência de DST/HIV/Aids em populações vulneráveis
- Reestruturar as estratégias de Redução de Danos nos Distritos Sanitários de Saúde	- Diminuir a prevalência de DST/HIV/Aids em populações vulneráveis
- Manter as atividades assistenciais dentro dos Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE) em DST/HIV/Aids	- Garantir atendimento integral em DST/HIV/Aids.

Quadro 68 – Vigilância, Prevenção e Atenção em HIV/AIDS e outras DSTs – Propostas e Resultados Esperados

A.2.11 - Práticas Naturais de Saúde

PROPOSTAS	RESULTADOS ESPERADOS
- Oferecer a opção de prática natural de saúde à comunidade, buscando resgatar as espécies medicinais em extinção e orientar sua correta utilização;	- Aumentar o acesso à prática natural de saúde à população usuária do SUS
- Incentivar a utilização da homeopatia, acupuntura e de fitoterapia;	- Divulgar e ofertar outras modalidades terapêuticas à população usuária do SUS
- Ofertar atendimento ambulatorial em fitoterapia, homeopatia e acupuntura como opção de tratamento aos usuários do SUS;	- Aumentar o acesso à prática natural de saúde à população usuária do SUS
- Oferecer treinamento para equipe multiprofissional	- Capacitar os profissionais da rede de atenção à saúde nesta modalidade de assistência.
- Promover a integração da SMS com outros órgãos de saúde, Instituições de Ensino, entidades comunitárias e agentes populares de cura.	- Incrementar parcerias para a consolidação da prática natural de saúde
- Implantar o Farmácia Viva com a comunidade e a estratégia Programa Saúde da Família	- Propiciar o resgate de espécimes fitoterápicas e a formação de mudas para implantação de "Farmácia Viva".

Quadro 69 – Práticas Naturais de Saúde – Propostas e Resultados Esperados

A.2.12 - Atenção à Saúde do Negro

PROPOSTAS	RESULTADOS ESPERADOS
- Capacitar os profissionais de saúde da rede de atenção básica no atendimento adequado à população negra;	- Proporcionar atualização e capacitação dos profissionais de saúde, com vistas à integralidade da assistência à saúde a população negra.
- Implementar serviços de diagnóstico e tratamento das hemoglobinopatias;	- Promover o tratamento adequado às doenças prevalentes na população negra.
- Implementar o controle da anemia falciforme;	- Promover o tratamento adequado às doenças prevalentes na população negra.
- Implantar o Comitê de Saúde do Negro.	- Aprofundar mecanismo institucional de participação social.

Quadro 70 – Atenção à Saúde do Negro – Propostas e Resultados Esperados

A.3 - Serviço de Apoio Logístico à Saúde

Objetivo: Prover os departamentos da Secretaria Municipal da Saúde de suprimentos e serviços diversos para a implantação e gestão de seus programas finalísticos.

PROPOSTAS	RESULTADOS ESPERADOS
- Atualizar o sistema de informatização da rede de atenção à saúde.	Aprimorar o sistema de informação em saúde
- Manter e implementar o quadro de recursos humanos da Secretaria Municipal da Saúde	Garantir a execução das ações de saúde
- Manter o fornecimento contínuo e adequado de material de consumo e permanente na rede municipal de saúde	Garantir a execução das ações de saúde
- Realizar a manutenção preventiva e corretiva dos próprios da Secretaria Municipal da Saúde	Garantir a execução das ações de saúde
- Manter e conservar a frota de veículos da Secretaria Municipal da Saúde, ampliando-a segundo a necessidade	Garantir a execução das ações de saúde

PROPOSTAS	RESULTADOS ESPERADOS
- Manter e acompanhar a execução dos serviços terceirizados pela Secretaria Municipal da Saúde (radiologia, equipamentos, limpeza, etc.)	Garantir a execução das ações de saúde

Quadro 71 – Serviço de Apoio Logístico à Saúde – Propostas e Resultados Esperados

B - Suporte Profilático e Terapêutico

Objetivo: Garantir o acesso da população à assistência farmacêutica, aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico com qualidade, eficácia e eficiência.

PROPOSTAS	RESULTADOS ESPERADOS
Ampliar, adequar e informatizar a realização de exames de Análises Clínicas e de citopatologia no laboratório Municipal do Castelo Branco.	Otimizar a realização de exames na rede pública com controle de qualidade eficiente.
Adequar os exames de urgência de patologia clínica, realizados pelos laboratórios conveniados à Secretaria Municipal da Saúde às necessidades da rede de atenção.	Obter resultados dos exames com maior rapidez agilizando o fluxo de atendimento das urgências e emergências.
Implantar laboratório de manipulação incluindo medicamentos fitoterápicos e homeopáticos.	Produzir medicamentos fitoterápicos e homeopáticos para a rede municipal de saúde.

Quadro 72 – Suporte Profilático e Terapêutico – Propostas e Resultados Esperados

B.1 - Assistência Farmacêutica e Terapêutica

PROPOSTAS	RESULTADOS ESPERADOS
Manter os processos de aquisição de medicamentos para atenção básica.	Garantir o acesso da população à Assistência Farmacêutica
Implementar a padronização para atendimento da atenção secundária	Garantir o acesso da população à Assistência Farmacêutica
Implementar a Assistência Farmacêutica, visando prioritariamente o atendimento ao idoso, Saúde Mental, DST/AIDS, Diabetes, Hipertensão, Saúde da Mulher.	Aumentar a adesão farmacoterapêutica
Implantar as Farmácias Populares através de convênio com a FIOCRUZ .	Oferecer medicamentos à população não usuária do SUS, a preços mais acessíveis.

Quadro 73 – Assistência Farmacêutica e Terapêutica – Propostas e Resultados Esperados

B.2 - Política de Urgência e Emergência para o Município

Objetivo: Atender às urgências e emergências em saúde em consonância com as Políticas Nacionais de Atenção às Urgências (PNAU).

PROPOSTAS	RESULTADOS ESPERADOS
Manter e incrementar o SAMU-192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)	- Promover a atenção adequada às urgências e emergências
Realizar a adequação tecnológica e arquitetônica das Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS)	- Adequar as UBDS de acordo com a PNAU em unidades pré-hospitalares de atendimento a urgência e emergência - Porte II

PROPOSTAS	RESULTADOS ESPERADOS
Implantar serviço de Radiodiagnóstico em todas as UBDS	- Facilitar a resolutividade dos serviços de urgência e emergência
Implementar o serviço de Patologia Clínica para todas as UBDS	- Facilitar a resolutividade dos serviços de urgência e emergência
Implantar acolhimento com classificação de risco em todas as UBDS, em consonância com a Política de Nacional de Humanização (PNH).	- Qualificar a atenção de urgência e emergência, visando a satisfação da necessidade do usuário.
Capacitar as equipes de saúde de toda a rede de atenção no atendimento às urgências e emergências	- Proporcionar atualização e capacitação dos profissionais de saúde, com vistas à integralidade da assistência à saúde.
Transferir a Central de Regulação Médica de Urgência para a sede da Secretaria Municipal de Saúde, compondo com outras centrais de regulação o Complexo Regulador do Sistema de Atenção a Saúde.	- Integrar a rede de atenção as urgências no Complexo Regulador do Sistema de Atenção à Saúde.
Manter e normatizar o serviço de remoção de pacientes	- Garantir a eficiência, equidade e qualidade na prestação deste serviço.

Quadro 74 – Política de Urgência e Emergência para o Município – Propostas e Resultados Esperados

C - Assistência Hospitalar e Ambulatorial

Objetivo: Garantir o acesso à assistência de média e alta complexidade aos usuários do SUS

PROPOSTAS	RESULTADOS ESPERADOS
Manter e implementar o atendimento especializado e multidisciplinar em saúde.	Garantir o atendimento especializado e o acesso aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários atendidos em unidades secundárias de atenção à saúde.
Implantar as Policlínicas na área de abrangência dos Distritos de Saúde	Aumentar a cobertura do atendimento secundário favorecendo o acesso e a integralidade da atenção à saúde.
Implantar o complexo regulador do sistema de atenção à saúde.	Promover a equidade do acesso e a integralidade da atenção à saúde aos usuários do SUS.
Garantir a assistência integral à saúde dos usuários através da celebração de novos convênios /contratos, preferencialmente, com entidades filantrópicas e de forma complementar com entidades com fins lucrativos para ações de atenção à saúde.	Complementar a atenção à saúde prestada pelo SUS no atendimento das necessidades de saúde dos usuários de Ribeirão e região da DIR XVIII, segundo diretrizes da Programação Pactuada e Integrada (PPI).
Implantação das comissões de acompanhamento dos convênios e contratos	Monitorar e avaliar a execução dos convênios e contratos, subsidiando o planejamento do sistema de atenção à saúde.

Quadro 75 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial – Propostas e Resultados Esperados

D - Alimentação e Nutrição Saudável

Objetivo: Promover a alimentação saudável no ciclo de vida e prevenir e controlar os distúrbios nutricionais e doenças relacionadas à alimentação e nutrição.

PROPOSTAS	RESULTADOS ESPERADOS
Implantar o atendimento da clientela portadora de agravos nutricionais, segundo diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Portaria MS nº 710 (26/06/1999) com a criação do Centro de Referência em Nutrição na rede de atenção do município.	- Garantir a promoção de práticas alimentares saudáveis, a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos. - Monitorar a situação alimentar e nutricional dos usuários
Desenvolver educação permanente das equipes de saúde a partir do elenco de necessidades.	- Proporcionar espaços de atualização/capacitação das equipes de trabalho das unidades, a partir das necessidades, com vistas à integralidade da assistência.
Aquisição de alimentos e suplementos nutricionais com fins terapêuticos.	Atender crianças que necessitem de fórmula infantil Atender pacientes, seguidos pelo SAD, com dieta enteral ou suplementos.
Consolidação do SISVAN	Compra de gráficos de crescimento, preconizado pelo MS, para substituir os existentes; Consolidação dos dados, compra de um Microcomputador, com impressora a laser, e acesso à Internet; Adequação das Unidades com balanças e réguas; Em 2006 – avaliar todas as gestantes e crianças até 10 anos, nas unidades; Em 2007 – avaliar todos os adolescentes, crianças e gestantes; Em 2008 – Avaliar todos os idosos, adolescentes, crianças e gestantes; Em 2009 – avaliar todos os adultos, idosos, adolescentes, crianças e gestantes.
Implantar o atendimento da clientela portadora de agravos nutricionais com criação do Centro de Referência em Nutrição.	Diminuição da prevalência de desnutrição, obesidade e anemia.
Promover atividades de educação referentes à Semana Mundial de Alimentação.	Realizar atividades em todas as Unidades de Saúde e áreas Públicas do Município.
Participar das Equipes de Vigilância Sanitária	Participar da equipe da Vigilância Sanitária
Participar da Equipe de Assistência Domiciliar	Prestar Assistência Nutricional Domiciliar, junto à equipe multiprofissional.

Quadro 76 – Alimentação e Nutrição Saudável – Propostas e Resultados Esperados

E - Vigilância em Saúde

Objetivos:

- Reorientar o modelo de atenção à saúde, superando as dicotomias entre práticas coletivas e as práticas individuais.
- Prevenir riscos à saúde da população mediante a garantia da qualidade dos produtos, serviços e ambientes; controle vetorial e redução da morbimortalidade por doenças transmitidas por vetores e zoonoses

E.1 - Vigilância Epidemiológica

PROPOSTAS	RESULTADOS ESPERADOS
Incrementar a descentralização das ações de vigilância epidemiológica para a rede de saúde	- Aprimorar a avaliação da situação epidemiológica do município por Distrito de Saúde
Construir central para a distribuição de imunobiológicos, de acordo com as normas sanitárias vigentes.	- Garantir a qualidade e conservação no armazenamento e distribuição dos imunobiológicos.
Implementar a cobertura vacinal para todos os imunobiológicos do Programa Nacional e Estadual de Imunização	- Atingir a cobertura vacinal na população do município de acordo com os índices do Programa Nacional e Estadual de Imunização
Manter e incrementar as ações do Comitê Municipal de Mortalidade Materna e Infantil na Secretaria Municipal de Saúde	- Monitorar e avaliar as causas de mortalidade materna e infantil, subsidiando o planejamento do sistema de atenção à saúde.
Desenvolver educação permanente das equipes de saúde e população, a partir da eleição de necessidades.	- Proporcionar a atualização e capacitação, com vistas à integralidade da assistência à saúde.

Quadro 77 – Vigilância Epidemiológica – Propostas e Resultados Esperados

E.2 - Vigilância Sanitária

PROPOSTAS	RESULTADOS ESPERADOS
Desenvolver Plano de Ações em Vigilância Sanitária para o município	- Melhorar os indicadores de saúde da comunidade no tocante as ações de vigilância sanitária.
Incrementar a descentralização das ações de vigilância sanitária para a rede de saúde	- Aprimorar a avaliação da situação sanitária do município por Distrito de Saúde
Implementar a Vigilância de Infecções Hospitalares	- Integrar os hospitais nas ações de vigilância estimulando as notificações das infecções hospitalares. - Avaliar e propor possíveis medidas de controle de infecção hospitalar
Incrementar as ações do Programa Pró-Água	- Cumprir metas pactuadas com os governos Federal e Estadual. Garantir melhor qualidade e segurança no abastecimento de água do município
Desenvolver educação permanente das equipes de saúde e população, a partir da eleição de necessidades.	- Proporcionar a atualização e capacitação, com vistas à integralidade da assistência à saúde.

Quadro 78 – Vigilância Sanitária – Propostas e Resultados Esperados

E.3 - Controle de Zoonoses e Vetores

PROPOSTAS	RESULTADOS ESPERADOS
Incrementar a descentralização das ações de controle de zoonoses e vetorial para a rede de saúde	- Aprimorar a avaliação da situação do município por Distrito de Saúde
Implementar o Programa de Controle de Raiva Animal	- Manter o município livre da circulação do vírus rábico na população animal, protegendo a população humana contra essa doença.
Incrementar as ações de controle da infestação do <i>Aedes aegypti</i> e do escorpião	- Manter em controle a transmissão da dengue e reduzir a infestação de escorpião no município
Expandir ações de controle de vetores e animais sinantrópicos para doenças não trabalhadas, no momento, e controle de agravos	- Controlar infestações de roedores, carrapatos, pulgas, pombos, baratas
Desenvolver educação permanente das equipes de saúde e população, a partir da eleição de necessidades.	- Proporcionar a atualização e capacitação, com vistas à integralidade da assistência à saúde.

Quadro 79 – Controle de Zoonoses e Vetores – Propostas e Resultados Esperados

V.3 - Previsão de Recursos Orçamentários - 2005/2008

A garantia para implantação da reorganização do sistema de atenção à saúde, no modelo proposto, se dará pela adoção do orçamento-programa, na previsão das ações no Plano Plurianual - PPA 2006-2009, e anualmente na Lei de Diretrizes Orçamentária Anual - LDO.

Neste sentido, é necessário frisar a importância da construção do novo modelo de atenção e seu reflexo na peça orçamentária, bem como o PPA como ferramenta de planejamento para o Gestor Público Municipal.

Com a nova proposta de orçamento-programa, garantiu-se a aplicação de recursos bem como a identificação transparente dos investimentos na saúde. Trata-se realmente de uma conquista para o Gestor Público Municipal, que possuirá agora em suas mãos mecanismos de controle mais eficientes para a execução do orçamento e, também, para o Conselho Municipal de Saúde que terá, com mais clareza, uma visão do investimento e do custeio da saúde do município.

As prestações de contas serão mais objetivas e identificarão melhor a despesa paga, a origem da despesa, sua aplicação e suas variações, permitindo a todos uma melhor compreensão dos gastos com saúde no município.

Na elaboração do orçamento-programa procurou-se agrupar as ações em saúde em programas e cada qual a uma sub-função de governo, conforme definido a seguir:

Tabela 80 – Orçamento: Sub-funções e Programas	
SUB-FUNÇÃO	PROGRAMA
Alimentação e Nutrição	Alimentação e Nutrição Saudável
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Atenção Básica	Programas em Saúde
Atenção Básica	Reorganização do Sistema de Atenção à Saúde
Atenção Básica	Serviço de Apoio Logístico à Saúde
Suporte Profilático e Terapêutico	Assistência Farmacêutica e Terapêutica
Suporte Profilático e Terapêutico	Política de Urgência e Emergência para o Município
Vigilância Epidemiológica	Modernização da Vigilância em Saúde
Vigilância Epidemiológica	Vigilância em Saúde
Vigilância Sanitária	Visa, Controle de Zoonoses e Vetores

Esta divisão simplesmente possibilitará uma melhor compreensão da despesa e dos recursos alocados.

Outra preocupação quando da elaboração deste modelo orçamentário foi a de identificar e mensurar cada ação envolvida para a consecução dos programas, de forma a permitir acompanhar o desenvolvimento das propostas, a execução das metas e o alcance do pretendido, de forma quantificada, e identificada financeiramente. Assim sendo, cada programa passará a ser identificado na peça orçamentária, a partir de 2006, através de dotação específica. Esta é uma alteração muito grande em relação à prática anterior, visto que, havia apenas no orçamento a identificação de dotação globalizada referente aos recursos próprios e outra referente aos recursos vinculados, que constituíam no todo o Fundo Municipal da Saúde. A nova proposta identifica cada programa em sua sub-função de governo, e ainda constitui na totalidade os recursos específicos do Fundo Municipal da Saúde.



Figura 81 – Estrutura do Fundo Municipal de Saúde – Ribeirão Preto/SP

Procurou-se, portanto, identificar na peça orçamentária o custeio e o investimento necessários para alimentar o sistema de atenção à saúde, de forma a garantir a sua execução e reservar no orçamento do município o investimento necessário para a expansão dos serviços, quer seja, motivado pelo aumento da demanda ou pela construção de novos componentes de atendimento à população, através da estratégia Saúde da Família ou unidades de saúde tradicionais.

Os recursos reservados no orçamento podem então ser identificados pela sub-função de governo ou área de atuação:

SUB-FUNÇÃO DE GOVERNO	EXERCÍCIO FINANCEIRO			
	2006	2007	2008	2009
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	R\$ 195.168,00	R\$ -	R\$ -	R\$ -
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	R\$ 47.724.700,00	R\$ 47.724.700,00	R\$ 47.724.700,00	R\$ 47.724.700,00
ATENÇÃO BÁSICA	R\$ 143.655.429,00	R\$ 147.805.980,00	R\$ 157.473.350,00	R\$ 167.960.947,00
SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPEUTICO	R\$ 10.042.738,00	R\$ 10.568.462,00	R\$ 10.942.286,00	R\$ 11.524.974,00
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	R\$ 525.801,00	R\$ 91.461,00	R\$ 80.372,00	R\$ 41.130,00
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	R\$ 3.007.310,00	R\$ 2.281.833,00	R\$ 2.320.866,00	R\$ 2.225.631,00
PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA	R\$ 205.151.146,00	R\$ 208.472.436,00	R\$ 218.541.574,00	R\$ 229.477.382,00

Quadro 82 – Projeção da Distribuição de Recursos Orçamentários por Sub-função de Governo conforme o PPA 2006-2009

Fica evidente a opção do Gestor Municipal pela aplicação privilegiada de recursos na Atenção Básica, reflexo das ações da reorganização do sistema de atenção à saúde.

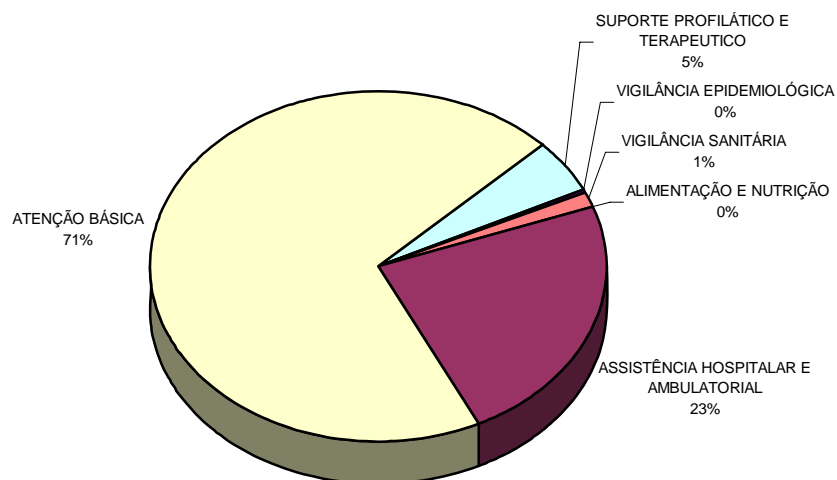


Gráfico 83 – Aplicação de Recursos no Orçamento da SMS – PPA 2006-2009

Importante frisar, que os recursos destinados estão divididos em custeio e investimentos, de forma a contemplar as mudanças propostas para os quatro anos deste plano municipal de saúde, e estão consignados no PPA 2006-2009.

Quanto aos investimentos, temos a seguinte situação para o período 2006-2009:

SUB-FUNÇÃO	PERÍODO 2006 - 2009	
	PRÓPRIO	VINCULADO
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	R\$ -	R\$ -
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	R\$ -	R\$ -
ATENÇÃO BÁSICA	R\$ 22.239.803,00	R\$ 6.749.500,00
SUORTE PROFILÁTICO E TERAPEUTICO	R\$ 20.000,00	R\$ -
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	R\$ 42.000,00	R\$ 378.000,00
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	R\$ 48.510,00	R\$ 1.965.342,00
TOTAL DE INVESTIMENTOS	R\$ 22.350.313,00	R\$ 9.092.842,00
	3,62%	3,72%
TOTAL DE RECURSOS	R\$ 617.170.041,00	R\$ 244.472.495,00
	R\$	861.642.536,00

Quadro 84 – Alocação de Recursos para Investimentos – PPA 2006-2009

Note-se que os investimentos concentram-se na atenção básica, com predominância dos recursos próprios sobre os vinculados, o que traduz-se pela preocupação do Gestor Público, neste novo modelo, em adequar a rede de atenção à saúde, de forma a maximizar o atendimento, e criar condições para acolhimento das necessidades do sistema.

Podemos afirmar que dos recursos destinados a investimentos na atenção básica, 18,41% serão alocados para a implantação da estratégia Saúde da Família, e 71,24% para a adequação da infra-estrutura da rede de atenção à saúde. No quadro abaixo, demonstramos como se darão estes investimentos previstos no PPA 2006-2009:

DESTINO	PERÍODO 2006 - 2009			
	PRÓPRIO	VINCULADO	TOTAL	
SAÚDE DA FAMÍLIA	R\$ 2.460.000,00	R\$ 2.876.356,00	R\$ 5.336.356,00	18,41%
INFORMATIZAÇÃO	R\$ 425.078,00	R\$ 375.390,00	R\$ 800.468,00	2,76%
REFORMAS E AMPLIAÇÕES	R\$ 17.900.000,00	R\$ 2.751.800,00	R\$ 20.651.800,00	71,24%
MATERIAL PERMANENTE	R\$ 1.450.725,00	R\$ 745.954,00	R\$ 2.196.679,00	7,58%
EDUCAÇÃO PERMANENTE	R\$ 4.000,00	R\$ -	R\$ 4.000,00	0,01%
TOTAL DE INVESTIMENTOS	R\$ 22.239.803,00	R\$ 6.749.500,00	R\$ 28.989.303,00	100,00%

Quadro 85 – Investimentos na Atenção Básica – Período 2006-2009

Em termos de origem dos recursos orçamentários, temos a seguinte distribuição:

ORIGEM DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS	EXERCÍCIO FINANCEIRO			
	2006	2007	2008	2009
RECURSOS PRÓPRIOS				
Receitas Correntes	R\$ 134.692.075,00 65,66%	R\$ 143.909.392,00 69,03%	R\$ 152.977.740,00 69,98%	R\$ 163.240.522,00 71,14%
Receitas de Capital	R\$ 6.203.313,00 3,02%	R\$ 5.356.000,00 2,57%	R\$ 5.429.000,00 2,48%	R\$ 5.429.000,00 2,37%
Sub-total	R\$ 140.895.388,00 68,68%	R\$ 149.265.392,00 71,60%	R\$ 158.406.740,00 72,46%	R\$ 168.669.522,00 73,50%
RECURSOS VINCULADOS				
Receitas Correntes	R\$ 59.591.254,00 29,05%	R\$ 57.659.999,00 27,66%	R\$ 58.625.830,00 26,82%	R\$ 59.502.571,00 25,93%
Receitas de Capital	R\$ 4.664.504,00 2,27%	R\$ 1.547.045,00 0,74%	R\$ 1.576.004,00 0,72%	R\$ 1.305.289,00 0,57%
Sub-Total	R\$ 64.255.758,00 31,32%	R\$ 59.207.044,00 28,40%	R\$ 60.201.834,00 27,54%	R\$ 60.807.860,00 26,50%
TOTAL PREVISTO	R\$ 205.151.146,00 100,00%	R\$ 208.472.436,00 100,00%	R\$ 218.608.574,00 100,00%	R\$ 229.477.382,00 100,00%
TAXA DE CRESCTO.		1,62%	4,86%	4,97%

Quadro 86 - Origem dos Recursos Orçamentários – PPA 2006-2009

Toda a lógica da reestruturação do sistema de atenção à saúde está registrada e prevista no PPA 2006-2009, servindo de orientação para os orçamentos anuais a serem desenvolvidos no período em questão. A previsão da despesa é uma preocupação neste plano municipal de saúde, pois somente o conhecimento profundo das origens da mesma, poderá dar-nos subsídios para aplicação otimizada dos recursos públicos envolvidos.

Portanto, o PPA como instrumento de planejamento é eficaz enquanto seguido na elaboração orçamentária anual, mas não há garantias de aplicação, visto que a realidade financeira do município é que determinará a destinação de recursos e inclusive a consignação de dotação orçamentária para o Fundo Municipal de Saúde.

O seguinte quadro demonstra a evolução orçamentária municipal quanto à destinação de recursos para a área da saúde.

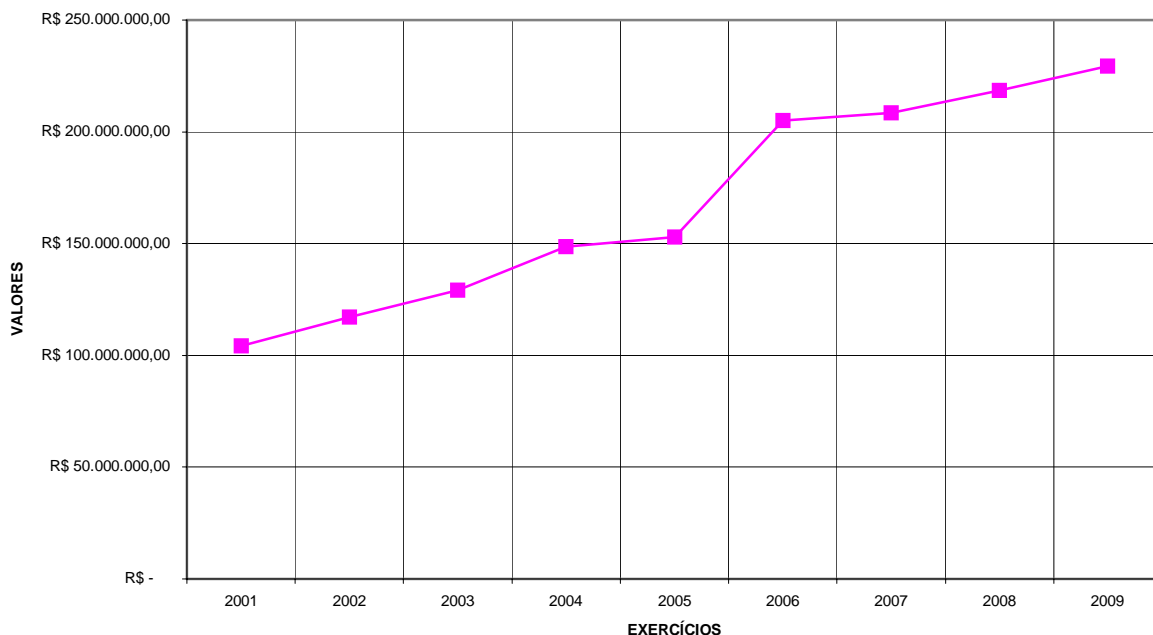
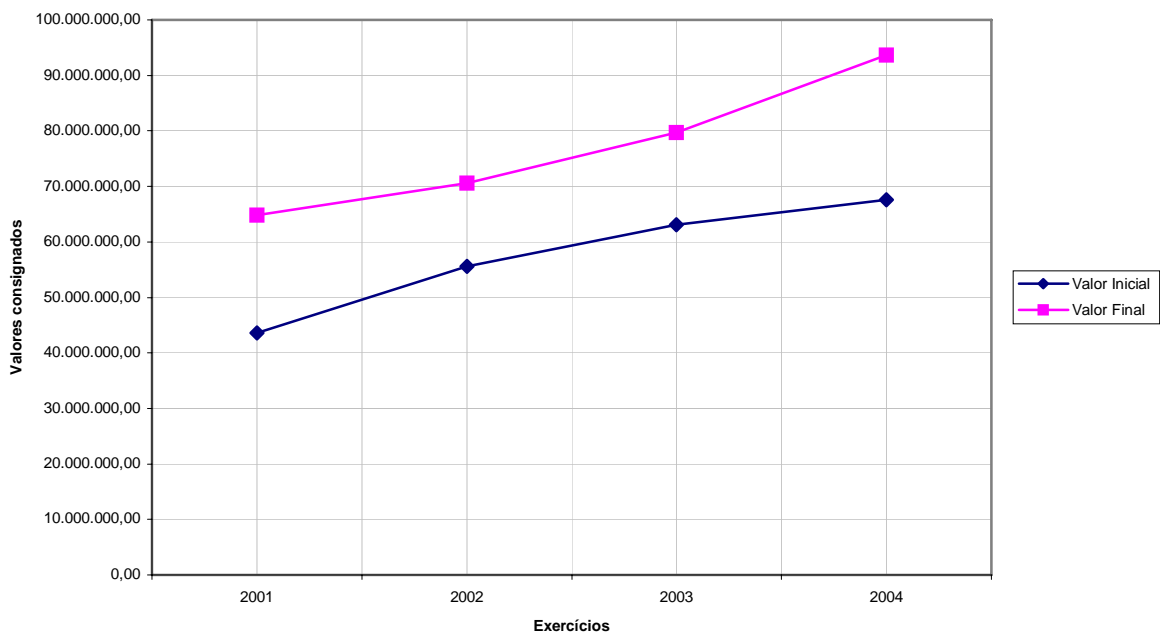


Gráfico 87 – Evolução Orçamentária para a função Saúde

No período 2001-2005, tivemos um crescimento aproximado de 46,5% no orçamento destinado à Secretaria Municipal da Saúde, e para o período de 2006-2009 o PPA contempla um crescimento de 50% em relação ao orçamento atual (2005), note-se que apesar dos dois períodos terem crescimentos parecidos, o mesmo dar-se-á na previsão de forma diferente. Enquanto no período de 2001-2005 o crescimento é ascendente ao longo do tempo, no período 2006-2009 o mesmo é de crescimento maior em relação ao ano de 2005, onde se dá o pico (34%), e atenuado no período seguinte quando o crescimento será ao final correspondente a 11,85%.

Este crescimento dar-se-á pelo impacto da reorganização do sistema de atenção à saúde, que prevê, para o ano de 2006, várias intervenções na infraestrutura da rede de atenção e aquisição de equipamentos em substituição ou aparelhamento nas unidades de saúde do município.

Como comparativo, e para melhor entendimento do orçamento municipal na área de saúde, da sua fixação inicial pelos técnicos da Secretaria da Saúde, adequações orçamentárias pela fazenda municipal, e alterações quando da execução, temos como resultado final o aumento de recursos alocados no decorrer do exercício financeiro; comprovação de que a peça orçamentária sofre intervenções quando da sua fixação, o que acarreta danos ao processo de planejamento na saúde.



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde - Recursos Próprios aplicados em saúde
Gráfico 88 – Orçamento Fixado X Realizado

Quanto ao valor "per capita" investido na saúde, temos no quadro a seguir, um demonstrativo da evolução no período de 2001-2005, e o que se pretende para o período 2006-2009, conforme registrado no PPA 2006-2009. Utilizamos nesta projeção dados de evolução populacional fornecidos pelo IBGE.

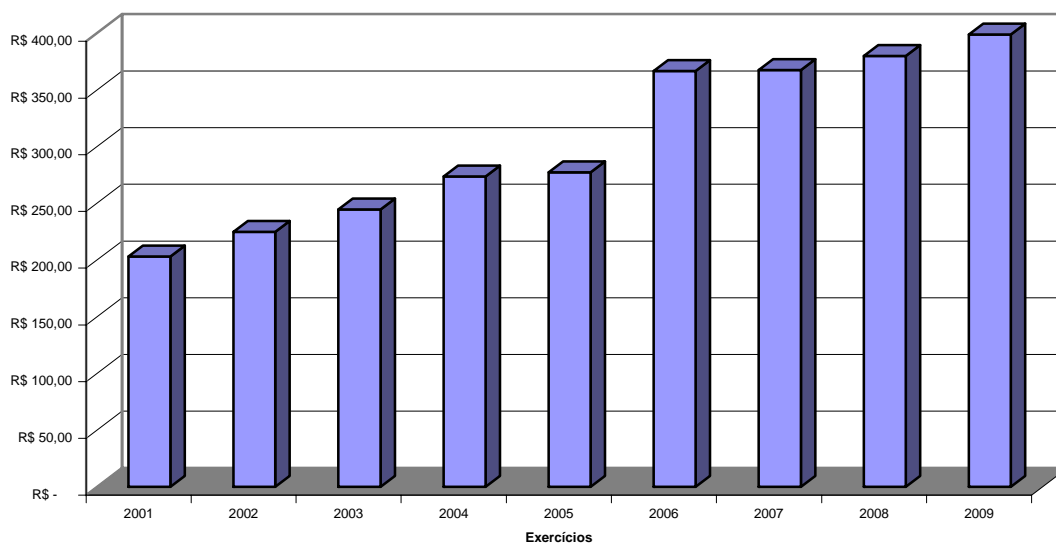


Gráfico 89 – Evolução do Investimento "per capita" ano, em Saúde

Estes dados baseiam-se na projeção realizada quando da fixação das metas para o PPA 2006-2009, podendo vir a serem alterados nos exercícios futuros quando da fixação das peças orçamentárias em decorrência da insuficiência de recursos financeiros para arcar com os investimentos previstos para o período.

Toda e qualquer alteração futura que importe em cortes nos investimentos em saúde provenientes dos recursos próprios do tesouro municipal, poderá vir a prejudicar seriamente os resultados esperados se não acompanhados de outra fonte de financiamento. Muitos dos programas e projetos previstos neste plano foram idealizados tendo por base a existência de uma fonte de financiamento segura, quer seja o erário municipal ou outro agente financiador, tal qual o Ministério da Saúde, ou o Banco Mundial, por exemplo.

Os recursos alocados em investimento para reorganização do sistema de atenção básica, principalmente focados na atenção básica, têm origem principalmente, no erário municipal, acompanhado de recursos oriundos do Ministério da Saúde. O sucesso de implantação do Programa Saúde da Família em Ribeirão Preto, dar-se-á em decorrência do investimento próprio, visto que, pelas características do município, os recursos para implantação encaminhados pelo Ministério da Saúde serão insuficientes, bem como, há as obrigações de custeio que são próprias do município, tal qual a folha de pagamento do pessoal. Qualquer eventual corte nos valores previstos poderá influir negativamente na execução do programa no futuro.

Com a estabilização econômica de nosso país, e o fortalecimento da moeda, o orçamento municipal se tornou um instrumento muito eficaz para o planejamento das ações; visto que a previsibilidade da despesa projetada para o futuro é algo hoje confiável, de forma que temos como antecipar e precaver problemas que antes somente seriam conhecidos na execução orçamentária.

O eficiente controle da peça orçamentária, na sua elaboração e execução é muito importante como ferramenta para tomada de decisões pelo gestor municipal, visto que, possibilitará, na eventual falta de recursos financeiros para arcar com algum dos investimentos, a priorização daquele que tenha o impacto de não prejudicar o projeto de implantação da reorganização do sistema de atenção à saúde previsto neste plano municipal.

CONSULTA BIBLIOGRAFICA

- SP. Demográfico Estatísticas Vitais. Informativo – Julho nº 2 – Mortalidade Infantil Níveis e tendências – SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise e Dados www.seade.sp.gov.br
- Portal do Governo do Estado de São Paulo – Polícia Civil www.policia-civ.sp.gov.br
- Entrevista Prof. Dr. Sérgio Adorno – Revista Médicos HCFM-USP – Ano II nº 8 maio/junho 1999
- Manual de Orientações para o Pacto da Atenção Básica e Programação Pactuada e Integral de Vigilância em Saúde – Secretaria de Estado da Saúde – 2004
- Franco, L.J. (org) – Fundamentos de Epidemiologia – 2005 Editora Manole Ltda.
- Saúde Brasil 2004 – Uma Análise da Situação de Saúde – Ministério da Saúde – Maio 2004.
- BRASIL. Lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 20 Set.1990. Disponível em www.cff.org.br/legis/leis%5Cleis_8080_90.html.
- Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS/01/96 (publicado no Diário Oficial da União em 06/Novembro/1996
- Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde – NOAS-SUS/01/02
- CHAVES L. D. P. **Produção de internações nos hospitais sob gestão municipal em Ribeirão Preto-SP, 1996-2003**. Ribeirão Preto-SP, 2005. 148 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Instituição de Ensino de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005.
- Lei Complementar 101/2000, de 04 de Maio de 2000 – Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.
- DEL 200, de 25 de Fevereiro 1967 – Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece Diretrizes para a reforma administrativa e dá outras providências.
- Lei 4.320, de 17 de Março de 1964 – Institui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.
- Emenda Constitucional nº 29/2000, de 13 de Setembro de 2000 – Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao ato das disposições constitucionais transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.
- Resolução CNS 322, de 08 de Maio de 2003 – Aprovar diretrizes acerca da aplicação da EC nº 29, de 13/09/2000.
- Lei Municipal nº 5.971/1991 – Institui o Fundo Municipal de Saúde – FMS e dá outras providências.
- Portaria 710, de 10 de Junho de 1999 - Ministério da Saúde - Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1101/GM, de 12 de junho de 2002. Dispõe sobre os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. Brasília, DF, 12 Jun.2002.

ANEXOS