



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

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE



Período 2010 - 2013

2009

***Dárcy da Silva Vera
Prefeita Municipal***

***Dr^a Carla Palhares Queiroz
Secretária Municipal da Saúde***

***Dr^a Darlene Caprari Pires Mestriner
Assistente da Secretária***

Equipe Técnica responsável pela elaboração:

Coordenação

***Enf. Denise Minto
Chefe da Divisão de Planejamento em Saúde
COREN nº 39.110***

Membros

***CD. Celso Luiz Lopes
Cirurgião Dentista - CRO 10967***

***Adm. David Ranieri Bulgari
Administrador – CRA 46.959/SP***

***Enf. Elizabeth Petersen Coelho Barbosa Lima
Enfermeira - COREN SP24008***

***Enf. Silvia Cristina Souza Dib
Enfermeira – COREN SP41401***

Colaboração

***Equipe Técnica dos Departamentos, Divisões e Programas da
Secretaria Municipal da Saúde
Conselho Municipal de Saúde
Representantes de Instituições de Ensino parceiras
Participantes das oficinas de Inte(g)ração***

SUMÁRIO

Item	Página
1 – Introdução	2
2 – Caracterização geral do município	4
2.1 – Histórico	4
2.2 – Localização	5
3 – Análise da situação de saúde no município	6
3.1 – Condições de saúde da população	6
3.1.1 – Perfil demográfico	6
3.1.2 – Perfil socioeconômico	9
3.1.3 – Perfil epidemiológico	12
3.1.4 – Vigilância em saúde	20
3.1.5 – Atenção básica	23
3.1.6 – Assistência ambulatorial especializada	24
3.1.6.1 – Complexo regulador	24
3.1.6.2 – Laboratório	26
3.1.7 – Urgência e emergência	26
3.1.8 – Assistência hospitalar	28
3.1.9 – Assistência farmacêutica	30
3.2 – Determinantes e condicionantes	32
3.3 – Gestão em saúde	33
3.3.1 – Planejamento	34
3.3.2 – Descentralização/regionalização	38
3.3.3 – Financiamento	39
3.3.4 – Participação social	45
3.3.5 – Gestão do trabalho em saúde	46
3.3.6 – Educação em saúde	48
3.3.7 – Informatização em saúde	49
3.3.8 – Infra-estrutura	53
4 – Objetivos, diretrizes e metas	
4.1 – Em relação às condicionantes de vida da população	55
4.2 – Em relação aos determinantes e condicionantes de saúde	67
4.3 – Em relação à gestão em saúde	68
5 – Anexos	
5.1 – Projetos	74
5.2 - Relação de Unidades de Saúde	99
5.3 - Organograma da Secretaria Municipal da Saúde	104
5.4 - Relação dos participantes na Oficina Inte(g)ração: trabalhadores, gestores, usuários e instituições de ensino para composição do Plano Municipal de Saúde 2010-2013	105
Referências	107

I – Introdução

O Sistema Único de Saúde pode ser considerado como a maior política de inclusão social do Brasil. Nestes 20 anos de existência alcançou importantes conquistas para a população e vem se consolidando como um sistema universal e equânime, capaz de atender às necessidades em saúde de aproximadamente 180 milhões de brasileiros.

A Constituição Federal de 1988 trouxe cidadania à população ao estabelecer o direito universal à saúde como dever do estado, levando a construção de um sistema de saúde universal, descentralizado, participativo com controle social e que atenda a todos os brasileiros sem distinção, utilizando a lógica do cuidado que é um conceito ampliado de saúde, o qual não trata só a doença, mas também busca a prevenção, a qualidade de vida e o atendimento integral das necessidades de saúde da população.

A organização e gestão desse sistema é um **processo**, que encontra-se em diferentes estágios, ao se comparar estados regiões e municípios, ainda heterogêneos, tanto do ponto de vista epidemiológico como da própria estruturação e gestão dos serviços oferecidos à população.

A descentralização efetiva, trazida com as diretrizes do SUS, está cada vez mais fortalecida, consolidada pelo PACTO PELA SAÚDE, (portaria. GM 699/2006). O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

Com a posse de novos gestores em 56% dos municípios do Estado de São Paulo (Nota Técnica CIB – Instrumentos de Planejamento na Gestão Municipal do SUS - 2009), e com o desenvolvimento da regionalização se faz necessário o aprimoramento da gestão, com ênfase no planejamento que tem como ferramenta articular mudanças e aprimorar o desempenho dos sistemas de saúde.

O gestor municipal reconhece a Atenção Básica como prioridade, colocando-a como foco de investimentos e com legitimação técnica e política; apontando diretrizes e estratégias para o fortalecimento da Atenção Básica no município, sempre integrada com a região de saúde.

Esses esforços devem se traduzir na prática, na implementação de processos que permitam a formulação e a aplicação efetiva de instrumentos básicos de planejamento, na conformidade dos princípios e diretrizes que regem o SUS (PLANEJASUS- 2008).

O Plano de Saúde, as Programações Anuais de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão, tem por finalidade apoiar o gestor na condução do SUS, no âmbito do seu território, de modo a alcançar a efetividade esperada na melhoria da qualidade dos níveis de saúde de sua população e no aperfeiçoamento do Sistema, sendo estes instrumentos de gestão que visam o aprimoramento do Sistema de Saúde.

As discussões atuais entre os gestores de saúde, em cada nível de governo, apontam para que o Plano de Saúde, que é a base de todas as atividades e programações do SUS, deva ser compatível com o Plano Plurianual e com as anuais LDO e LOA. Nesse sentido, o Plano de Saúde é também plurianual, sendo operacionalizado por intermédio das Programações Anuais que, no tocante aos recursos financeiros necessários a sua consecução, devem manter igualmente a necessária uniformidade com a LDO e a LOA. Enfim, o PPA, a LDO, a LOA, o Plano de Saúde e as Programações Anuais de Saúde são instrumentos que balizam a formulação de programações específicas de áreas técnicas, a exemplo das atuais PPI da assistência, da PPI da Vigilância em Saúde, da programação das DST/Aids, da atenção básica, da assistência farmacêutica, etc.

O Plano Plurianual (PPA) 2006-2009, que definiu o Orçamento Municipal para o ano 2009, teve suas metas e prioridades definidas pelo Plano Municipal de Saúde 2005-2008.

Com o intuito de se articular/integrar este Plano Municipal de Saúde com o PPA (2010-2013) e conseqüentemente com o Orçamento Municipal, propomos que o período de vigência deste Plano seja igual ao período do PPA (3 anos da gestão atual e 1 da seguinte), isto é 2010 – 2013.

Diante da quantidade e complexidade das tarefas a serem realizadas, no processo de planejamento, algumas etapas são fundamentais, como a participação no diagnóstico, análise e entendimento do sistema, assim como a avaliação de suas capacidades. Dessa forma é possível definir metas e objetivos, assim como priorizar ações e equacioná-las de acordo com os recursos disponíveis.

Entendemos que a participação dos vários segmentos no processo de planejamento (usuários, trabalhadores e gestores) não finaliza com a apresentação desse instrumento, mas sim com a proposta de avaliação e monitoramento das ações, com efetiva participação de todos os envolvidos.

Com o olhar voltado para a melhoria da saúde pública, é necessário criar estratégias eficientes de acompanhamento, propiciando o uso correto dos instrumentos de gestão. É necessário assumir novas responsabilidades e o comprometimento com o cuidado da população que a equipe se propõe a assistir.

2 – Caracterização geral do município

2.1 – Histórico

O antigo povoado de Ribeirão Bonito, em cujas terras se desenvolveu o atual município de Ribeirão Preto, foi ocupado em meados do século XIX por fazendas de criação de gado, pertencentes ao então distrito de São Simão. O gradual crescimento da população levou à construção de uma capela na região, cabendo a José Mateus dos Reis a doação das primeiras terras para formação do patrimônio da futura capela em louvor de São Sebastião de Ribeirão Preto.

A capela ficaria pronta somente em 9 de janeiro de 1868, mas parece ter criado condições para o início do desenvolvimento administrativo de Ribeirão Preto. Em 2 de abril de 1870, foi, então, criada a freguesia de Ribeirão Preto em terras do município de São Simão. Apenas um ano mais tarde, em 12 de abril de 1871, tornou-se Vila.

A autonomia política e a existência de solos bastante férteis fizeram com que muitas famílias se deslocassem para a região, expandindo a agricultura e o comércio. Mas foi a partir de 1876, quando o Dr. Luís Pereira Barreto introduziu o café tipo “bourbon”, que a cidade experimentou um crescimento acelerado. A perfeita adaptação desse tipo de café àquelas terras levou as lavouras a se transformarem, em curtíssimo tempo, em grandes cafezais.

Em 7 de abril de 1879, seu nome foi alterado para Entre Rios e, em 30 de junho de 1881, passou definitivamente para o atual. Dois anos depois, em 1883, chegaram os trilhos de Companhia Mogiana de Estradas de Ferro, o que deu novo impulso a Ribeirão Preto, que recebeu foros de cidade em 1º de abril de 1889.

Convertida em pólo econômico de atração e irradiação de atividades, possuía uma região de influência que abrangia boa parte do interior de São Paulo e parcelas de Minas Gerais e do Estado de Goiás. Apesar de ter atravessado vários momentos de crise, como, por exemplo, o do declínio do café, o ritmo de desenvolvimento local não foi prejudicado de modo significativo.

Aniversário: 19 de junho

Santo Padroeiro: São Sebastião

Prefeita: Dárcy da Silva Vera

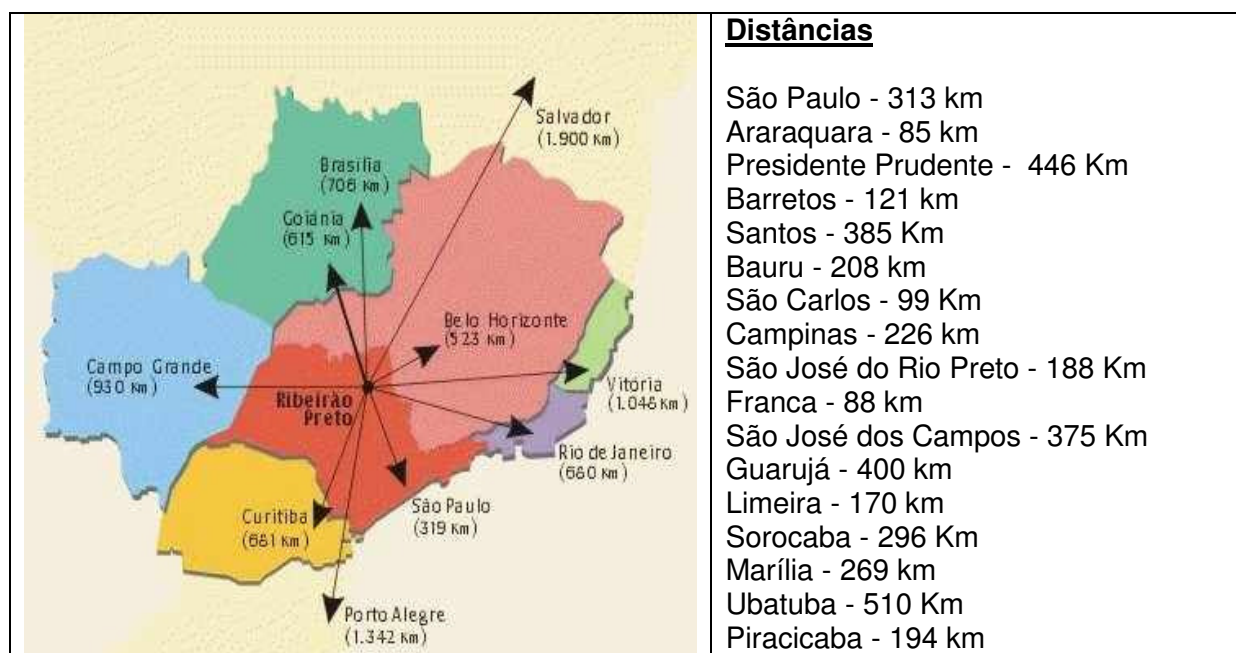
2.2 – Localização

Localizado a 21° 12' 42" de latitude sul e 47° 48' 24" de longitude oeste, distante 313 quilômetros a noroeste da capital estadual e a 706 quilômetros de Brasília. Seu território de 652 km² abriga uma população estimada em 558.136 habitantes (IBGE/2008)^[2] o que o torna o nono município mais populoso do Estado e o sexto mais populoso do interior do Brasil, superado apenas por Campinas, Uberlândia, São José dos Campos, Feira de Santana e Sorocaba.

Em um raio de pouco mais de duzentos quilômetros do município, encontram-se algumas das principais cidades do interior de São Paulo e de Minas Gerais – Araraquara, Barretos, Bauru, Campinas, Franca, São Carlos, São José do Rio Preto, Limeira, Piracicaba, Poços de Caldas, Uberaba, Uberlândia, entre outras - sendo o acesso facilitado pelas rodovias que ligam o município a estas cidades.

O município, portanto, situa-se no caminho que liga a Grande São Paulo à região central do país, relativamente próximo dos principais pólos econômicos e tecnológicos do interior de São Paulo, triângulo mineiro e sul de Minas, sendo Ribeirão Preto também declarada recentemente "pólo tecnológico" pelo governo do estado de São Paulo.

Figura 1 – Distâncias das principais cidades tendo Ribeirão Preto como epicentro



Fonte: Departamento de Estradas de Rodagem do Estado de São Paulo – DER/SP

O município de Ribeirão Preto está localizado na região nordeste do Estado de São Paulo, pertence à DRS XIII, e tem limites com os seguintes municípios:

- Norte – Jardinópolis;
- Nordeste – Brodósqui;
- Leste – Serrana;
- Sul – Cravinhos, Luís Antônio;
- Sudeste – Guatapar, Pradópolis;
- Oeste – Dumont, Sertãozinho.

Figura 2 – Região administrativa de Ribeirão Preto



Fonte: Instituto Geográfico e Cartográfico de São Paulo

3 - Análise Situacional

3.1 – Condições de saúde da população

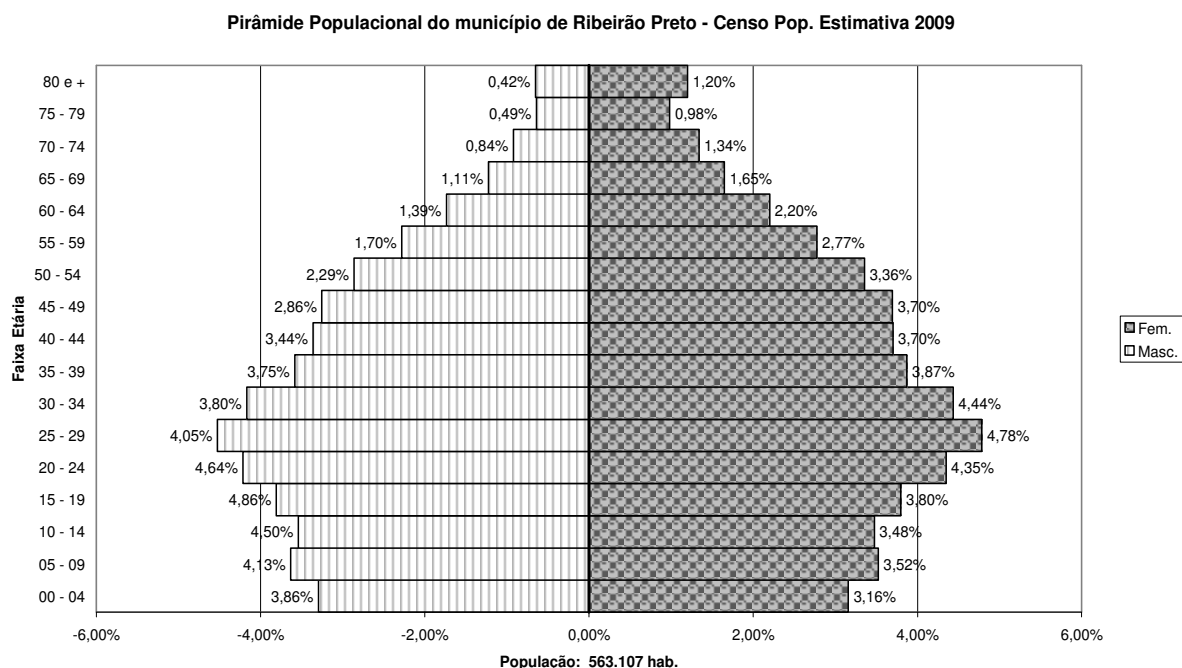
3.1.1 - Perfil demográfico

Tabela 1 – Comparativo de dados de território e população

Território e População	Ano	Município	Estado
rea (em km ²)	2009	652	248.209,43
População	2009	563.107	41.384.089
Densidade Demográfica (habitantes/km ²)	2008	865,92	165,75
Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População 2000/2008 (em % ao a.a.)	2008	1,39	1,34
Grau de Urbanização (em %)	2000	99,57	93,41
ndice de Envelhecimento (em %)	2008	56,15	44,83
População com Menos de 15 anos (em %)	2008	21,14	23,47
População com 60 anos e mais (em %)	2008	12,17	10,52
Razão de Sexos	2008	92,69	95,69

Fonte: dados colhidos junto à Fundação SEADE; estimativas populacionais IBGE e CODERP

Figura 3 – Pirâmide populacional do município de Ribeirão Preto - 2009



Fonte: Censo População estimada em 2009 - IBGE

Tabela 2 - Distribuição da população estimada, por sexo e faixa etária, Ribeirão Preto, ano 2009.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
00 - 04	18.552	17.790	36.342
05 - 09	20.455	19.837	40.292
10 - 14	19.935	19.570	39.505
15 - 19	21.450	21.381	42.831
20 - 24	23744	24491	48.235
25 - 29	25481	26937	52.418
30 - 34	23462	24991	48.453
35 - 39	20165	21806	41.971
40 - 44	18933	20839	39.772
45 - 49	18318	20810	39.128
50 - 54	16124	18894	35.018
55 - 59	12839	15626	28.465
60 - 64	9765	12399	22.164
65 - 69	6890	9290	16.180
70 - 74	5193	7551	12.744
75 - 79	3612	5536	9.148
80 e +	3678	6763	10.441
Total	268.596	294.511	563.107

Fonte: DATASUS

a) Taxa de crescimento populacional:

A taxa de crescimento populacional formada pela diferença entre o número de nascimentos e óbitos ocorridos em determinado período, conforme dados da RIPSA para o período de 2001 a 2005 apresentou pequeno aumento nas regiões Nordeste, Sudeste, Sul. Para a região sudeste nos anos de 2001-2005 a taxa foi de 1,66.

b) Índice de envelhecimento:

Na tabela da população estimada para 2008 segundo faixa etária verificamos que a população com idade acima de 60 anos representaram em 2008, 12,17% do número de habitantes. Estes números no município reforçam as projeções estatísticas da OMS para 1950 a 2025, em que a população de idosos no Brasil crescerá 16 vezes (Plano Nacional de Saúde: um pacto pela Saúde no Brasil-2005). Ainda segundo o Plano Nacional de Saúde, o Brasil irá saltar de 7,3% em 1991 para 15% em 2025, sendo que o município em 2008 apresenta índice de 12,17%.

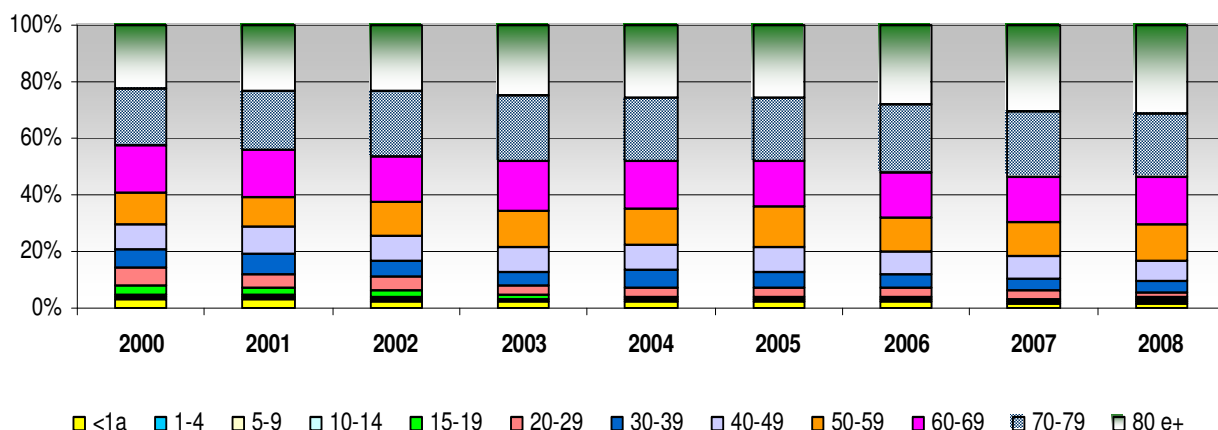
c) Esperança de vida ao nascer:

Segundo a RIPSA (Rede Integrada de Informações para a Saúde), a esperança de vida ao nascer vem aumentando em todas as regiões e em ambos os sexos. Para a região sudeste, na qual está inserido Ribeirão Preto, apresentava em 2005 expectativa de vida ao nascer de 73,5 anos para ambos os sexos. Ainda segundo a RIPSA, as mulheres têm expectativa de vida nitidamente mais elevada (77,7 para mulheres contra 69,5 para homens).

d) Taxa de mortalidade:

Ao observarmos a Figura 4 sobre a mortalidade de residentes segundo faixa etária e ano de ocorrência, constatamos aumento de óbitos na faixa etária superior a 80 anos, ressaltando a tendência de aumento da expectativa de vida da população.

Figura 4 - Proporção de óbitos de residentes segundo a faixa etária em Ribeirão Preto período 2000 a 2008



Fonte: PMRP-SMS - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento – Divisão de Vigilância Epidemiológica - SICAEV, dados preliminares para o ano de 2008 do SIM/SINASC

A Tabela 3 aponta que o maior número de óbitos do ano de 2008 ocorreu no sexo masculino, correspondendo a 54,14% do total de óbitos ocorridos no município, em 2008.

Tabela 3 – Óbitos, segundo sexo, de residentes em Ribeirão Preto - SP, 2008.

Sexo	Óbitos	
	Nº	%
Masculino	1.861	54,14
Feminino	1.576	45,85
Total	3.437	100,00

Fonte: PMRP-SMS - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento – Divisão de Vigilância Epidemiológica - SICAEV, dados preliminares para o ano de 2008 do SIM/SINASC

3.1.2 - Perfil socioeconômico

O município de Ribeirão Preto apresenta bons indicadores de infra-estrutura social, além de apresentar elevados níveis de renda. Este conjunto de fatores faz com que a cidade apresente um dos melhores padrões de vida, tanto no estado como no país. Este fato pode ser constatado pelo Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil que calculou o Índice de Condições de Vida e o Indicador de Desenvolvimento Humano para todos os municípios brasileiros com base nos dados dos Censos de 1970, 1980 e 1991. Esse indicador se concentra em três aspectos da condição de vida: a renda (avaliada de acordo com a renda per capita), a educação (avaliada pela taxa de analfabetismo e pelo número de anos de estudo da população) e a saúde (avaliada através da longevidade).

Em relação ao IDH-M, o município apresentou melhores indicadores que a média estadual e nacional nos três itens considerados na composição do índice. Os melhores indicadores do município referem-se à educação, seguida da renda e, por fim, da longevidade. Assim Ribeirão Preto possui um dos melhores padrões de vida do Estado de São Paulo e do Brasil, principalmente pelos indicadores de renda, educação e saúde.

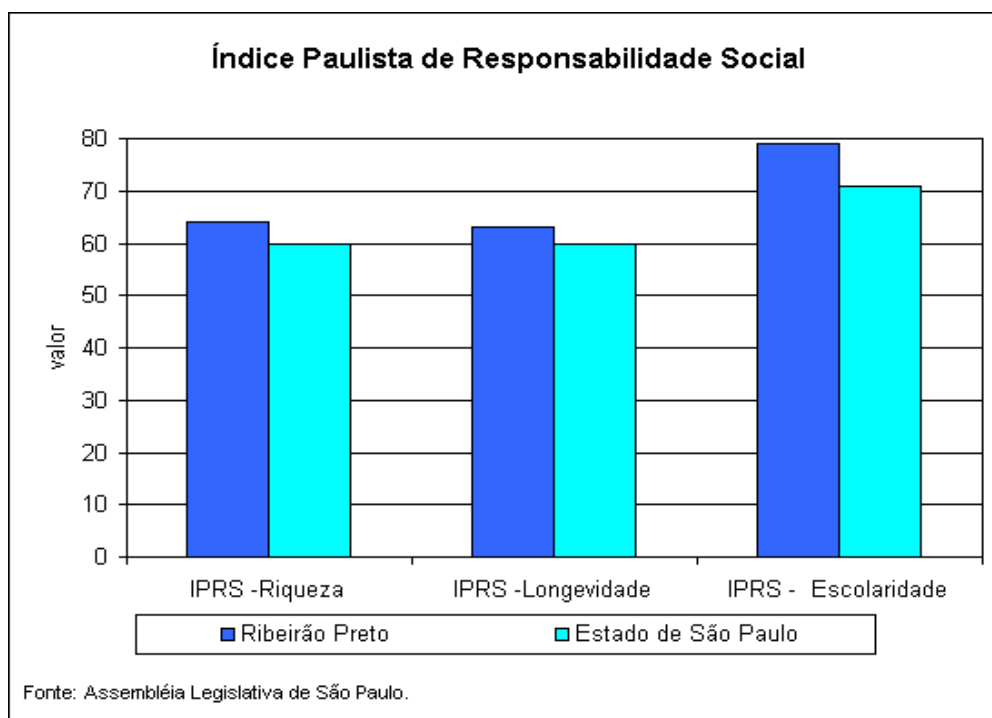
Tabela 4 – Comparativo de dados do município, região administrativa e Estado de São Paulo

Condições de Vida	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS – Dimensão Riqueza	2004	52	47	52
	2006	54	50	55
Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS – Dimensão Longevidade	2004	76	75	70
	2006	75	74	72
Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS – Dimensão Escolaridade	2004	57	54	54
	2006	68	63	65
Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS	2004	Grupo 1 - Municípios com nível elevado de riqueza e bons níveis nos indicadores sociais		
	2006	Grupo 1 - Municípios com nível elevado de riqueza e bons níveis nos indicadores sociais		
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM	2000	0,855	...	0,814
Renda per Capita (salários mínimos)	2000	3,57	2,83	2,92
Domicílios com Renda per Capita até 1/4 do Salário Mínimo (%)	2000	3,32	3,64	5,16
Domicílios com Renda per Capita até 1/2 do Salário Mínimo (%)	2000	6,63	8,75	11,19
Habitação e Infra-estrutura Urbana	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
Domicílios com Espaço Suficiente (%)	2000	91,07	89,19	83,16
Domicílios com Infra-estrutura Interna Urbana Adequada (%)	2000	96,16	96,49	89,29
Coleta de Lixo - Nível de Atendimento (%)	2000	99,35	99,34	98,9
Abastecimento de Água - Nível de Atendimento (%)	2000	98,05	98,37	97,38
Esgoto Sanitário - Nível de Atendimento (%)	2000	95,77	96,91	85,72
Esgoto Sanitário Tratado (%)	2003	60	NA	NA
Lixo Domiciliar/Comercial Destinado a Formas Sanitariamente Recomendáveis (%)	2003	100	NA	NA
Educação	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
Taxa de Analfabetismo da População de 15 Anos e Mais (%)	2000	4,44	6,96	6,64
Média de Anos de Estudos da População de 15 a 64 Anos	2000	8,48	7,51	7,64
População de 25 Anos e Mais com Menos de 8 Anos de Estudo (%)	2000	47,84	58,25	55,55
População de 18 a 24 Anos com Ensino Médio Completo (%)	2000	49,29	40,68	41,88
Emprego e Rendimento	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
Participação dos Vínculos Empregatícios na Agropecuária no Total de Vínculos (%)	2007	0,74	4,69	3,33
Participação dos Vínculos Empregatícios na Indústria no Total de Vínculos (%)	2007	13,59	26,58	23,94
Participação dos Vínculos Empregatícios na Construção Civil no Total de Vínculos (%)	2007	5,31	4,17	3,93
Participação dos Vínculos Empregatícios no Comércio no Total de Vínculos (%)	2007	28,36	22,97	18,78
Participação dos Vínculos Empregatícios nos Serviços no Total	2007	52,01	41,59	50,02

de Vínculos (%)				
Rendimento Médio nos Vínculos Empregatícios na Agropecuária (reais correntes)	2007	881,81	1.027,51	782,19
Rendimento Médio nos Vínculos Empregatícios na Indústria (reais correntes)	2007	1.381,85	1.594,42	1.802,18
Rendimento Médio nos Vínculos Empregatícios na Construção Civil (reais correntes)	2007	887,85	929,41	1.133,19
Rendimento Médio nos Vínculos Empregatícios no Comércio (reais correntes)	2007	1.059,58	1.000,05	1.098,49
Rendimento Médio nos Vínculos Empregatícios nos Serviços (reais correntes)	2007	1.463,51	1.338,08	1.632,04
Rendimento Médio no Total de Vínculos Empregatícios (reais correntes)	2007	1.303,00	1.296,94	1.524,67
Economia	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
Participação nas Exportações do Estado (%)	2008	0,402337	1,57979	100
Participação da Agropecuária no Total do Valor Adicionado (%)	2006	0,54	4,94	2,11
Participação da Indústria no Total do Valor Adicionado (%)	2006	19,28	29,11	30,18
Participação dos Serviços no Total do Valor Adicionado (%)	2006	80,18	65,95	67,72
PIB (em milhões de reais correntes)	2006	11.270,94	21.677,96	802.551,69
PIB per Capita (em reais correntes)	2006	20.139,26	18.364,86	19.547,86
Participação no PIB do Estado (%)	2006	1,404388	2,701129	

Fonte: SEADE - SP

Figura 5 – Índice Paulista de Responsabilidade Social



3.1.2.1 – Saneamento básico

Os percentuais de atendimento verificados para a rede de saneamento básico no município mostram-se sistematicamente superiores aos observados para o restante do

estado e para as cidades do interior. Dessa forma, o DAERP abastece 135.355 residências, o que representa 100% das casas existentes e regularizadas na cidade. O percentual de domicílios atendidos pela rede de abastecimento de água é de 99,09%. A coleta de lixo abrange 97,15% da população.

Já a rede de esgoto atende 132.386 residências, ou pouco mais de 95% do número de domicílios da cidade. O município esforça-se para incluir os quase 5% de sua população que ainda não são atendidos pela rede de esgoto.

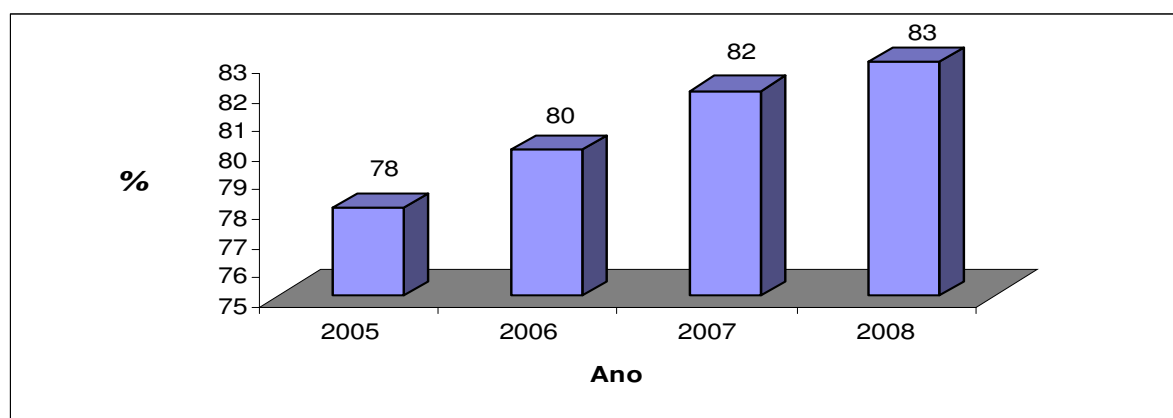
Um ponto importante a ser destacado em relação ao saneamento é que, em 1995, a prefeitura fez uma concessão a um consórcio de empresas privadas para a instalação de Estações de Tratamento de Esgoto no município. Esta obra inaugurada no dia 19 de novembro de 2002, com a presença do Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, denominada "Estação de Tratamento Ribeirão Preto" vem com o intuito de realizar o saneamento de 100% do esgoto tratado pelo município, escoando no Rio Pardo sem qualquer tipo de resíduos tóxicos.

Ribeirão Preto tem 174 poços artesianos, dos quais 92 estão em funcionamento simultâneo e são responsáveis pela produção de mais de 292 milhões de litros de água por dia. A água distribuída pelo Daerp, clorada e fluoretada, é conduzida por tubulações aos reservatórios de onde é distribuída por 1.030 km de redes de abastecimento até chegar às residências. Ribeirão Preto tem 47 reservatórios, que acumulam 57 milhões de litros de água, e foram projetados para proporcionar uma reserva de água para as áreas de maior consumo.

3.1.3 – Perfil epidemiológico

A Figura 6 apresenta os dados da proporção de óbitos de pessoas com cinquenta anos ou mais (Indicador de Swaroop-Uemura ou Razão de Mortalidade Proporcional), classificado como nível característico de regiões desenvolvidas, apontando um aumento deste indicador, no período de 2005 a 2008. É um indicador do nível de vida das populações, ou seja, quanto melhor a qualidade de vida, maior a proporção de óbitos de pessoas com idades avançadas. Destacamos que 53% dos óbitos ocorridos, no município em 2008, foram de pessoas com idade acima de 70 anos.

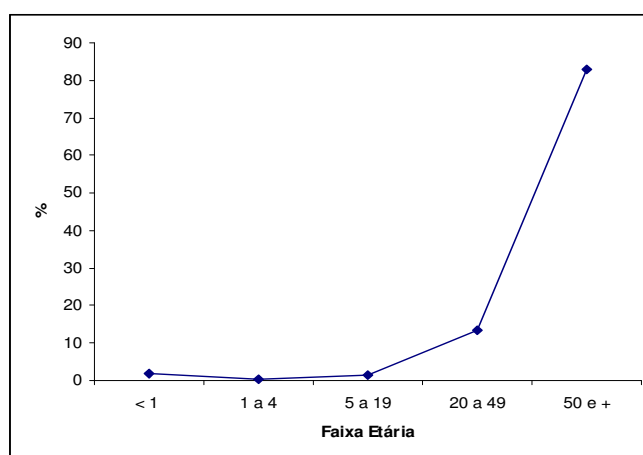
Figura 6 - Razão da Mortalidade Proporcional, Ribeirão Preto, período de 2005 a 2008



Fonte: PMRP-SMS - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento – Divisão de Vigilância Epidemiológica - SICAEV, dados preliminares para o ano de 2008 do SIM/SINASC

O Indicador de Mortalidade Proporcional ou *Curva de Nelson Moraes* manteve sua classificação como Tipo IV- Nível de Saúde Elevado, com a ocorrência do maior número de óbitos na faixa etária de 50 anos ou mais (Figura 7).

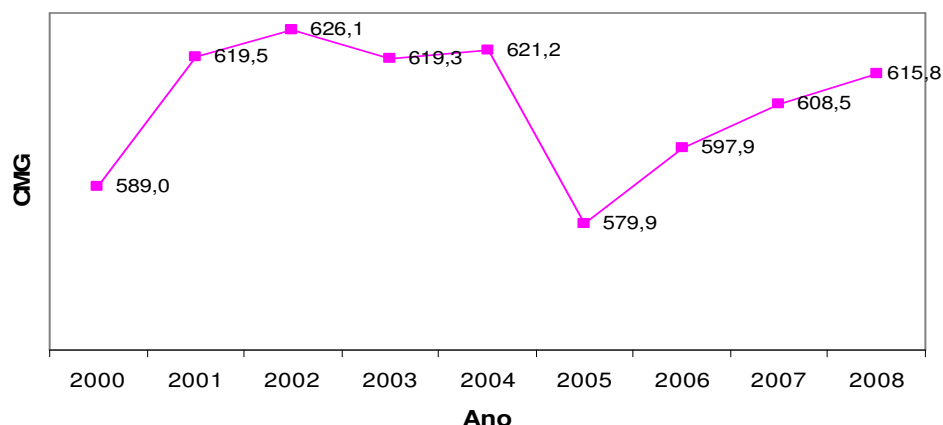
Figura 7- Curva de Nelson Moraes, Ribeirão Preto-SP, 2008



Fonte: PMRP-SMS - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento – Divisão de Vigilância Epidemiológica - SICAEV, dados preliminares para o ano de 2008 do SIM/SINASC

A Figura 8 mostra a evolução do Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG), por 100.000 habitantes, que é uma medida global da quantidade total de mortes ocorridas de residentes do município de Ribeirão Preto. A análise da evolução do CMG no período de 2000 a 2008, mostra uma variação deste coeficiente, passando de 589/100.000 hab. no ano 2000, chegando a 626,1/100.000 hab no ano 2002, diminuindo para 579,9/100.000 hab no ano 2005 e voltando a crescer nos anos posteriores, chegando a 615,8/100.000 hab no ano 2008.

Figura 8 – Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG), por 100.000 habitantes, Ribeirão Preto, período 2000 a 2008



Fonte: PMRP-SMS - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento – Divisão de Vigilância Epidemiológica - SICAEV, dados preliminares para o ano de 2008 do SIM/SINASC

Dentre as principais causas de mortalidade, no período de 2004 a 2008, segundo Capítulos da CID 10, a primeira causa de óbitos no município são as doenças do aparelho circulatório, dentre as quais destaca-se o infarto agudo do miocárdio, e a segunda as neoplasias, destacada as dos órgãos digestivos (Tabela 5).

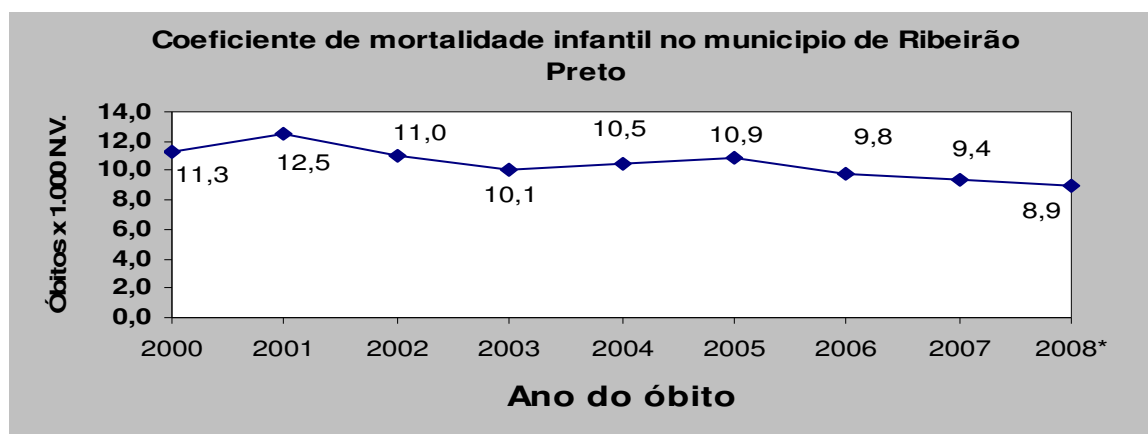
Tabela 5 – Percentual de mortalidade geral segundo as sete principais causas de óbitos dos capítulos da CID 10, Ribeirão Preto, período 2005 a 2008.

Capítulos da CID 10	2005		2006		2007		2008	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
IX. Doenças do Aparelho Circulatório	988	30,90	1.019	30,45	1.100	31,83	1.098	31,95
II. Neoplasias (Tumores)	657	20,55	683	20,41	717	20,75	718	20,89
X. Doenças do Aparelho Respiratório	353	11,04	404	12,07	415	12,01	405	11,78
XX. Causas Externas de Mortalidade	272	8,51	265	7,92	296	8,56	319	9,28
XI. Doenças do Aparelho Digestivo	207	6,47	228	6,81	236	6,83	252	7,33
I. Algumas Dças Infec. e Parasitárias	210	6,57	218	6,52	185	5,35	162	4,71
IV. Dças Endócr. Nutrici. Metabólicas	139	4,35	144	4,30	165	4,77	122	3,55

Fonte: PMRP-SMS - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento – Divisão de Vigilância Epidemiológica - SICAEV, dados preliminares para o ano de 2008 do SIM/SINASC

Em relação à mortalidade infantil, o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI), que estima o risco de um nascido vivo morrer durante o primeiro ano de vida, apresenta decréscimo nos últimos anos, sendo considerada como baixa, ou seja, menos de 20 óbitos por mil nascidos vivos (Indicadores e Dados Básicos – IDB 1999).

Figura 9 – Coeficiente de mortalidade infantil, Ribeirão Preto, período 2000 a 2008.

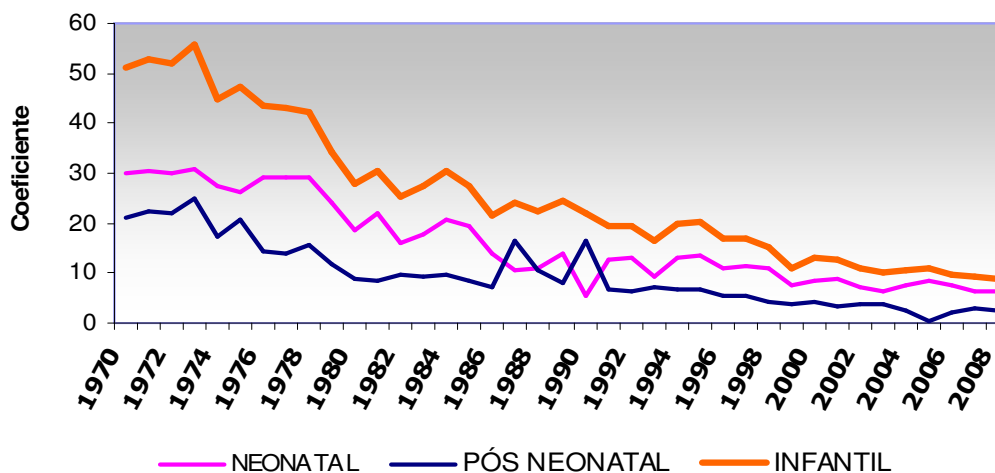


Fonte: PMRP-SMS - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento – Divisão de Vigilância Epidemiológica - SICAEV, dados preliminares para o ano de 2008 do SIM/SINASC

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). A Figura 10 apresenta a evolução do CMI de Ribeirão Preto, no período de 1970 a 2008, onde podemos observar uma tendência de redução dos Coeficientes Neonatal e Pós-Natal, sendo sempre maior o Coeficiente Neonatal, exceto nos anos 1987 e 1990. A mortalidade Neonatal geralmente está relacionada às más condições de saúde da mãe, à insatisfatória assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido e a má formação congênita.

Figura 10 – Coeficiente de mortalidade infantil, neonatal, e pós-natal, Ribeirão Preto, período 1970 a 2008.

SÉRIE HISTÓRICA DO COEFICIENTE DA MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE RIB. PRETO.



Fonte: PMRP-SMS - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento – Divisão de Vigilância Epidemiológica - SICAEV, dados preliminares para o ano de 2008 do SIM/SINASC

Na tabela 6 apresentamos a Razão da Mortalidade Materna, que indica a cobertura e a qualidade da assistência prestada à mulher no período da gravidez, parto e puerpério, no período de 2000 a 2008. A Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, no ano 2002, reativou o Comitê de Mortalidade Materna, que investiga todos os óbitos de mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos. Dos 4 óbitos que ocorreram no ano 2008, dois foram por causas inevitáveis.

Tabela 6– Razão da mortalidade materna, de residentes em Ribeirão Preto, período 2000 a 2008.

Ano do Óbito	Nº de Óbitos	Nº de Nascidos Vivos	Razão da Mortalidade Materna
2000	4	8.373	47,8
2001	4	8.011	49,9
2002	5	7.897	63,3
2003	0	7.652	0,0
2004	1	7.832	12,8
2005	4	7.593	52,7
2006	1	7.343	13,6
2007	2	7.245	27,6
2008	4	7.615	52,5

Fonte: PMRP-SMS - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento – Divisão de Vigilância Epidemiológica - SICAEV, dados preliminares para o ano de 2008 do SIM/SINASC

A análise do perfil de morbidade das internações em hospitais conveniados ao SUS, em Ribeirão Preto, no ano 2008, apontou que ocorreram 33.910 internações de residentes do município. Os cinco primeiros grupos que registraram os maiores coeficientes de morbidade nas internações, em 2008, segundo a CID 10, foram: Doenças do aparelho circulatório (Cap. IX), Gravidez, parto e puerpério (Cap. XV), Lesões e envenenamentos e conseqüências de causas externas (Cap XIX), Doenças do aparelho digestivo (XI), Doenças do aparelho respiratório (X), valores que podem ser observados na Tabela 7.

Destacamos a alteração ocorrida na distribuição da morbidade hospitalar quando comparados com os anos 2005 e 2006, em relação às internações ocorridas por gravidez, parto e puerpério que registravam o maior percentual de internação nestes anos, sendo substituído nos anos 2007 e 2008 pelas doenças do aparelho circulatório.

Tabela 7 – Percentual de internações em hospitais prestadores do Sistema Único de Saúde, segundo as sete principais causas dos capítulos da CID 10, de residentes em Ribeirão Preto, período 2005 a 2008.

Internações Hospitalares segundo capítulos da CID 10	2005		2006		2007		2008	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
XV. Gravidez parto e puerpério	5.168	14,81	4.713	13,59	4.536	12,79	4.328	12,76
IX. Doenças do aparelho circulatório	4.519	12,95	4.469	12,88	4.999	14,10	4.946	14,59
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	3.565	10,22	3.700	10,67	3.749	10,57	3.997	11,79

I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3.180	9,12	3.075	8,86	3.067	8,65	1.800	5,31
II. Neoplasias (tumores)	2.889	8,28	2.838	8,18	2.798	7,89	2.451	7,23
V. Transtornos mentais e comportamentais	2.634	7,55	2.636	7,60	2.723	7,68	2.477	7,30
XI. Doenças do aparelho digestivo	2.522	7,23	2.432	7,01	2.723	7,68	3.222	9,50

Fonte: DataSUS - MS

Em relação a natalidade por faixa etária materna, verificamos que o número de nascimentos na faixa etária de 10-14 anos em 2008, foi de 0,8% e em 2004 0,5%. Na faixa etária de 15-20 anos verificamos em 2004 o percentual de 15,2% e em 2008 12,6% demonstrando ligeira queda. Na faixa etária de 21-30 em 2004 53,9% e em 2008 52%. Na faixa etária de 31-40 anos em 2004 apresentou percentual de 28,3% e em 2008 32% com ligeiro aumento.

Tabela 8 - Nascimentos por faixa etária materna de residentes em Ribeirão Preto, período 2004 a 2008.

Faixa Etária	2004		2005		2006		2007		2008	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
10-14	40	0,5	35	0,5	42	0,6	44	0,6	58	0,8
15-20	1.187	15,2	1089	14,3	1035	14,1	901	12,4	963	12,6
21-30	4.225	53,9	4056	53,4	3910	53,2	3842	53,0	3959	52,0
31-40	2.217	28,3	2245	29,6	2175	29,6	2258	31,2	2436	32,0
41-50	163	2,1	168	2,2	179	2,4	199	2,7	199	2,6
51-55	0	0,0	0	0,0	2	0,0	1	0,0	0	0,0
Total	7.832	100,0	7593	100,0	7343	100,0	7245	100,0	7615	100,0

Fonte: PMRP-SMS - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento – Divisão de Vigilância Epidemiológica - SICAEV, dados preliminares para o ano de 2008 do SIM/SINASC

Verificamos que em relação a taxa de cesáreas o município mantém tendência de alta (57,96) muito além do recomendado pela OMS de 15%.

Em relação aos partos realizados em hospitais conveniados ao SUS, de residentes em Ribeirão Preto, 33,53% foram do tipo cesário (Fonte: SIH Tabwin/Datasus RDSP0801 a RDSP0812).

Tabela 9 - Percentual de natalidade, segundo tipo de parto, de residentes em Ribeirão Preto, período 2004- 2008.

Tipo de Parto	2004	2005	2006	2007	2008
Normal	46,65	44,87	45,12	43,52	41,95
Cesário	53,33	55,12	54,83	56,48	57,96
Não informado	0,01	0,01	0,05	0,00	0,09
Total	100	100	100	100	100,00

Fonte: PMRP - SMS - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento – Divisão de Vigilância Epidemiológica – SICAEV/SIM

Conforme tabela abaixo, podemos verificar que o grande percentual de gestantes apresentam 7 e + consultas de pré-natal.

Tabela 10 - Percentual de natalidade segundo número de consultas de pré-natal de residentes em Ribeirão Preto, período de 2004-2008.

Consultas realizadas no pré-natal	2004	2005	2006	2007	2008
Nenhuma	1,11	1,01	0,71	1,31	1,16
1-3 consultas	4,10	4,14	3,57	3,69	3,71
4-6 consultas	17,53	15,53	16,07	14,62	13,93
7 e + consultas	75,38	77,51	77,53	78,32	78,68
Não informado	0,01	0,01	0,04	0,01	0,08
Ignorado	1,86	1,80	2,08	2,06	2,44
Total	100	100	100	100	100

Fonte: PMRP - SMS - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento – Divisão de Vigilância Epidemiológica – SICAEV/SIM

Quanto às doenças de notificação compulsória destaca-se a redução dos casos de dengue, quando comparado aos anos anteriores, passando o coeficiente de incidência de 1.030/100mil hab no ano 2006, 473,6/100 mil em 2007 e 189,6/100 mil em 2008. Na Tabela 11 observamos que as doenças de notificação compulsória que se apresentam com maior número de casos, no ano 2008 são: dengue, varicela, parotidite, condiloma acuminado, acidente escorpião e HIV.

No período 2004-2008 houve um aumento do número de doenças de notificação compulsória, incluindo surtos de conjuntivites, varicela. 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.

Os aumentos nos últimos anos de algumas doenças podem ser explicados pelo aumento real do número dos casos ou pelo aumento da notificação, devido a melhora do sistema de vigilância.

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. No ano 2006 Ribeirão Preto sofreu uma epidemia desta doença chegando a ter um coeficiente de 1.030 por 100.000 habitantes.

Tabela 11 – Coeficiente de doenças de notificação compulsória por 100.000 habitantes, casos confirmados de pacientes residentes em Ribeirão Preto, período de 2004 a 2008.

DOENÇAS	2004	2005	2006	2007	2008
Acidente escorpião	-	58,20	42,20	40,49	54,29
HIV	-	37,70	13,80	13,91	27,41
Aids	45,13	38,60	27,20	27,99	50,70
Aids Criança	0,92	0,00	0,00	0,00	0,35
Cisticercose	0,37	0,40	0,00	0,00	0,00
Conjuntivite	-	61,90	33,10	61,62	42,28
Coqueluche	-	-	3,00	2,82	8,30
D. Chagas Agudo	0,00	0,00	0,20	0,00	0,00
Dengue	8,47	11,40	1.030,30	473,60	189,38
Doença meningocócica	2,03	2,20	0,00	0,00	1,04
Escarlatina	-	-	-	-	16,84
Esquistossomose	8,47	4,70	4,50	2,82	1,79
Febre Maculosa	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00
Febre Tifóide	0,00	0,00	0,20	0,00	0,00
Hanseníase	6,63	6,30	5,00	8,98	6,09
Hantavirose	0,18	0,20	0,20	0,17	0,00
Hepatite B	18,97	20,50	19,10	32,57	35,29
Hepatite C	34,81	34,50	23,90	23,06	24,54
Hepatite B e C	1,11	1,50	0,70	0,88	0,53
Leishmaniose T. Americana	1,47	0,50	0,40	0,35	0,72
Leishmaniose Visceral	0,00	0,00	0,00	0,00	0,18
Leptospirose	0,92	0,50	1,30	0,70	0,54
Malária	0,37	0,20	0,40	0,70	0,72
Meningite por Haemófilo	0,00	0,20	0,20	0,17	0,17
Meningite Pneumocócica	-	-	1,80	1,23	1,56
Meningite Meningocócica	-	-	1,10	1,93	1,04
Outras Meningites	25,42	17,20	22,20	23,94	31,05
Paralisia Flácida Aguda	0,00	0,00	0,00	0,00	1,70
Parotidite					79,91
Rubéola	0,37	0,00	0,00	0,52	0,36
Sarampo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sífilis Congênita	1,66	1,50	0,40	1,76	1,18
Sífilis Adulto	-	-	6,60	11,97	23,82
Sindr. Corrimento Uretral	-	-	24,50	20,24	23,47
Sindr. Corrimento Cervical	-	-	19,80	17,96	24,90
Sindr. Úlcera Genital	-	-	4,60	7,39	8,95
Herpes Genital	-	-	8,00	7,92	10,92
Condiloma Acuminado	-	-	58,40	56,87	71,30
Teníase	6,63	4,40	5,00	1,93	3,40
Tétano	0,18	0,00	0,00	0,00	0,36
Tracoma	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00
Tuberculose	32,42	30,10	28,80	33,10	35,65
Varicela	-	-	207,50	312,19	166,98

Fonte: PMRP-SMS - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento – Divisão de Vigilância Epidemiológica

Em relação à cobertura vacinal observamos que em 2008 o ano foi atípico quando comparado com os anos anteriores.

As salas de vacinas receberam um grande fluxo de pacientes para a vacinação contra a febre amarela, á partir do mês de janeiro de 2008, devido aos casos de óbitos que ocorreram no estado de Goiás e no Distrito Federal. A ocorrência de um óbito de um morador do município de Cravinhos, atendido em um hospital de Ribeirão Preto, com confirmação diagnóstica de febre amarela, levaram novamente as intensificações das medidas de bloqueio, principalmente na área rural.

A partir do 2º semestre praticamente todas as ações da Vigilância Epidemiológica enfocam a grande campanha de vacina contra sarampo e rubéola, cuja meta era a imunização de 186.000 pessoas na faixa etária de 20 a 39 anos, correspondendo a uma cobertura de 95%. Esta meta foi estabelecida em acordo entre o Ministério da Saúde e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS). As ações realizadas no município levaram ao cumprimento da meta.

Os percentuais de cobertura vacinal do município no período de 2004-2008 são apresentados no quadro abaixo:

Tabela 12 - Percentual de cobertura vacinal Ribeirão Preto, período 2000 a 2008

Tipo de Vacina	2004	2005	2006	2007	2008
BCG	109,25	102,81	103	100,9	102,18
Pólio (< 1 ano)	96,24	95,02	96,4	97,6	90,26
Tetra (< 1 ano)	97,48	93,8	95,1	95,9	91,13
Febre amarela (1 ano + 9m)	98,48	103,2	125	101	94,6
Hepatite B (< 1 ano)	97,57	95,1	95,3	96,7	90,51
Tríplice viral (01 ano)	96,36	103,6	95	96,2	94,65

Fonte: PMRP - SMS - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento – Divisão de Vigilância Epidemiológica

3.1.4 – Vigilância em saúde

A Vigilância em Saúde dentro dos princípios e diretrizes da Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde incluindo a organização e o funcionamento dos serviços, a partir de 2006 fortalece os Distritos de Saúde do município de Ribeirão Preto, distritalizando as ações de Vigilância em Saúde.

Através dos dados da Divisão de Controle de Vetores e Animais Peçonhentos (DCVAP), subtraindo as áreas verticalizadas, o município de Ribeirão Preto possui 220.371 imóveis, assim distribuídos:

- Distrito de Saúde Norte: 40.305 imóveis;
- Distrito de Saúde Sul: 31.752 imóveis;
- Distrito de Saúde Central: 42.932 imóveis;
- Distrito de Saúde Leste: 59.932 imóveis;
- Distrito de Saúde Oeste: 45.450 imóveis.

Baseado nestes dados as equipes de agentes de controle de vetores (ACV) foram distritalizadas. A distribuição (1 ACV para cada 1.000 imóveis), teve como referência as orientações técnicas da Superintendência de Controle de Endemias – Secretaria da Saúde – São Paulo.

A Divisão de Vigilância Epidemiológica já distritalizada, possui uma equipe composta por 02 enfermeiras, 01 agente administrativo e 01 visitador sanitário.

Atualmente o município tem cobertura em todos os distritos de saúde pelos ACV e por técnicos da Vigilância Epidemiológica.

O processo de distritalização tem como objetivos:

- Aproximar o ACV dos residentes em cada um dos distritos de saúde;
- Identificar as particularidades e singularidades dos distritos de saúde;
- Promover a integração com outras secretarias e serviços;
- Proporcionar agilidade no transporte dos ACV;
- Otimizar os recursos do transporte nas visitas domiciliares realizadas pelos técnicos da Vigilância Epidemiológica;
- Trabalhar para diminuir o número de imóveis fechados e recusas durante as vistorias do controle de criadouros de *Aedes aegypti*;
- Aumentar a cobertura das vistorias para atingir a meta pactuada de 80% dos imóveis do município;
- Facilitar o controle da vacinação animal (verificar as carteirinhas de vacina e vacinar se necessário os animais);
- Divulgar campanhas de vacinação humana e animal com desenvolvimento da responsabilidade e do compromisso da população na imunização coletiva e individual;
- Atuar em parceria com os técnicos da vigilância epidemiológica e agente comunitários da saúde em trabalhos educativos e informativos;
- Reduzir agravos ambientais.
- Acompanhar e monitorar os indicadores de saúde.

No ano de 2008, a cobertura das visitas realizadas pelos ACV para o controle dos criadouros de *Aedes aegypti*, no município de Ribeirão Preto, foi de 73% e foi possível

atingir a cobertura de 95% na campanha de vacinação contra a rubéola devido ao trabalho integrado dos técnicos da vigilância epidemiológica, ACV e agentes comunitários de saúde.

Com a construção dos Centros Distritais de Vigilância em Saúde estaremos otimizando os recursos (aluguel) e proporcionando área física adequada aos técnicos e ACV.

Pretende-se na continuidade do processo fazer a distritalização da Divisão de Vigilância Sanitária. Para isto há necessidade de contratação de mais técnicos e fiscais sanitários.

Considerando a necessidade de conhecer as particularidades e singularidades dos distritos de saúde, identificar e reduzir os agravos ambientais, foi realizado no ano de 2008 o diagnóstico sócio ambiental sanitário. Este trabalho atualmente esta em processo de tabulação dos dados, inicio das análises visando nortear o planejamento das ações e serviços de saúde.

Além disto o Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento vem realizando entre outras, algumas ações neste sentido:

- Georeferenciamento;
- Projeto de sentinela para aprimoramento das atividades de dengue com utilização de NS1;
- Elaboração do Plano Municipal de Contingência para epidemias de Febre Hemorrágica de Dengue (FHD);
- Gapat - Grupo Técnico de Avaliação e Prevenção de Acidente de Trânsito/Transporte;
- Vigilância de casos de violência doméstica;
- Gerenciamento de Resíduos;
- Construção o Centro de Referência em Treinamento e Tratamento de Moléstias Infecto-Contagiosas;
- Viação Saúde;
- Plano de Saúde do Sistema Prisional da Região do Aquífero Guarani;
- Fundação Casa;
- Descentralização de recursos financeiros do FNS/FMS para projetos da ONG que tem em sua missão o desenvolvimento de ações em DST/HIV/Aids.
- Mapeamento das áreas contaminadas;
- Mapeamento dos poços artesianos e soluções alternativas;
- Trabalho preventivo nas ações de controle de infecção por micobactérias de crescimento rápido (MCR);

- Intensificação das ações junto ao setor supermercadista;
- Parceria com a ANVISA e CVS na certificação de boas praticas;
- Intensificação das ações de controle de morcegos em área urbana;
- Intensificação do trabalho de orientação de posse responsável e controle de animais domésticos.
- Divulgação e discussão de coeficientes de mortalidade neo-natal e infantil com técnicos da área hospitalar e unidades de saúde.
- Implantação de ações de redução de danos.

3.1.5 – Atenção básica

A portaria GM 648/2006 sobre a Política Nacional da Atenção Básica prioriza a Estratégia Saúde da Família como instrumento principal para a reorganização da atenção básica no país. Esta estratégia orienta a implantação de equipes de saúde da família, propriamente ditas (ESF) e de equipes de agentes comunitários de saúde (EACS) nos estabelecimentos de saúde dos municípios. A cidade de Ribeirão Preto conta com quarenta e sete estabelecimentos de atenção básica distribuídos pelos cinco distritos de saúde. Das quais 05 são unidades básicas distritais de saúde, 13 unidades / núcleos de saúde da família com um total de 21 ESF; e vinte e uma unidades básicas tradicionais com 26 EACS. O Projeto Ethos de Atenção à Saúde (2003) e o Plano Municipal de Saúde 2005-2008 confirmaram a importância da atenção básica como orientadora de todo o sistema de saúde em rede de cuidados progressivos, da gestão participativa, da Estratégia Saúde da Família como fonte de instrumentos para qualificar o cuidado na atenção básica e a criação da cultura de responsabilidade sanitária para as equipes nos estabelecimentos de atenção básica. A cobertura populacional atual (março/2009) para as equipes de saúde da família (ESF) é de 11,0% e a cobertura populacional total com agentes comunitários de saúde – ESF e EACS – são de 32,1%. A meta de implantação de ESF foi de 50% de cobertura de ESF e 50% de EACS, com a orientação dos instrumentos da Estratégia Saúde da Família para toda a rede de atenção básica. Dificuldades encontradas ao longo dos anos impediram que a cidade chegasse às suas metas e a maior delas foi à falta de profissionais formados para a atuação nesta estratégia, além da necessidade de criação de cargos específicos. Pretende-se ampliar as equipes de saúde da família e equipes de agentes comunitários de saúde com a criação dos cargos de Agente Comunitário de Saúde (CLT) e Médico de Família e Comunidade. Pretende-se apoiá-los com o projeto pedagógico da educação permanente, implantação da Terapia Comunitária bem como com a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com suas equipes matriciais. Dessa forma, o

trabalho em rede se concretiza de maneira interdisciplinar e intersetorial, alçando um dever de responsabilização, resolubilidade e humanismo. Ressalta-se a importância da parceria nos Distritos de Saúde com as Instituições de Ensino Superior sediadas no município para a formação de estudantes no SUS e qualificação profissional dos trabalhadores da rede municipal de atenção à saúde.

3.1.6 – Assistência ambulatorial especializada

3.1.6.1 – Complexo Regulador

O Complexo Regulador Municipal foi implantado em julho de 2005 como instrumento auxiliar de gestão.

Em 22 de fevereiro de 2006, é publicada a *Portaria GM 399*, apresentando o *Pacto pela Saúde 2006*, e a partir de então, a SMS concretiza seu complexo, que vem sendo incrementado sistematicamente, como estratégia de consolidação do modelo de atenção proposto pelo SUS.

O Complexo Regulador de Ribeirão Preto, obedecendo à determinação da Portaria 399/06 do MS, está sendo estruturado por unidades de trabalho (centrais de regulação: central de consultas especializadas, central de regulação de procedimentos de média e alta complexidade, central de regulação de cirurgias eletivas e central de regulação odontológica e central de regulação de urgências/emergências) necessariamente, interligadas entre si, permitindo assim a ordenação do fluxo de necessidade / resposta aos pacientes. O Complexo Regulador é agregador de centrais e todas que forem criadas deverão fazer parte de seu corpo.

Foram adotadas medidas de ação regulatória que permitem que o gestor tenha uma visão ou leitura das possíveis ações de impacto, que efetivamente adequem o modelo de atenção à saúde às necessidades do usuário, que viabilize que a gestão pública institua melhor controle do acesso dos serviços ofertados e também uma aplicação eficiente dos recursos e conseqüentemente implemente ações que revolucionem, que modifiquem e que qualifiquem o SUS.

Em pouco tempo de existência o Complexo Regulador já sinalizou a potência de seu papel como observatório do sistema permitindo a identificação de pontos vulneráveis da organização e possibilitando a programação de intervenções mais dirigidas e eficazes.

A guia de referência e a ficha de contra-referência foram os instrumentos adotados para a comunicação entre a rede, prestadores e complexo, para a solicitação de consultas, exames e procedimentos. Passam por regulação de acordo com protocolos estabelecidos implantados

Tabela 13 - Demanda das especialidades médicas de residentes em Ribeirão Preto ano 2009.

COMPLEXO REGULADOR- CENTRAL DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS- SMS - RIBEIRÃO PRETO						
	DEMANDA MÉDIA MENSAL REFERÊNCIA - 2008	OFERTA-REDE MENSAL-DESC. FÉRIAS - 11/12	OFERTA- PREST. MENSAL-DESC. FÉRIAS - 11/12	OFERTA TOTAL => REDE + PREST.	DEMANDA REPRIMIDA REDE	DEMANDA REPRIMIDA H.C.
Cardiologia (adulto)	586	719	308	1027	0	0
Cardiologia (infantil)	88	110	0	110	0	0
Cir. Ambulatorial	262	308	161	469	59	0
Cir. Cabeça	61	44	0	44	2	0
Cir. Gastro	32	0	59	59	0	0
Cir. Geral	176	29	330	359	0	0
Cir. Gineco	102	40	73	113	0	0
Cir. Neuro	51	0	73	73	0	14
Cir. Pediátrica	76	0	88	88	0	0
Cir. Plástica	50	0	22	22	8	0
Cir. Torácica	8	0	220	220	0	0
Cir. Vascular	412	264	315	579	0	26
Dermatologia	879	462	176	638	3.287	0
Endocrinologia	345	414	88	502	0	22
Fisiatria	65	220	0	220	0	0
Gastro (adulto)	408	535	264	799	0	20
Gastro (infantil)	34	29	15	44	0	0
Geriatria	67	169	92	261	0	25
Hebeatria 10 a 18 anos	6	73	0	73	0	0
Hematologia (adulto)	49	139	0	139	0	0
Hematologia (infantil)	7	15	0	15	0	0
Hepatite Viral	9	59	0	59	0	0
Homeopatia	7	11	0	11	0	0
Imuno Pediátrica	51	73	7	80	0	94
Mastologia	60	128	0	128	0	0
Nefrologia (adulto)	77	103	44	147	0	16
Nefrologia (infantil)	21	29	0	29	0	0
Neurologia (adulto)	613	682	132	814	225	0
Neurologia (infantil)	142	150	0	150	685	0
Nutrição	136	176	0	176	0	0
Nutrologia	S/ Referência	37	0	37	128	73
Oftalmologia	2173	1188	2365	3553	0	0
Ortopedia	1242	744	612	1356	1.948	92
Otorrino	663	506	1036	1542	0	72
Pneumologia	163	146	88	234	97	95
Proctologia	207	146	88	234	211	0
Reumatologia	186	264	59	323	0	12
Urologia	637	345	521	866	348	141

Fonte Complexo Regulador. Demanda reprimida 22/04/09, já agendado maio/09.

Foi implantado e está sendo implementado o sistema de gerenciamento em saúde, melhorando a comunicação e a rapidez da ação regulatória, levando acesso rápido via Internet a todas Unidades da Rede.

Objetivando atingir a abrangência desejada das ações do Complexo Regulador necessitamos avançar ainda em algumas áreas:

- Reorganização do organograma do Departamento de Informática, Estatística Controle e Auditoria, contemplando o Complexo Regulador e passando o novo departamento a ser denominado: Departamento de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria;
- Redimensionar a equipe do Complexo;
- Implantação dos protocolos elaborados e em fase de impressão;
- Elaboração e implantação dos demais protocolos;
- Implementação do sistema de gerenciamento em saúde, avançando nas ferramentas de regulação e auditoria.

3.1.6.2 – Laboratório

O Laboratório Municipal do Castelo Branco realiza apenas os exames de: HIV, HEPATITES, SÍFILIS E HORMÔNIOS. A produção destes exames gira em torno de 15.000 exames por mês, atendendo os diferentes programas e a vigilância epidemiológica. Atualmente iniciou a realização do exame rápido para detecção de dengue NS1.

Os equipamentos utilizados para realização dos exames são de última geração, totalmente automáticos e o resultado liberado *on line* através do sistema de gerenciamento em saúde a todas as Unidades.

O Laboratório Municipal do Castelo Branco também realiza os exames preventivos de câncer de colo de útero (Papanicolau), em média de 3.500 exames/mês.

Os demais exames são realizados por serviços por serviços de terceiros.

3.1.7 – Urgência e Emergência

Os serviços de assistência de urgência e emergência estão organizados em Pronto Atendimento nas UBDS e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

A análise da produção de consultas médicas realizadas na rede própria aponta uma produção elevada nas consultas do Pronto Atendimento, ocasionando uma demanda excessiva nas UBDS, onde casos que seriam solucionados na Atenção Básica se misturam com casos de urgência/emergência.

Outro fator importante a ser considerado é a demora na regulação de casos que necessitam de internação hospitalar, ocasionando a permanência de pacientes por várias horas nas Unidades Distritais de Saúde, sobrecarregando ainda mais o atendimento a população.

É necessária a reorientação do modelo de atenção, tendo a Atenção Básica como prioridade.

Tabela 14 - Produção de consultas médicas realizadas nas unidades de saúde do município, ano 2008.

Tipo de Atendimento	Produção ano 2008	%
Atenção Básica	610.788	47,65
Pronto Atendimento	671.090	52,35
Total	1.281.878	100,00

Fonte: SMS - Departamento de Avaliação Controle, Auditoria e Estatística Vital – Divisão de Informática e Estatística Vital – Sistema de gerenciamento em saúde.

O SAMU é um serviço de saúde desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, em parceria com o Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Este serviço iniciou suas atividades em agosto de 1996, e passou a integrar a Política Nacional de Atenção às Urgências em 2004.

O SAMU é um sistema regionalizado e hierarquizado, que assegura a escuta médica permanente para as urgências, através da Central de Regulação Médica, sendo capaz de atender cerca de 600mil habitantes somente dentro do município, prestando socorro a população em casos de urgência e emergência, independente do local de atendimento (vias públicas, residências, local de trabalho) e da etiologia do caso (clínico e/ou traumático) e transportá-los com segurança e acompanhamento de profissionais da saúde até o nível secundário e/ou terciário de assistência (UBDS/hospital).

A solicitação de atendimento (pedido de socorro) é realizada através do número 192 e seu atendimento é gratuito. Após uma análise prévia do pedido a central de regulação médica, poderá disponibilizar os recursos necessários para melhor atender ao pedido de auxílio, por meio de uma orientação médica, um conselho, ou ainda deslocar uma equipe de suporte básico e/ou avançado de vida, de acordo com a necessidade do caso.

Além disto, intermedia através da central de regulação médica das urgências, as transferências inter-hospitalares de pacientes graves, promovendo a ativação das equipes apropriadas e a transferência do paciente.

O município possui 12 unidades de suporte básico (USB) e 01 de suporte avançado (USA) para atendimento móvel aos agravos em situações de urgência e emergência. O município disponibiliza 05 veículos a mais do que o estabelecido pelo MS,

que determinada 01 USB para cada 100 a 150 mil habitantes, e 01 de USA para cada 450 a 500 mil habitantes.

Grande parte dos atendimentos é de pequena e média complexidade, por problemas sócio-econômicos, dentre outros, fato que suscita a reflexão sobre a necessidade de um serviço de transporte sanitário que venha a atender esta demanda.

Em 2008 o SAMU realizou 158.622 atendimentos, distribuídos segundo tabela apresentada a seguir:

Quadro 1 - Atendimentos realizados pelo SAMU, ano 2008.

Atendimento pré-hospitalar móvel primário	54.756
Atendimento pré-hospitalar móvel secundário	20.408
Translado das UBS para UBDS	9.701
Translado das UBS para residência	6.905
Remoção Programada para fisioterapia, hemodiálise, e casos especiais com incapacidade física.	29.751
Regulações Médicas	37.101

Fonte: PMRP-SMS -SAMU

Dentre os encaminhamentos e regulações médicas para continuidade da assistência, as clínicas de maior demanda foram: ortopedia, oftalmologia, clínica médica, pediatria e ginecologia e obstetrícia. Estes pacientes foram encaminhados aos hospitais conveniados com o SUS (Santa Casa de Misericórdia, Hospital das Clínicas e Beneficência Portuguesa).

3.1.8 – Assistência hospitalar

O município de Ribeirão Preto conta com 15 unidades hospitalares, nomeadas abaixo:

Quadro 2 - Leitos hospitalares existentes no município de Ribeirão Preto ano 2008

Hospital	Total de Leitos	Leitos SUS	Leitos não SUS
Hospital das Clínicas de FMRP - Campus	586	563	23
Hospital das Clínicas de FMRP - UE	158	158	0
Hospital Estadual de Ribeirão Preto	50	50	0
Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto – Santa Tereza	295	295	0
Mater – Fundação Maternidade Sinhá Junqueira	39	39	0

Sociedade Portuguesa Beneficência – Hospital Imaculada Conceição	130	97	33
Sociedade Beneficente Santa Casa de Misericórdia	212	149	63
Hospital Electro Bonini – UNAERP	25	20	5
Instituto Santa Lydia	95	9	86
Hospital São Francisco Sociedade Ltda	117	9	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	1.942	1.389	553

Fonte: CNES 2008

Dos leitos hospitalares existentes no município, 71,5% estão disponibilizados para o SUS.

De acordo com a Portaria GM nº 1101 de 12/06/2002, o parâmetro de necessidade de leitos hospitalares é de 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes, o que, para o município de Ribeirão Preto, representaria a necessidade de 1.408 a 1.689 leitos. Dessa forma o número de leitos existentes supriria as necessidades do município.

Entretanto devemos ressaltar que o município se caracteriza como pólo regional de saúde, sendo referência para os demais municípios do DRS XIII, para outras DRS e também outros Estados, para determinados procedimentos, principalmente aqueles de alta complexidade, tanto na rede pública (principalmente o HC FMRP – Campus) como na rede privada. Este fato, de certa forma, dificulta o planejamento de leitos de retaguarda na assistência, em função da dificuldade de determinar a exata população de abrangência a esses leitos.

Vale lembrar, ainda, que, do total de leitos disponíveis, 295 são leitos psiquiátricos (Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto – Santa Tereza).

Na avaliação dos leitos ofertados para o SUS, temos peculiaridades em virtude do tipo de cadastro de cada unidade Hospitalar. Assim sendo, o Hospital São Francisco disponibiliza leitos SUS para Renais Crônicos e suas intercorrências, o Hospital Santa Lydia para Cuidados Intensivos em Neonatologia e Pediatria e a MATER, leitos em Obstetrícia, Planejamento Familiar e Cuidados Intermediários em Neonatologia. Temos também dificuldades na rotatividade dos leitos, devido à internação de longa permanência de pacientes crônicos em UTI e enfermarias.

Com relação aos Procedimentos Eletivos (exceto os que necessitam de preparo prévio), um dos objetivos propostos é a redução do tempo de hospitalização, com programação, por parte dos Hospitais, da internação no dia do procedimento, reduzindo os custos hospitalares e otimizando a malha de leitos SUS.

A proposta de reorganização do setor passa pelo controle “on line” dos leitos, com a Central de Regulação utilizando os leitos de forma racional, reduzindo as filas de espera nas Unidades de Saúde dos pacientes que necessitem de internação.

3.1.9 – Assistência farmacêutica

A Assistência Farmacêutica é um sistema de apoio para qualificação dos serviços de saúde, na medida em que pode melhorar a lacuna entre potencial que os medicamentos essenciais têm para oferecer e a realidade das pessoas que precisam dos medicamentos, levando em consideração principalmente a questão da equidade, como objetivo de propiciar acesso, a segurança e o uso racional dos medicamentos. O medicamento é um instrumento que assumiu na prática médica um papel de importante ferramenta, que visa o resultado final do processo diagnóstico e demonstra o contato mais direto serviço – usuário, além de ser o símbolo do desejo de modificar o curso natural da doença. A Gestão adequada da Assistência Farmacêutica também possibilita a otimização e racionalização de recursos financeiros e a disponibilização de ferramentas fundamentais para o cuidado em saúde.

- ✓ Atualmente são 135.000 pessoas atendidas por mês nas Farmácias da rede municipal de saúde
- ✓ Temos padronizado cerca de 250 medicamentos na REMUME. A equipe de farmacêuticos da Secretaria Municipal da Saúde participou no processo de descentralização e garantia de recursos federais e estaduais para aquisição de medicamentos da atenção básica, o que propiciou melhoria significativa nos recursos alocados.
- ✓ Com objetivo de qualificar o acesso e a humanizar o atendimento, várias farmácias foram reformadas/adequadas (UBDS Cuiabá, UBS Simioni), existem obras de adequação andamento/aprovada (Marincek, Vila Tibério, Ipiranga, Parque Ribeirão Preto e Vila Abranches), com ênfase na nova proposta de atendimento da Farmácia: ausência de barreiras físicas, os usuários são atendidos sentados, com mais conforto e privacidade no atendimento.
- ✓ Os pacientes diabéticos usuários de insulina contam com o atendimento farmacêutico em todas as farmácias, onde recebem todos os insumos necessários para o automonitoramento da glicemia. Atualmente, 4.500 pacientes já são beneficiados com este programa.
- ✓ Proporcionamos o atendimento individualizado aos pacientes portadores de DST/AIDS, visando a melhoria da adesão terapêutica.

- ✓ Todas as farmácias foram informatizadas, com dados interligados e novos mecanismos de gestão.
- ✓ Recursos Humanos:

Quadro 3 - Ampliação dos profissionais na área farmacêutica no ano 2009

Cargos	Nº Profissionais	
	2007	2009
Farmacêuticos	35	42
Auxiliar de Farmacêutico	58	70

Fonte: PMRP-SMS-Departamento Administrativo e Financeiro-Divisão de Gerenciamento de Recursos Humanos,

Todas as 36 farmácias da rede (UBS, UBDS e ambulatório especializados) têm farmacêuticos e estão regularizadas perante o Conselho Regional de Farmácia, sendo 100% da equipe treinada durante o ano de 2008. Todos os novos funcionários foram recepcionados e durante tempo suficiente tiveram treinamento teórico e prático antes da lotação definitiva.

O município de Ribeirão Preto foi um dos pioneiros na implantação da Assistência Farmacêutica na rede pública. Um dos setores que avançou foi o ligado a fitoterapia e homeopatia. Pioneiro no interior do Estado de São Paulo, o Programa de Fitoterapia e Homeopatia foi implantado em 1992 e se estrutura na aquisição e/ou cultivo e de plantas medicinais, manipulação dos fitoterápicos e homeopáticos e atendimento ambulatorial. A manipulação destes medicamentos se desenvolve em um serviço associado à Divisão de Farmácia, que também produz vários itens para utilização interna da rede pública de saúde (medicamentos para sala de curativos, serviço de atendimento domiciliar, dermatologia, ginecologia, odontologia, diabetes e hanseníase entre outros).

A produção deste serviço é de 1.100 itens manipulados por mês. No entanto, percebe-se que atualmente há um sub-dimensionamento desta produção, com o crescente consumo destes produtos, que deverá ser sanado, almejando a duplicação desta produção, com a construção das novas instalações e ampliação deste serviço. Desta forma, esta nova situação vai ao encontro dos objetivos da Portaria MS/GM n. 971, de 3 de maio de 2006, na qual foi aprovada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde que reconhece o valor terapêutico e incentiva as unidades de saúde a adotarem terapias como a fitoterapia, homeopatia e acupuntura. Não obstante, o governo federal, através de decreto publicado em 22 de junho de 2006, apresenta a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos que tem como finalidade a garantia do acesso seguro e uso correto de plantas medicinais e fitoterápicos pela população e estimula a implantação de projetos que garantam a sua produção e dispensação.

3.2 – Determinantes e condicionantes de saúde

A Secretaria Municipal de Saúde mantém interface com diversos setores da sociedade, visando a promoção da saúde e de hábitos de vida saudáveis, ou ainda, a promoção em conjunto de ações de prevenção.

Neste sentido, participa ativamente da sociedade organizada, por meio de parcerias ou convênios com entidades filantrópicas, de caráter assistencial ou educacional, de diversos modos, sempre tendo por princípio o alcance de sua missão.

Esta participação está prevista na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/1990), que dispõe em seu art.3º e parágrafo único transcritos a seguir:

“Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. “

Esta interação da Secretaria Municipal da Saúde com a sociedade se dá de diversas formas, sendo uma delas ações em saúde típicas: palestras, cursos, campanhas, realizadas junto às escolas, ONG, clubes de serviços, órgãos públicos e empresas, por profissionais da Secretaria Municipal da Saúde, focando educação em saúde, saúde nutricional, atividades físicas, práticas integrativas e complementares de saúde, etc.

A Secretaria Municipal de Saúde mantém convênios com as principais universidades do município, para conformação da idéia de distrito escola, com base na co-responsabilidade na formação dos sujeitos que atuarão na rede atenção em saúde, na forma da oferta de campo de estágio organizado nos distritos. De igual forma, mantém convênio com instituições de ensino de nível médio visando a oferta dos campos de estágio para aprimoramento das técnicas aprendidas.

Esta presença do setor saúde em diversas áreas da atividade econômica da cidade proporciona uma experiência rica em coleta de dados e ainda no conhecimento das necessidades sociais da população.

Dentre as necessidades identificadas destacamos:

- Cuidados com a terceira idade;
- A drogadição como conflito social e problema de saúde, tanto em crianças e adolescentes como em adultos;
- Gravidez em adolescentes;
- Os desvalidos, moradores de rua e outros;
- Cuidados paliativos;

- Alimentação inadequada.

Em resposta o Gestor Municipal propõe ações, que para êxito, precisam ser priorizadas e operacionalizadas em conjunto com diversos atores da sociedade organizada.

A Secretaria Municipal de Saúde por meio de sua equipe técnica, com base nestas necessidades, propõe a elaboração dos seguintes projetos a serem implantados:

- Em relação à terceira idade, propõe-se a implementação e expansão do Programa de Integração Comunitária (PIC) e também a adoção de local para acolher idosos durante o dia, cujas famílias necessitam trabalhar, diminuindo a demanda por institucionalização;
- Em relação à drogadição, além de ações educativas, também intervenções como a ampliação dos serviços de saúde mental no município, implantação de um CAPS Infantil para crianças e adolescentes com quadros decorrentes do uso do álcool e drogadição;
- Em relação ao aumento da incidência de gravidez em adolescentes, propõe-se implementar as ações do Programa de Atenção à Saúde da Mulher em conjunto com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e Adolescente – PAISCA, junto às escolas do município por meio da Saúde do Escolar;
- Em relação aos desvalidos, moradores de rua e outros, presentes principalmente no CETREM – Centro de Triagem do Migrante, garantir a oferta de serviços de enfermagem e clínicas médicas para resolução dos seus problemas de saúde física e mental;
- Em relação aos cuidados paliativos, pretende-se implementar os Serviços de Assistência Domiciliar e fomentar a instalação de leitos de retaguarda, em parceria com a Fundação Waldemar Barnsley Pessoa.
- Em relação aos problemas de alimentação, dentre as várias ações desenvolvidas e propostas, destacamos o Projeto Ribeirão Saudável.

3.3 – Gestão em saúde

O município de Ribeirão Preto é gestor pleno do sistema de saúde desde 04/05/1998, habilitado nesta condição pela Portaria GM nº 2553/1998 (com base na NOB96).

Em 2007 reafirma sua condição de pólo ao pactuar junto aos parceiros Estado e União o Pacto pela Saúde – Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, celebrando o Termo de Compromisso de Gestão.

Em paralelo a este ato, se deu a implantação da Gestão Colegiada, tendo por objetivo descentralizar o processo decisório e o fortalecimento dos distritos de saúde por meio dos Colegiados de Co-Gestão Distrital.

No entanto a coexistência de dois modelos de gestão, nesta fase de implantação, implicou em diferentes resultados nos 5 distritos de saúde do município.

As gestões centralizadas, tradicionais, por meio de decisões e ordens emanadas de um poder central, em contraponto a uma gestão descentralizada onde todos os atores envolvidos são chamados a opinarem e as decisões são tomadas a partir da escuta das necessidades e do consenso sobre soluções a serem adotadas, gerou um conflito entre os atores envolvidos na reflexão de fazer saúde.

A construção deste novo modelo, substituindo o tradicional, em fase de implantação, deverá sofrer alguns ajustes para que suas decisões se transformem em ações imediatas não dependentes do poder central, e sim em consonância com as diretrizes pré-estabelecidas, incorrendo na liberdade decisória com base na conjuntura que se apresenta, tanto epidemiológica quanto administrativa.

Os dois modelos funcionando em paralelo apresentam suas fragilidades quando confrontados, porem o modelo descentralizado possui mecanismos de ação que possibilitam resoluções que envolvem todos os atores de maneira rápida e definitiva, visto que há um pacto entre os envolvidos na solução dos problemas apresentados ao grupo.

Dentro deste contexto de descentralização da gestão, em reforço ao Gestor Municipal do sistema, pretende-se criar 5 diretorias regionais de saúde, uma para cada um dos distritos de saúde, como ponte auxiliar na gestão distrital, fortalecendo as decisões locais e tendo ainda por objetivo a administração das questões político-administrativas da saúde com relação aquele distrito de saúde.

Este novo ator terá a missão de organizar dentro do território do distrito de saúde, a atenção à saúde das pessoas no setor primário e no pronto-atendimento, auxiliando também os gerentes de unidades de saúde nas questões de foro administrativo e de organização da atenção básica.

3.3.1 – Planejamento

O planejamento, ferramenta vital tanto na organização do serviço como na tomada de decisões, está presente em todos os setores da Secretaria Municipal da Saúde.

Tendo por objetivo ordenar e tornar o sistema de atenção à saúde eficiente, e acessível a todos, organizou-se a rede municipal de forma a atender as necessidades da população usuária em obediência aos princípios fundamentais do SUS: universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização e comando único, e a participação popular.

Neste contexto o território do município foi dividido e organizado em 5 distritos de saúde, comportando diversas unidades básicas e uma unidade distrital de saúde onde são ofertadas algumas especialidades de maior demanda com menor densidade tecnológica, e ainda o pronto atendimento à saúde.

Esta distribuição espacial no território possibilita um melhor arranjo da oferta de serviços em prol da população, porém, nem sempre possível a partir de estudos técnicos de viabilidade ou necessidade, pois sofre de intervenções políticas e da pressão de grupos organizados que via de regra interfere na decisão central de instalação de serviços de saúde neste ou naquele local, no entanto, este último também está sujeito à disponibilidade de área (terreno) ou prédios públicos ou privados para instalação dos serviços pleiteados.

O planejamento atua positivamente por meio de estudos técnicos de viabilidade, representado na secretaria municipal pela Divisão de Planejamento em Saúde, assessorando na implantação, implementação de serviços, monitoramento e elo entre os diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde.

Presente nas decisões de implantação de futuros serviços, e inerente às atividades de todos os setores da rede municipal, o planejamento quer seja, por meio da equipe técnica da Secretaria Municipal da Saúde, ou ainda pela própria organização do sistema, se faz presente no dia a dia da rede de atenção à saúde das pessoas.

Atualmente o município possui os seguintes pontos de atendimento em saúde:

Quadro 4 - Estrutura Física da Rede de Atenção Básica e Especializada

Distrito	UBDS	UBS	USF	Unidade Básica e Especializada	Unidade Especializada
Central	1	4	0	1	5
Norte	1	7	4	-	0
Sul	1	3	0	-	1
Oeste	1	9	8	-	3
Leste	1	5	1	-	1
Total	5	28	13	1	10

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

Nota:

UBDS: dentre as unidades básicas distritais de saúde, somente a Norte não oferta serviços de Atenção Básica.

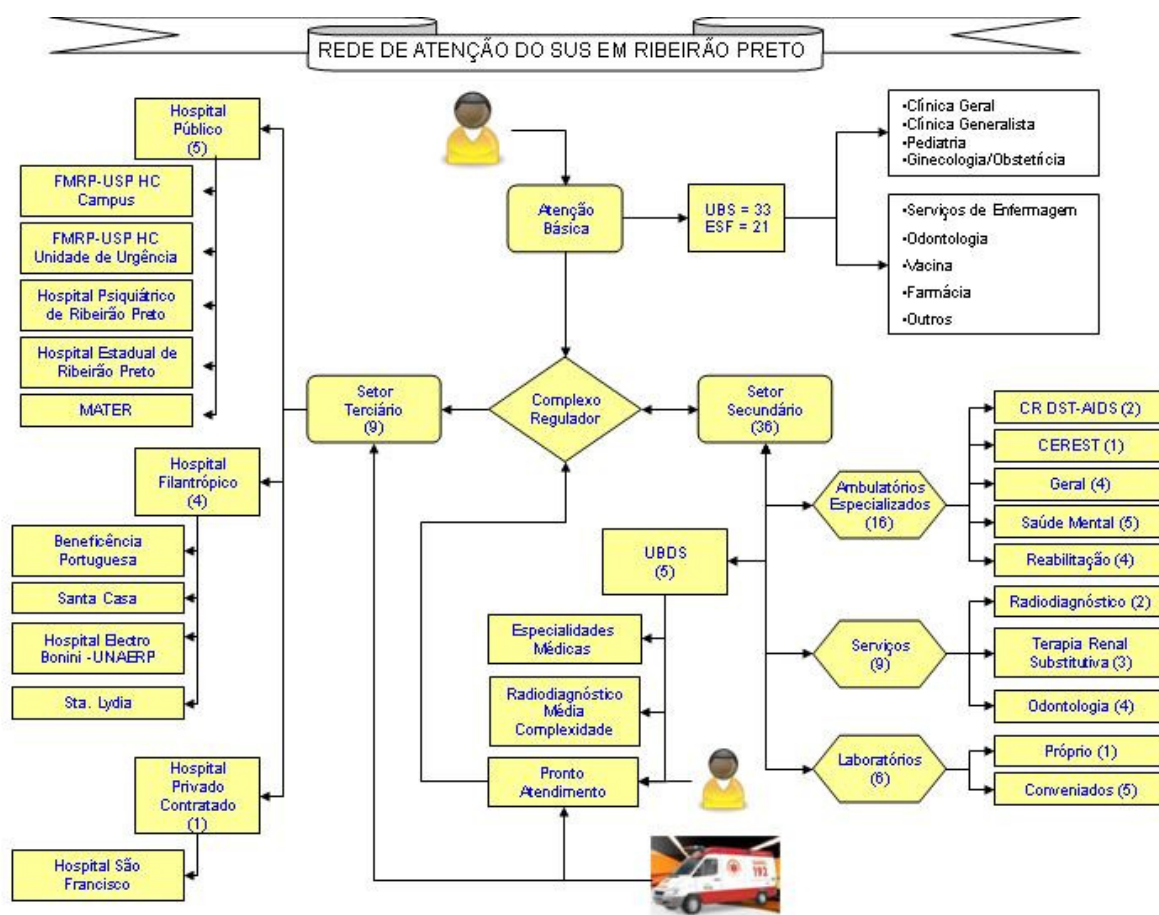
Unidades de Saúde da Família: USF Heitor Rigon, USF Avelino Alves Palma, USF Estação do Alto, USF Geraldo. C. Carvalho, USF Eugênio Mendes Lopes, USF Maria Casagrande Lopes, USF Portal do Alto, 5 Núcleos em parceria com a USP, USF Jardim Zara.

Unidade Básica e Especializada: PAM II

Unidades Especializadas: NGA 59, CEREST, Ambulatório de Saúde Mental Distrito Central, Ambulatório Regional de Saúde Mental, CAPS 2, Centro de Referência DST/Aids, Ambulatório de Saúde Mental Distrito Oeste, CAPS ad, CAPS III e NADEF.

Em termos de acesso, o sistema funciona de forma hierarquizada, tendo como porta de entrada a unidade básica de saúde e os pontos de pronto-atendimento, e o acesso aos setores secundário e terciário controlados por meio do Complexo Regulador do sistema de atenção à saúde, conforme exposto na Figura 11:

Figura 11 – Fluxograma de acesso na rede de atenção ao SUS em Ribeirão Preto



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

A oferta de serviços, centrada na procura por consultas médicas, se dá na seguinte forma: são ofertadas 12 consultas dia por médico na unidade de saúde, sendo divididas em casos novos, retornos e eventuais, podendo variar a depender da especialidade.

A oferta de consultas na unidade de saúde é chamada de agenda médica, e está sob a responsabilidade e operacionalização dos Gerentes das unidades de saúde.

O número de profissionais médicos em relação à necessidade de consultas, dada a população, calculada com base em 3 consultas habitante ano, seria em alguns casos suficientes para atender a expectativa de demanda, no entanto, o que se apresenta é um problema de agendamento, onde há uma fila de espera de até 3 meses para algumas especialidades ou mesmo consulta de caso novo na atenção básica.

Este problema de formatação de agenda deve ser encarado como um viés no planejamento local que deverá ter a atenção do Gestor para sua solução, visto que a ausência de um serviço procurado suscita a busca por outro, no caso, o crescimento dos atendimentos nos pronto-atendimentos do município.

Atender este público alvo, que busca no atendimento de emergência a solução para problemas comuns e afeitos à atenção básica e que poderiam estar recebendo atendimento nas unidades de saúde, sem aumentar o fluxo nas unidades de pronto-atendimento, é uma das soluções, mas para tanto, há de se estabelecer fluxos de atendimento que contemplem uma revisão no modelo de agenda adotado até então, que possibilite uma maior eficiência e eficácia do sistema de saúde ofertado à população.

Neste contexto insere-se também a questão das unidades distritais de saúde (UBDS) ofertarem serviços, de atenção básica e secundária, concomitantemente no mesmo espaço, o que na prática tem demonstrado um problema para o atendimento, e que seria resolvido simplesmente com a adoção de locais diferentes de atendimento, ou seja, as UBDS não comportam o atendimento da atenção básica, pois o usuário confunde os seguimentos na esperança de ser atendido na sua plenitude, procurando assim sempre as distritais para solução de seus problemas de saúde, que na maioria das vezes seria solucionado e acompanhado com mais efetividade na unidade de saúde perto de sua residência.

Concluí-se que as ações de saúde, por serem hierarquizadas, têm de ser organizadas de forma que o cidadão disponha do tratamento de forma integral, num processo contínuo, com referência e contra-referência definidos em protocolos, e que o planejamento local disponha de capacidade de oferta que atenda as necessidades da população, e que aja uma visão ampliada da equipe para o atendimento em saúde.

Acreditamos na mudança do modelo de atenção, hoje focado no modelo médico assistencial onde o paciente é identificado conforme a doença em tratamento, para

um modelo centrado no indivíduo como ser social com necessidades especiais, inclusive de atendimento.

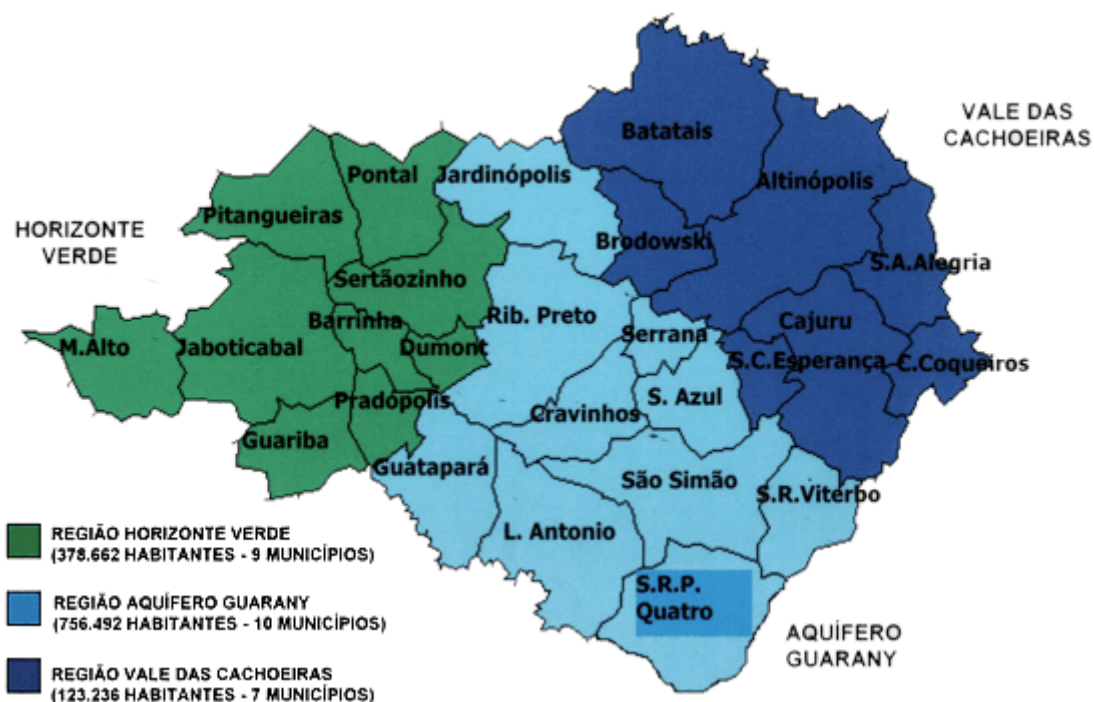
3.3.2 – Descentralização/regionalização

Seguindo a lógica dada pelo Pacto de Gestão, que conceitua região de saúde como "territórios político-administrativos e territórios sanitários inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificado pelos gestores e aprovados na CIB", a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo organizou-se no Estado em 17 Departamentos de Saúde,

Na condição de Gestor Pleno do sistema, Ribeirão Preto considerado pólo, está inserido na DRS XIII.

Compõe a DRS XIII um total de 26 municípios divididos em 3 colegiados de gestão regional, considerados como espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa entre os gestores, a saber: Horizonte Verde; Aquífero Guarani e Vale das Cachoeiras.

Figura 12 – Distribuição dos colegiados de gestão regional pertencentes à DRS XIII



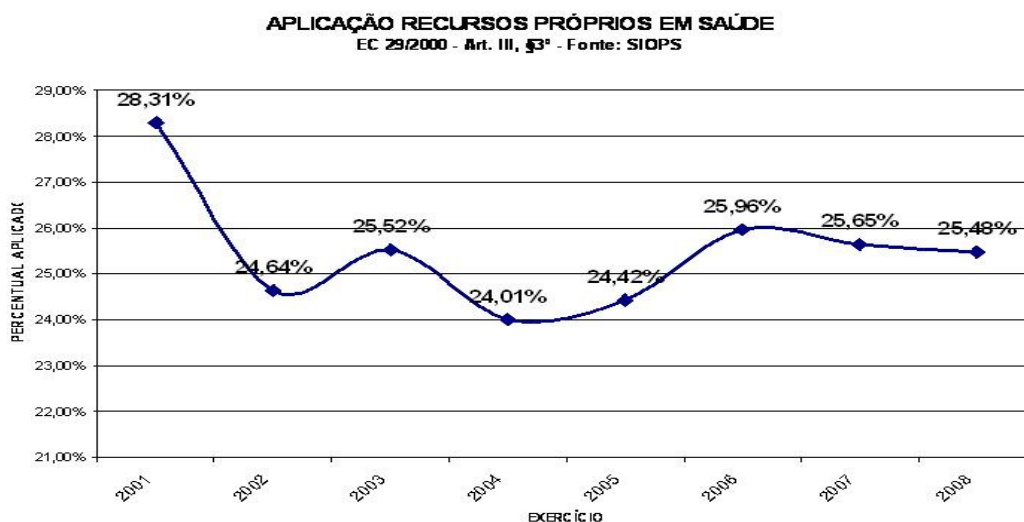
Fonte: DRS XIII – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

3.3.3 – Financiamento

O financiamento no SUS é tripartite por conceito e assim deveria ser na prática, no entanto, no município de Ribeirão Preto a participação esperada dos três níveis de governo no financiamento do sistema não se dá como o esperado.

O município, que deveria investir no mínimo 15% de suas receitas de impostos líquida e transferências constitucionais e legais (EC 29), tem aplicado percentuais maiores nos últimos oito anos por conta da crescente necessidade da população pelos serviços de saúde, haja visto, não serem suficientes os recursos transferidos pela União e pelo Estado.

Figura 13 – Demonstrativo da aplicação de recursos próprios em saúde no município de Ribeirão Preto



Fonte: SIOPS

A melhora significativa na arrecadação municipal possibilitou um crescimento na arrecadação de recursos ao Fundo Municipal de Saúde, no entanto, tal situação não é suficiente ainda para resolver o problema orçamentário financeiro dos restos a pagar que oneram a execução orçamentária futura.

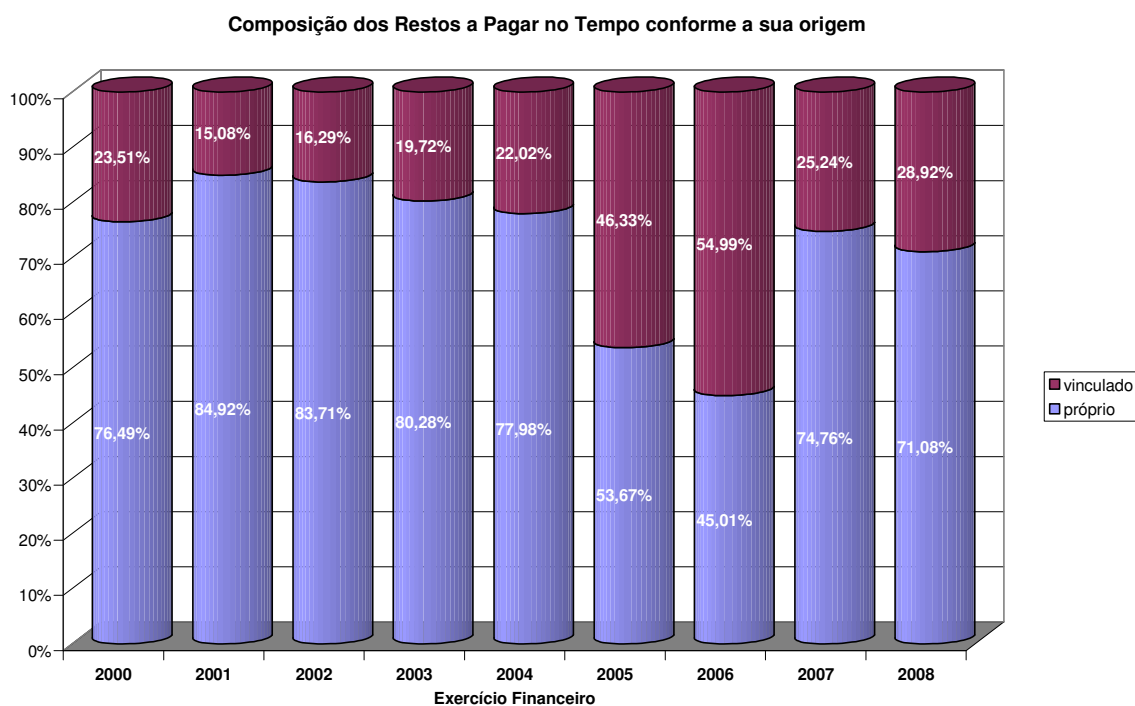
Estes restos a pagar são despesas autorizadas e não pagas ao final do exercício, podendo sua origem ser a insuficiência de fundos financeiros ou ainda obrigações futuras assumidas no presente. Podemos dizer que, o orçamento da saúde quando executado sempre é maior que o fixado, e sua execução superior à capacidade de pagamento advinda da arrecadação do Fundo Municipal de Saúde.

Figura 14 – Evolução dos restos a pagar da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto no período 2000-2008



Fonte: SIOPS

Figura 15 – Histórico de Restos a Pagar da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto período 2000 a 2008

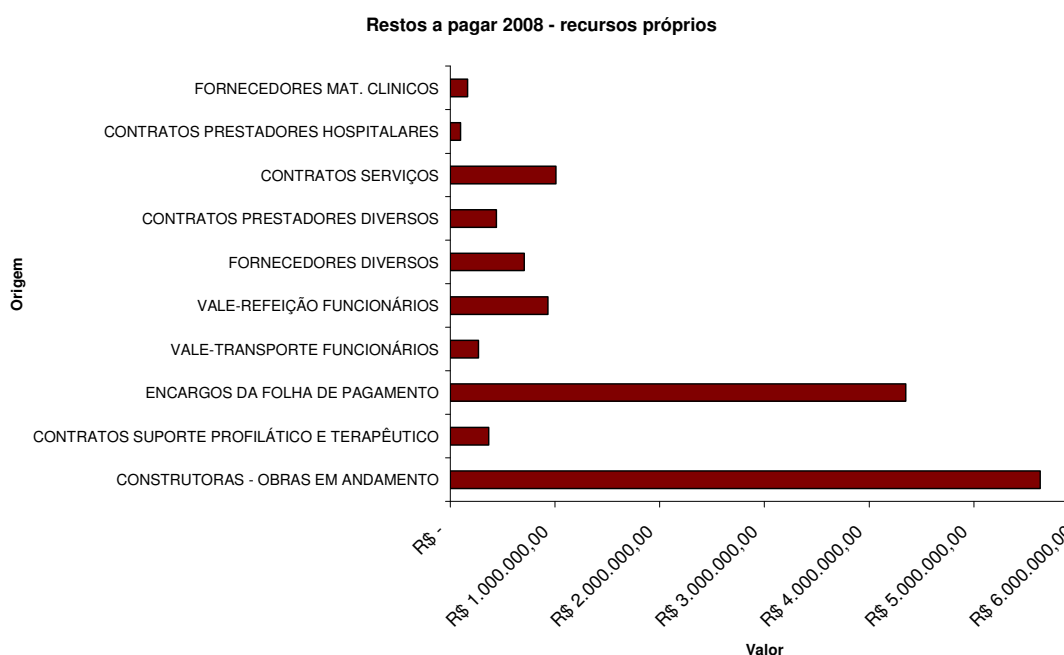


Fonte: SIOPS

Na composição destes Restos a Pagar, temos as despesas empenhadas no final do exercício com previsão de pagamento, via de regra, no início do próximo exercício. É o caso das contribuições previdenciárias, referentes ao mês de Dezembro, que serão recolhidos no início de janeiro do ano que se inicia, outro caso, são as obrigações assumidas durante o mês de Dezembro e que por motivos diversos não puderam ser liquidadas e pagas dentro do exercício, tipo o Vale-alimentação e vale-transporte dos funcionários que atuam na secretaria municipal. Estas são as ocorrências típicas e que originam um Restos a Pagar esperado, no entanto existem outras origens destas despesas.

No ano de 2008, mapeado a origem dos Restos a Pagar, temos que em decorrência do grande investimento em obras de construção e reformas em andamento no segundo semestre, originou o crescimento apontado em relação aos anos anteriores, visto que os saldos de contratos assumidos deverão estar previstos para o próximo exercício, conforme determina a LC 101/2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal. Nos gráficos abaixo, fig.16 e 17, demonstramos a composição dos Restos a Pagar conforme a sua origem e recurso financeiro.

Figura 16 – Composição dos Restos a Pagar da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto em 2008 – Recurso Próprio



Fonte: dados Divisão de Finanças e Custo Operacional - SMS

Fica evidente que o crescimento apontado no ano de 2008, se deve ao provisionamento dos contratos com as construtoras, cujas obras estão em andamento, objetivando a melhoria da rede de atenção à saúde.

O mesmo comportamento se apresenta quando analisamos a composição do Restos a Pagar cuja fonte de recursos financeiros são vinculados.

Figura 17 – Composição dos Restos a Pagar da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto em 2008 – Recurso Vinculado



Fonte: dados Divisão de Finanças e Custo Operacional - SMS

Estes Restos a Pagar cuja fonte de pagamento será os cofres municipais, é assumido pela Fazenda Municipal e integra a totalidade das despesas a serem provisionadas para o exercício seguinte com recursos financeiros disponíveis no caixa municipal.

O Fundo Municipal de Saúde, gerido pelo Secretário Municipal da Saúde, dispõe apenas dos recursos vinculados, provenientes do Governo Federal e Estadual, seja por meio de convênios ou repasses fundo a fundo, não tendo ainda os recursos municipais disponíveis em conta corrente, conforme previsão orçamentária, seguindo uma liberação conforme a execução da despesa.

A transferência de recursos financeiros dos cofres público municipal ao fundo municipal de saúde, conforme a previsão, como contrapartida do custeio previsto legalmente na Lei nº 8080/1990, seria um avanço quanto à gestão dos recursos, visto que daria ao gestor municipal da saúde um maior controle sobre sua despesa, evitando talvez a geração de restos a pagar gerados na execução orçamentária sem o devido suprimento de fundos, fato decorrente de uma gestão não financeira dos recursos disponíveis ante a necessidade que se apresenta na aplicação dos recursos em saúde.

A nova sistemática a ser implantada, a partir do Pacto de Gestão, implica em melhor entendimento da aplicação dos recursos conforme a sua origem e destino da despesa.

Os 5 blocos de financiamento deverão ser observados para fins de execução da despesa, sendo:

1 - Atenção Básica

- Componente Fixo
- Componente Variável

2 - Média e Alta Complexidade da Assistência

- Componente MAC
- Componente FAEC

3 - Vigilância em Saúde

- Componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental
- Componente Vigilância Sanitária

4 - Assistência Farmacêutica

- Componente Básico
- Componente Estratégico
- Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional
- Organização dos serviços de assistência farmacêutica

5 - Gestão - componentes

- Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria
- Planejamento e Orçamento
- Programação
- Regionalização
- Participação e Controle Social
- Gestão do Trabalho
- Educação na Saúde
- Incentivo à implementação de políticas específicas

Os recursos de cada bloco poderão ser utilizados livremente pelo Gestor Municipal, sendo esta uma mudança significativa dada, já que possibilita a decisão de

aplicar conforme as necessidades locais, e não mais preso a um programa ou convênio específico. De igual forma, os recursos municipais aplicados em saúde deverão seguir a mesma organização, e preferencialmente estarem disponíveis financeiramente no Fundo Municipal de Saúde e não somente no orçamento da Secretaria Municipal da Saúde.

Em 2009, o Gestor Municipal disporá de R\$ 253.522.600,00 (Duzentos e cinqüenta e três milhões, quinhentos e vinte e dois mil e seiscentos reais) de recursos alocados no orçamento, com a seguinte composição:

Quadro 5- Distribuição orçamentária da Secretaria Municipal da Saúde exercício 2009

Orçamento da Secretaria Municipal da Saúde	Valor (R\$)
Recurso Próprio	174.254.000,00
Recurso Vinculado	79.268.600,00
Total Geral	253.522.600,00

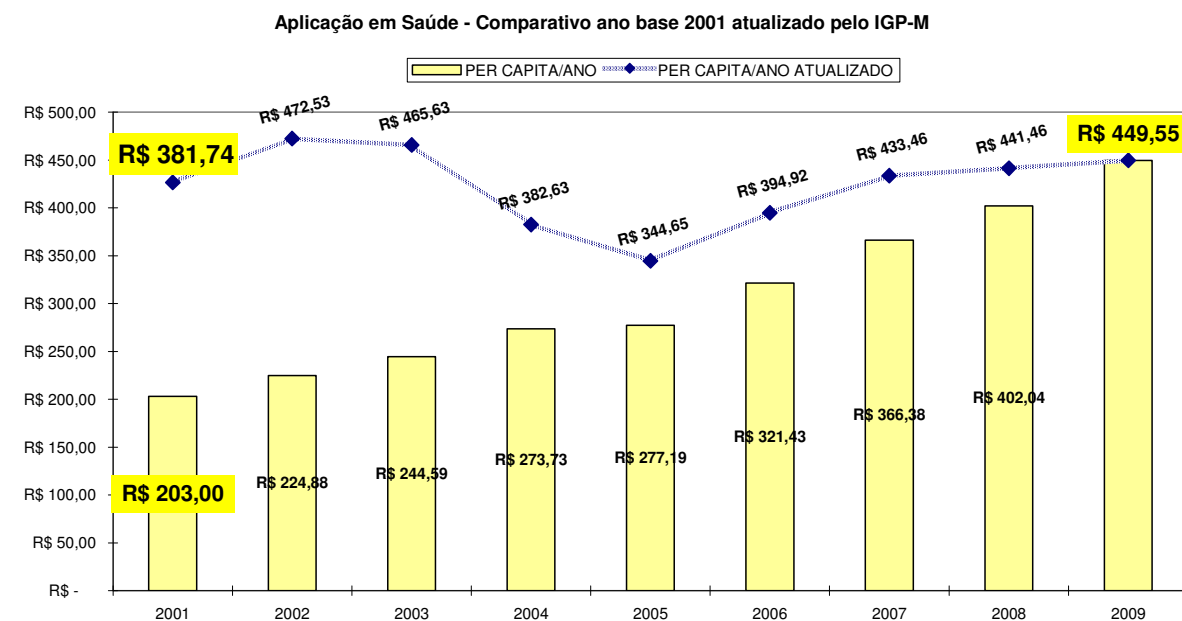
Fonte: PMRP- Secretaria Municipal da Fazenda

Este orçamento prevê a aplicação em saúde em 2009 de R\$ 449,55 (Quatrocentos e quarenta e nove reais e cinqüenta e cinco centavos) por habitante, considerando a estimativa dada pelo DATASUS de uma população de 563.107 pessoas no município. Este valor aplicado é significativo e demonstra a evolução do destino de recursos financeiros para o setor saúde no município.

Acompanhando uma série histórica dos últimos 9 anos, observamos que a aplicação per-capita em saúde evoluiu de forma significativa, principalmente quando o valor aplicado é atualizado por um indexador que reconstitua o valor monetário devido à inflação no período.

Na Figura 18, temos uma representação desta evolução histórica comparando o valor per-capita ano e seu correspondente atualizado pelo IGP-M, ficando nítido o crescente investimento em saúde.

Figura 18 – Comparativo das aplicações em saúde no município de Ribeirão Preto no período 2001 a 2009



fonte: Divisão de Finanças e Custo Operacional - SMS

Para os próximos quatro anos, disporá o Gestor Municipal dos seguintes recursos próprios a serem aplicados em saúde, conforme Decreto nº 22/2009, que norteou a elaboração do PPA 2010-2013:

Tabela 15 - Aplicação de Recursos Financeiros na Secretaria Municipal da Saúde período 2010 a 2013.

ANO	90% ATIVIDADES	5% PROJETOS	5% CONTINGÊNCIA	TOTAL
2010	178.200.000,00	9.900.000,00	9.900.000,00	198.000.000,00
2011	186.840.000,00	10.380.000,00	10.380.000,00	207.600.000,00
2012	196.200.000,00	10.900.000,00	10.900.000,00	218.000.000,00
2013	206.100.000,00	11.450.000,00	11.450.000,00	229.000.000,00

Fonte: PMRP –Secretaria Municipal da Fazenda

3.3.4 – Participação social

Seguindo a legislação da saúde, especialmente as Leis Federais nº 8080/90 - 8142/90 e a Lei Municipal nº 5972/91, Ribeirão Preto conta com um Conselho Municipal de Saúde formado por 26 membros e respectivos suplentes, sendo 13 representantes do

governo, dos prestadores de serviços de saúde e profissionais e trabalhadores de saúde e os outros 13 são representantes dos usuários.

A existência de um Conselho Municipal de Saúde é a garantia da participação da comunidade na organização, gestão, fiscalização e controle do Sistema Único de Saúde – SUS. O mandato do conselho coincide com o mandato do prefeito.

Os conselheiros na execução de suas tarefas encontram algumas dificuldades, de fácil solução, a saber:

- Dispor os conselheiros de um espaço físico adequado, dentro da sede da secretaria municipal, para pequenos encontros, estudo, pesquisa e discussão;
- Participação em cursos de capacitação para os conselheiros novos;
- Destinação de recursos financeiros para custear as viagens e a participação dos conselheiros em congressos, encontros, seminários, estaduais e nacionais que tratem da saúde pública;
- Identificação do conselheiro por meio de carteira ou crachá, visando facilitar o acesso destes ao interior das unidades de saúde e hospitais conveniados.

Outro ponto a se destacar, caberá ao Conselho Municipal de Saúde propor mudanças na Lei Municipal nº 5972/1991 visando adequá-la aos termos da Resolução CNS nº 333, de 04/11/2003.

A participação social no SUS ainda se dá na unidade de saúde por meio das comissões locais de saúde, sendo a principal dificuldade a própria formação da comissão por diversos fatores.

3.3.5 – Gestão do trabalho em saúde

Os serviços em saúde ofertados pela Gestão Municipal movimentam no município, de forma direta, 3.955 pessoas distribuídas nas diversas categorias que compõe o quadro funcional da rede de atenção à saúde. Contando com a força de trabalho que indiretamente está ligada a esta prestação de serviços, tais como: prestadores ambulatoriais e hospitalares, podemos dizer que o setor saúde movimenta cerca de 10.000 empregos no município.

Com relação ao quadro de funcionários que atuam na rede de atenção à saúde do município, temos a seguinte evolução nos períodos abaixo representados:

Quadro 6 - Distribuição de Recursos Humanos da Secretaria Municipal da Saúde ano 2009.

Distribuição (Total) de alguns dos cargos na SMS	Ano			
	1996	2000	2004	2009
Analistas de Sistema	5	5	5	5
Assistentes Sociais	18	19	20	16
Auxiliares de enfermagem	453	440	539	671
Auxiliares de Farmácia	8	16	15	70
Atendente de Consultório Dentário	82	86	97	100
Dentistas	206	214	216	220
Enfermeiros	169	186	180	259
Engenheiros	3	3	3	3
Farmacêuticos	16	21	18	42
Fisioterapeutas	6	6	6	7
Fonoaudiólogos	15	14	13	13
Médicos	579	538	515	648
Nutricionista	2	2	2	3
Ofic./Agentes Administrativos	257	233	197	276
Psicólogos	26	28	21	21
Técnicos de Enfermagem	63	60	56	54
Terapeutas Ocupacionais	9	8	4	4
Veterinários	4	4	3	4

Fonte: PMRP- SMS - Divisão de Gerenciamento de Pessoal, dados compilados pela Divisão de Planejamento em Saúde

Observamos que no quadro acima, onde constam destacados alguns dos cargos que compõe a força de trabalho da Secretaria Municipal da Saúde, constata-se que na maioria das categorias, em 13 anos, houve uma oscilação positiva enquanto que em outras há uma perda de trabalhadores ou ainda uma estabilidade no número de funcionários atuando no sistema de saúde municipal.

Destacamos o crescimento das seguintes categorias em relação ao ano de 1996:

- Auxiliares de Enfermagem: de 453 para 671;
- Auxiliares de Farmácia: de 8 para 71;
- Atendente Consultório Dentário: de 82 para 100;
- Enfermeiros: de 169 para 259;
- Farmacêuticos: de 16 para 42;
- Médicos (diversas especialidades): de 579 para 648.

O crescimento desta força de trabalho resulta do investimento em saúde e decorre da abertura de novos serviços para a população, no entanto ainda não é o quadro ideal para atender a demanda exigida por esta mesma população.

A falta de uma política de pessoal específica para o setor de saúde tem acarretado um alto “turnover” na categoria médica, principalmente na área de pronto-atendimento.

A Secretaria Municipal não dispõe de uma mesa de negociação permanente das questões relativas ao trabalho, que resolveriam muitos dos conflitos existentes, no entanto possui algumas iniciativas dignas de registro na gestão de recursos humanos, tais como: a distribuição de bolsas de estudo por meio de convênio com instituições de ensino sediadas no município como contrapartida da concessão de estágio na rede de atenção à saúde.

Em consonância com o Ministério da Saúde, propõe-se adotar os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)”, destacando a importância do trabalho e a necessidade da valorização dos profissionais, na implantação dos modelos assistenciais e da regulação das relações de trabalho no setor saúde.

Para o Ministério da Saúde a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local.

3.3.6 – Educação em saúde

As gestões que se sucederam à frente da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, sempre tiveram um projeto voltado para a capacitação em saúde dos trabalhadores na rede de atenção, variando no tempo na forma de aplicação e quanto ao investimento aplicado.

Institucionalmente, a educação em saúde se insere como missão a partir de 1991 com a criação do Programa de Educação Continuada – PEC, cuja equipe ficou responsável pela organização das ações de treinamento em serviço e de atualização profissional a serem realizadas junto aos trabalhadores.

Em 2001, o Prefeito Municipal, por conta que a despesa com pagamento de pessoal ultrapassou os limites estabelecidos na Lei Complementar Federal nº 101, de 04 de maio de 2.000, e considerando-se que, para atingir a meta de adequação aos limites legais, fez-se necessário um esforço, conforme estabelecido no artigo 21 da Emenda Constitucional

nº 19, de 04 de junho de 1.998, foi editado o Decreto nº 001, em 02/01/2001, contingenciando diversos cargos e funções comissionadas, dentre elas o de coordenador do Programa de Educação Continuada.

No entanto, a educação continuada não foi abandonada durante este período, a equipe dissolvida e as ações programáticas com foco no treinamento foram distribuídas às divisões técnicas, que adotaram na medida do possível e dentro das suas capacidades a responsabilidade pela educação continuada, ocorre que este processo se deu de forma fragmentada no período e dependente da característica de liderança das chefias.

Nesta fase, temos mais ênfase no treinamento do pessoal de enfermagem, farmácia e médicos, quanto às questões típicas e de atualização profissional.

Sem uma diretriz clara, as demais categorias ficaram à própria sorte, e dependentes de iniciativas pessoais ou de grupo, ou ainda da oferta de terceiros que viessem a propor algum convênio ou parceria com a Secretaria Municipal da Saúde.

Esta pulverização gerou um problema de programação das ações de educação, com a coincidência de cursos voltados ao mesmo público em horários incompatíveis com as atividades das unidades de saúde, acarretando em problemas de liberação dos servidores, ou ainda prejudicando o andamento dos trabalhos.

Com a adesão do Gestor em 2008 ao Programa Nacional de Educação Permanente em Saúde – PINEPS, promovido pelo MS, há uma busca pela excelência e uma preocupação em reativar o PEC, ou instituir um setor que centralize ações de capacitação e educação permanente.

Em paralelo a DRS-XIII, por meio do seu Núcleo de Educação Permanente – NEP, passa a oferecer diversos cursos voltados à Gestão e formação técnica dos trabalhadores em saúde, ofertando vagas ao Gestor municipal.

O Gestor Municipal propõe, por meio de parcerias, proporcionar ações para a capacitação continuada dos servidores públicos, de forma programada e com oferta constante baseado no levantamento de necessidades e deficiências do setor saúde, bem como, proporcionar dentro da categoria dos servidores públicos, que estes atores possam ser agentes multiplicadores dos seus conhecimentos junto à Administração Municipal, principalmente na área de saúde, e com esta oportunidade, terem reconhecimento com motivação profissional.

3.3.7 – Informatização em saúde

A boa gestão do sistema de saúde, considerando a amplitude da rede de atenção e o planejamento das ações, o volume e o fluxo de informações, a dinâmica e as

necessidades da população, prescinde de um sistema informatizado de informações que disponha de uma base de dados fidedigna e que possibilite ao Gestor a tomada de decisões.

Ribeirão Preto, em 18 de abril de 1994, implantou, na época considerado inovador, o Sistema de Gestão de Saúde Pública – HYGIA, único a possuir recursos como prontuário eletrônico. A adoção deste sistema informatizado na rede municipal trouxe grande impacto na organização de toda a rede de atenção.

Disponha o Gestor, então, de informações essenciais em tempo real, o que antes da implantação não era possível. Esta nova situação impulsionou estudos e condições para melhoria da rede de atenção durante a década de 90.

Com o processo crescente de informatização, surgiram alguns problemas, visto que os diferentes gestores do sistema de saúde adotaram bases de dados incompatíveis entre si, fato que ocasiona até hoje problemas no interfaciamento de dados.

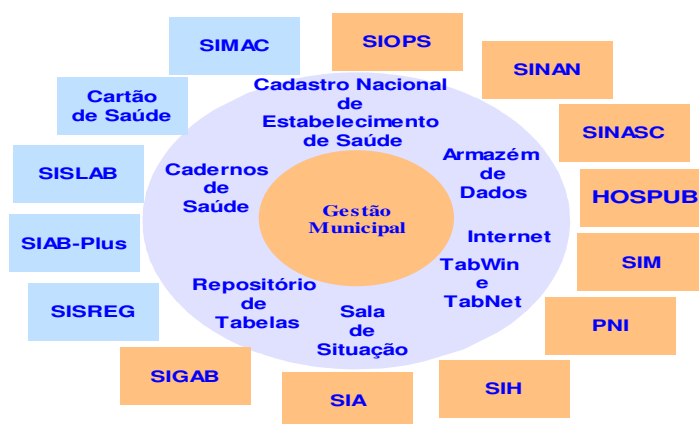
Esta situação se deveu principalmente pela necessidade de cada nível de gestão em colher dados para a sua compreensão do sistema. Com a adoção pelo Ministério de Saúde de um modelo de atenção por programas de saúde, para que este tivesse efetividade, desenvolveram sistemas informatizados específicos para coleta e análise de dados a serem preenchidos pelos gestores das outras esferas de governo. Esta prática que atendeu a uma necessidade de gestão do nível superior, no entanto, com o desenvolvimento de novas ferramentas de informática em nível local, desencadeou um processo de informação baseado na alimentação individual destes sistemas a partir de dados locais, sem a devida integração de sistemas.

Quadro 7 – Sistemas de Informação em uso no MS de preenchimento obrigatório pelos municípios

BOLSA FAMÍLIA	DESCENTRALIZADO	SIM
CADSUS MULTIPLATAFORMA	SIOPS	SINAN-NET
GIL	SI-PNI	SINAN Windows
HIPERDIA	SIAIU	SISCAN
HOSPUB	SIPI	SISCOLO
INTEGRADOR	SI-PNI	SISMAMA
PVC – PROGRAMA VOLTANDO	SICRIE	SISPRENATAL
PARA CASA	SIEAPV	SISVAN
SGIF	SIEDI	TABNET
SIAB	SI PAIS	TABWIN
SIASUS	SI PAISSV	
SIHD – SIH-SUS	SIOC CHAGAS	

Fonte: DATASUS – Sistemas de Informação em Saúde do SUS

Figura 19 – Sistemas de informação em saúde do MS alimentados pelos municípios



Fonte: DATASUS – dados colhidos – exemplo de sistemas de informação existentes referenciados ao MS

A coexistência de diversos sistemas, a crescente atualização deste ferramental, bem como o crescimento da população de usuários cadastrados no sistema Hygia, que chegou ao seu limite de operacionalização de dados em decorrência de ser já uma tecnologia antiga, e ainda o processo de inclusão digital que possibilitou a todos o uso das ferramentas digitais de forma mais apropriada, resultou num processo decisório pela modernização do sistema.

Neste processo foram elencadas as seguintes prioridades:

- Aquisição de novo servidor de dados;
- Aquisição de um novo sistema em substituição ao Hygia em uso;
- Aquisição de equipamentos de informática, adequando todas as unidades ao processo de informatização em curso;
- Implementação da rede lógica.

Este processo de modernização e atualização prevê a incorporação dos equipamentos de informática (PC) como ferramenta de trabalho individual dos médicos nos consultórios, agilizando o atendimento e possibilitando o registro on-line dos dados do paciente.

Este novo sistema comportaria toda a base de dados, e ainda incrementaria o seu uso para os seguintes espaços: recepções, farmácias, consultórios odontológicos e médicos, laboratórios e salas de vacinas, bem como dotaria o gerente da unidade de informações essenciais em saúde pública.

Atualmente o sistema eleito, por atender estas expectativas, é o Sistema Hygia, em sua versão WEB.

Esta versão é bastante flexível e permite a incorporação de novas rotinas / funções de acordo com a necessidade do gestor. Os modelos de controle, regulação e avaliação, podem ser alterados de acordo com a necessidade do município, contemplando

dessa maneira o que preconiza as normativas do SUS para os municípios de Gestão Plena do Sistema Municipal. As normas pressupõem que os municípios organizem suas estruturas de controle, regulação e avaliação de modo a garantir o acesso a todas as ações e serviços necessários para a solução de seus problemas de saúde, otimizando recursos disponíveis e reorganizando a assistência.

Espera-se com o sistema de informatização otimizar o atendimento e garantir mecanismos que tornem a rede de atenção à saúde mais eficiente, efetivo e eficaz.

Para o ano de 2009 temos alguns projetos em andamento e alguns problemas a resolver como:

1 – Implantação do módulo de atendimento médico e encaminhamento. Começaremos com um projeto piloto na UBS do Adão do Carmo. Neste projeto treinaremos os médicos e a equipe da pré e pós consulta para a digitação de procedimentos, laudo, receitas, solicitação de exames e encaminhamento no sistema de gerenciamento em saúde.

Para que esses módulos sejam implantados em todas as unidades será necessário:

- Treinamento de informática básica para alguns profissionais (escola do servidor)
- Treinamento do sistema de gerenciamento em saúde.
- Instalação de equipamentos de informática, incluindo impressoras nos consultórios médicos.
- Melhora na transmissão de dados, substituindo o acesso a Internet através do speedy por uma forma de comunicação mais rápida e estável.

Após a implantação desses módulos começaremos com a implantação do módulo de regulação que começará a ser analisado por nossos analistas e reguladores.

2 - Interfaceamento entre os equipamentos laboratoriais ao sistema de gerenciamento em saúde, através do sistema Matrix. Este interfaceamento possibilitará a disponibilização no sistema dos resultados de exames, sem a necessidade de digitação dos mesmos tornando o processo ágil e extinguindo o risco de erros.

3 – Geoprocessamento: Implantado em 2008, na Vigilância em Saúde, possibilita o estudo dos casos de agravos por região, de forma visual agilizando o processo na tomadas de decisões e na elaboração de campanhas de prevenção. Novas etapas estão sendo disponibilizadas para a VISA, facilitando a fiscalização e a emissão de laudos técnicos.

3.3.8 – Infra-estrutura

A rede municipal de atenção à saúde está estruturada em 5 distritos de saúde, cada qual com área de abrangência definida e contendo 1 Unidade Distrital de Saúde (UBDS) onde são ofertadas especialidades médicas e o serviço de pronto atendimento, e diversas unidades básicas de saúde (UBS) conforme o dimensionamento do território e população, onde são ofertados os serviços de clínica geral, pediatria e ginecologia obstetrícia, bem como serviços de enfermagem, odontologia, vacina, farmácia e outros.

No todo são 46 unidades básicas de saúde (UBS), e 21 equipe de saúde da família que atendem a atenção básica no município.

O setor secundário dispõe, além das 5 UBDS, de 30 locais de atendimento, sendo:

- 16 ambulatórios especializados;
- 2 serviços de radiodiagnóstico;
- 3 de terapia renal substitutiva;
- 3 de odontologia (2 CEO e 1 Laboratório de Prótese);
- 6 laboratórios, sendo 1 próprio e 5 conveniados.

No setor terciário dispõe o município de 10 hospitais, sendo:

a) 5 públicos:

- Hospital das Clínicas de FMRP – Campus
- Hospital das Clínicas de FMRP – Unidade de Emergência
- Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto – Santa Tereza;
- Hospital Estadual de Ribeirão Preto;
- Mater – Fundação Maternidade Sinhá Junqueira.

b) 4 filantrópicos:

- Sociedade Beneficente Santa Casa de Misericórdia Beneficência Portuguesa;
- Sociedade Portuguesa Beneficência – Hospital Imaculada Conceição
- Instituto Santa Lydia;
- Hospital Electro Bonini - UNAERP.

c) 1 privado contratado:

- Hospital São Francisco Sociedade Ltda;

Quanto às condições dos prédios onde estão instaladas as unidades de saúde, alguns estão inadequados e necessitando de intervenções que envolvam ações estruturais (reformas), bem como ações de manutenção e ou ampliação.

Ocorre que o modelo arquitetônico de 4 unidades de saúde: CSE Vila Tibério, UBS Vila Abranches, UBS Santa Cruz e UBS Quintino Facci I, algumas construídas na década de 80, estão inadequadas em relação ao dimensionamento dos serviços de saúde hoje ofertados. Mesmo caso dos prédios herdados do Estado, NGA e PAM II, que hoje necessitam de grandes intervenções decorrentes principalmente da idade dos prédios e da falta de manutenção preventiva.

As unidades de saúde do Jardim Maria das Graças, Valentina Figueiredo, e CSE Ipiranga não contam com espaço físico disponível para ampliação.

Problema maior são as 7 unidades de saúde de família (5 Núcleos do CSE Sumarezinho, 1 Geraldo de Carvalho e 1 no Portal do Alto) e as 4 unidades de atendimento em saúde mental (CAPS II, Ambulatório de Saúde Mental do Distrito Central, Ambulatório de Saúde Mental do Distrito Oeste e Ambulatório Regional de Saúde Mental) que funcionam em prédios alugados, não construídos para os fins, e que foram adaptados para o uso em saúde, e não poderão sofrer intervenção maior, tanto por conta de espaço físico disponível, quanto pelo fato de não serem próprios municipais.

Quanto aos demais, precisa-se de um plano permanente de manutenção preventiva e corretiva que resolva os problemas com intervenções pontuais e rápidas, de forma que os problemas não se acumulem.

Nos últimos anos a Administração Municipal tem atuado de forma a diminuir alguns destes problemas nas unidades de saúde, sem, no entanto atingir plenamente o objetivo, visto que as ações são pontuais e tão somente motivadas pelos problemas decorrentes, sendo sempre a solução dada quando não há mais como não agir.

Contribui para esta situação, a condição financeira precária do setor saúde, que não dispõe de recursos para investimento e manutenção preventiva na proporção exigida pela rede de atenção à saúde.

4 – Objetivos, diretrizes e metas

4.1 - Em relação às condições de saúde da população

A – Atenção Básica

Objetivo:

- ✓ Efetivar a atenção básica como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

Diretrizes:

- Expandir e fortalecer a atenção básica de saúde, através das ferramentas da Estratégia de Saúde da Família e Equipes de Agentes Comunitários de Saúde.
- Implantar processo de humanização na atenção à saúde

Projetos	Período
Implantar a Terapia Comunitária na rede de Atenção Básica.	2010-2013
Implantar equipes NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) tipo 1 (um) por distrito.	2010-2013

Metas	Período
Efetivar o acolhimento em 100% das unidades de saúde com o envolvimento de toda a equipe integrada e permanente	2010-2013
Ampliar a Estratégia de Saúde da Família – ESF em 50% da área de cobertura do município	2010-2013
Reestruturar as Equipes de Agentes Comunitários de Saúde - EACS, com previsão de cobertura em 100% das unidades do município.	2010-2013

Objetivos Específicos:

A-1 – Saúde Bucal

Objetivo:

- ✓ Reorganização da Atenção Básica em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e com a Política Nacional de Saúde Bucal, garantindo a promoção, prevenção e recuperação da Saúde Bucal dos municípios.

Diretrizes:

- Implementar a atenção básica em odontologia.
- Busca ativa da demanda.

Projeto	Período
Implantar ações de assistência odontológica, através de consultório portátil.	2010-2013

Metas	Período
Realizar diagnósticos epidemiológicos em saúde bucal, por amostragem, de 100% do Município.	2010-2013
Realizar uma campanha anual contra o câncer bucal em 100% das unidades.	2010-2013
Implementar o protocolo das ações coletivas bucais a serem realizadas sistematicamente em 100% das unidades de saúde, inseridas na agenda de atendimento.	2010-2013
Ampliar as Equipes de Saúde Bucal para 50% da área de cobertura do município.	2010-2013

A-2 – Saúde da Criança e Adolescente

Objetivo:

- ✓ Promover a saúde integral das crianças e adolescentes atendendo às necessidades básicas nas diferentes Ações Estratégicas

Diretrizes:

- Garantir o acesso da criança e adolescente na rede de saúde do município.
- Intersetorialidade e integralidade
- Garantir o fornecimento de fórmulas infantis para o primeiro e segundo semestre de vida de crianças com zero a um ano, por critérios biológicos, que impeçam o aleitamento materno.
- Garantir ações intersetoriais reintegrando trabalhadores de saúde (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, psicólogos, dentistas, fonoaudiólogos) às atividades previstas de Saúde Escolar, de forma continuada.
- Fortalecer as ações integradoras com os programas de saúde afins, convênios com as universidades serviços de saúde e escolas públicas, assim como outros órgãos intra e extra governamentais ligados a criança e adolescente.
- Inserir nas ações previstas pela Saúde Escolar o atendimento multidisciplinar e interdisciplinar incluindo atendimento psicológico e fonoaudiológico.

Metas	Período
Reduzir a mortalidade infantil para 8,20/1.000 nascidos vivos, no período.	2010-2013
Disponibilizar cadastro e agendamento para 100% dos recém-nascidos e mães.	2010-2013
Oferecer 100 % da coleta do teste do pezinho no município.	2010-2013
Realizar agendamento precoce e seguimento das crianças de risco da rede	2009-2013
Aumentar os indicadores de aleitamento materno proposto pela OMS no município em 2,5% ao ano.	2010-2013
Atender 100% da população de zero a dois anos, usuárias do SUS.	2010-2013
Reduzir as ocorrências 2,5% de doenças prevalentes em especial diarreia e doenças respiratórias em crianças de zero a cinco anos usuárias do SUS.	2010-2013
Reduzir a obesidade e sobrepeso em crianças e adolescentes usuários da rede municipal de saúde, em 1% ao ano.	2010-2013
Oferecer 100% dos óculos prescritos aos escolares do ensino fundamental da rede municipal.	2010-2013
Reduzir as ocorrências de gravidez em adolescentes com ações multidisciplinares, 1% no período.	2010-2013
Facilitar e ampliar acesso das crianças e dos adolescentes ao serviço de saúde, reduzindo agravos ligados a drogadição, doenças sexualmente transmissíveis, violência e acidentes.	2010-2013

A-3 – Saúde da Mulher

Objetivo:

- ✓ Promover a atenção à saúde da mulher e reduzir a morbimortalidade decorrente de doenças e agravos prevalentes

Diretrizes:

- Diminuir a incidência e prevalência do câncer de colo de útero e de mama
- Diminuir o número de óbitos maternos, de causas obstétricas e neonatais
- Diminuir a incidência e prevalência de DST/Aids na mulher

Metas	Período
Aumentar a coleta do “Papanicolaou” para 80% da população-alvo em 4 anos	2010-2013
Seguimento prospectivo e retrospectivo e tratamento de 100% das lesões precursoras (NIC II e NIC III e câncer de colo) das citologias realizadas na rede pública.	2010-2013
Diminuir a mortalidade por câncer de mama.	2010-2013
Diminuir a mortalidade materna obstétrica direta e a mortalidade neonatal	2010-2013

A-4 – Saúde do Idoso

Objetivo:

- ✓ Trabalhar com a manutenção da máxima autonomia e máxima independência possível do munícipe com 60 anos ou mais.

Diretrizes:

- Diminuir institucionalização desnecessária de idosos em instituições de longa permanência;
- Diminuir a sobrecarga do cuidador de idoso dependente e semidependente;
- Diminuir os agravos da saúde do idoso acompanhados em outros programas de saúde;
- Detectar precocemente os estados de pré-fragilidade;
- Orientação técnica aos abrigos filantrópicos para idosos (ILPI);
- Implementar a atenção ao cuidador.

Projeto	Período
Implantar 5 centro-dia para idosos, nos Distritos de Saúde do município.	2010-2013

Metas	Período
Oferecer instrumentos de racionalização da prescrição de medicamentos a idosos, reduzindo em 50% a prescrição de medicamentos para idosos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus.	2010-2013
Ofertar tratamento com recurso equoterápico a 10% dos pacientes com quadros demenciais leves e com seqüelas das patologias em que se indica este recurso, em parceria com a Polícia Militar do Estado de São Paulo.	2010-2013
Estabelecer parceiras, para atendimento interdisciplinar de 100% das denúncias de maus tratos.	2010-2013
Diminuir 10% das institucionalizações de longa permanência	2010-2013
Garantir a assistência na atenção básica ao idoso, reduzindo em 30% a procura de idosos por atendimento em PA, com quadros de mau controle das patologias associadas à hipertensão arterial e Diabete Mellitus.	2010-2013

A-5 – Saúde do Adulto

Objetivo:

- ✓ Reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos relativo a hipertensão arterial e diabetes mellitus, mediante a ampliação, desenvolvimento e manutenção de ações de caráter de promoção, prevenção e de intervenção nestes agravos de maneira individual e coletiva.

Diretrizes:

- Prevenção, monitoramento e controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.
- Buscar pelo diagnóstico precoce, estimular hábitos e comportamentos saudáveis.
- Realizar busca ativa para detectar pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus que não estejam em tratamento.

Metas	Período
Garantir diagnóstico precoce e a aplicação do protocolo clínico e terapêutico para a hipertensão arterial.	2010-2013
Garantir diagnóstico precoce e a aplicação do protocolo clínico e terapêutico para o diabetes mellitus.	2010-2013
Manter os pacientes diagnosticados em monitoramento, reduzindo os possíveis agravos.	2010-2013
Garantir o monitoramento do paciente diabético em uso de insulina	2010-2013
Ampliar em 60 % o cadastro dos pacientes HÁ e DM no sistema de informação Hiperdia.	2010-2013

A-6 – Vigilância Alimentar e Nutricional

Objetivo:

- ✓ Promover a melhoria do estado nutricional da população do município.

Diretrizes:

- Diagnóstico e monitoramento da situação alimentar e nutricional dos usuários da rede municipal de saúde
- Ações de prevenção para redução do risco de doenças crônicas não transmissíveis

Projeto	Período
Implantar o atendimento aos agravos nutricionais nos Distritos de Saúde com equipe multiprofissional	2010-2013

Metas	Período
Avaliar o estado nutricional da população atendida na rede municipal de saúde e escolas, através do Sistema de Vigilância Nutricional - SISVAN	2010-2013
Acompanhar 100% das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família	2010-2013
Reduzir para 3,0% no período, o percentual de crianças abaixo de 5 anos desnutridas com interface junto ao escolar.	2010-2013
Diminuir a incidência de sobrepeso, obesidade e desnutrição da população do município.	2010-2013
Ampliar o Centro de Referência aos agravos nutricionais com equipe multiprofissional e elaboração de protocolos como suporte para a atenção básica.	2010-2013

A-7 – Integração Comunitária

Objetivo:

- ✓ Promover junto a população, a adoção de novas condutas e estilos de vida favoráveis à sua saúde, desenvolvendo um sentido de responsabilidade compartilhada com serviços de saúde.

Diretrizes:

- Estimular os participantes a adquirirem conhecimentos, atitudes e ações relativas a melhoria da qualidade de vida em seus bairros.
- Estudar os efeitos das atividades propostas no controle e tratamento de doenças em grupos específicos.
- Elaborar e desenvolver ações específicas dirigidas a portadores de doenças crônicas e expostos a fatores de risco.

Metas	Período
Implementar as ações do Programa de Integração Comunitária (PIC)	2010-2013
Implantar 10 novos grupos do PIC	2010-2013

A-8 – Atenção domiciliar

Objetivo:

- ✓ Efetivar a atenção domiciliária com ênfase na interdisciplinaridade e restabelecer a qualidade de vida e do equilíbrio biopsicossocial de pessoas com dependência total ou parcial e da família.

Diretriz:

- Orientar, capacitar e supervisionar familiares e ou cuidadores nos cuidados diários na atenção domiciliar.

Metas	Período
Garantir a sustentabilidade do Serviço de Assistência Domiciliar – SAD, em todas as unidades de saúde.	2010-2013
Incrementar o Serviço de Assistência Domiciliar – SAD, nos Distritos de Saúde (distritais).	2010-2013
Incorporar nas atividades do SAD os cuidados paliativos, conforme protocolos, com capacitação das equipes.	2010-2013

B - Atenção de Média e Alta Complexidade Hospitalar

Objetivo:

- ✓ Implementar a assistência ambulatorial especializada, visando garantir a continuidade e a integralidade da atenção, ampliando o acesso a esta modalidade de atenção.

Diretrizes:

- Reorganização da atenção ambulatorial com a efetivação do Complexo Regulador do Sistema de Atenção
- Fortalecimento das equipes de avaliação de contratos e convênios

Projetos	Período
Implantar Protocolos de Regulação na rede de atenção à saúde	2010-2013
Fomentar a implantação de um AME – Ambulatório Médico Especializado	2010-2013

Metas	Período
Garantir 100% da necessidade de consultas prioritárias encaminhadas ao Complexo Regulador	2010-2013
Implantar 22 Protocolos de Regulação na rede de atenção à saúde	2010-2013
Elaborar 3 Protocolos Clínicos e de Regulação ao ano	2010-2013
Apontar alternativas para diminuir em 30% a demanda reprimida em consultas especializadas	2010-2013
Avaliar e acompanhar 100% dos contratos e convênios de prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares do SUS	2010-2013
Reestruturar o sistema de regulação de urgência	2010-2013

Objetivo:

- ✓ Implementar a assistência hospitalar.

Diretriz:

- Reorganização da atenção hospitalar

Metas	Período
Garantir por meio dos convênios o controle “on line” de 100% dos leitos hospitalares de urgência/emergência e eletivos.	2010-2013
Garantir o cumprimento da oferta de procedimentos hospitalares eletivos, pré-programados de média complexidade conforme pactuado com a Secretaria Municipal da Saúde.	2010-2013
Otimizar a malha hospitalar com redução das diárias de internação em procedimentos eletivos com hospitalização programada para o período real da realização do procedimento	2010-2013

Objetivos Específicos:

B-1 – Urgência e Emergência

Objetivo:

- ✓ Efetivar a assistência de urgência e emergência à saúde das pessoas.

Diretrizes:

- Implementar a assistência de urgência e emergência móvel
- Ampliar o SAMU para regional
- Constituir um centro de treinamentos do SAMU.

Projetos	Período
Implantar a segunda Unidade de Suporte Avançado - USA municipal	2010-2013
Implantar duas Motolâncias em convênio com o Ministério da Saúde	2010-2013

Metas	Período
Ampliar e adequar o serviço de remoção dos pacientes sem possibilidade de locomoção física, independente da condição social, agendados.	2010-2013
Ampliar recursos tecnológicos para cobertura de pacientes vítimas de parada cardiorespiratórias no município	2010-2013
Implantar e implementar o serviço de radiologia em todas as Unidades Distritais de Saúde.	2010-2013
Adequar as Unidades Básicas Distritais de Saúde – UBDS, de meios tecnológicos e arquitetônicos, visando atender a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências.	2010-2013
Qualificar o serviço de urgência/emergência para uso do acolhimento com classificação de risco em todas as UBDS.	2010-2013

B-2 – Saúde Mental

Objetivo:

- ✓ Garantir a atenção integral em saúde mental para população residente no município de Ribeirão Preto

Diretrizes:

- Implementar a atenção integral em saúde mental atuando na prevenção, assistência, tratamento e reabilitação.
- Promover ação intersetorial para viabilização conjunta de projetos na área educacional, social, esportiva, etc.

Projetos	Período
Implantar dois CAPS Infantis: um para atendimentos a crianças e adolescentes portadores de psicose e outro para crianças e adolescentes com problemas de dependência.	2010-2013
Fomentar a discussão sobre projeto piloto, no Distrito Oeste, de ambulatório de especialidades em saúde mental.	2010-2013
Ampliar o atendimento no CAPS ad para 24 horas.	2010-2013
Realizar Conferência Municipal de Saúde Mental	2010-2013
Realizar Conferência para a elaboração do Plano Municipal de Prevenção e Combate ao uso de Álcool e Drogas.	2010-2013
Implantação de uma casa de passagem para crianças e adolescentes (incluindo meninas) para receber crianças em uso de drogas como primeira medida de proteção para a criança articulada com o fluxo de assistência a criança que faz uso de drogas.	2010-2013
Criar cooperativas para aproveitamento do trabalho produtivo do paciente da área de saúde mental.	2010-2013

Metas	Período
Descentralizar o atendimento de saúde mental para os Distritos Norte, Sul e Leste, ampliando a oferta com a implantação de equipes multidisciplinares.	2010-2013
Ampliar e implementar as residências terapêuticas.	2010-2013
Criar residências terapêuticas 24 horas.	2010-2013
Fomentar a discussão de ampliação da oferta de leitos psiquiátricos em hospitais gerais.	2010-2013

Implementar atendimento às famílias dos usuários dos serviços de Saúde Mental	2010-2013
Dar continuidade e aprofundar o trabalho de redução de danos em parceria com o programa DST/Aids.	2010-2013
Adequar a diretriz de desospitalização de acordo com as necessidades locais	2010-2013
Fomentar a transformação do CAPS II para CAPS III	2010-2013
Implementar Projetos de Economia Solidária	2010-2013
Ampliar o acolhimento em todos os serviços de saúde mental	2010-2013

B-3 – Assistência as pessoas com deficiência

Objetivo:

- ✓ Garantir a atenção integral à saúde da pessoa com deficiência, destacando os três níveis de atuação: prevenção, reabilitação e equiparação de oportunidades.

Diretrizes:

- Atender demanda de equipamentos de reabilitação: concessão de órteses, próteses e aparelhos auxiliares de locomoção.
- Prevenção de deficiências em todos os níveis: primário (prevenção de acidentes e doenças congênitas e neonatais, doenças crônicas como diabetes e hipertensão, etc), secundário (teste do pezinho, pré-natal, puericultura, etc) e terciário (reabilitação).

Metas	Período
Atender a demanda de concessão de equipamentos de reabilitação considerando o pacto entre o Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e o Município.	2010-2013
Assessorar Órgãos Públicos e Privados na área da deficiência, através de avaliação para enquadramento de pretendentes a benefícios sociais reservados às pessoas com deficiência.	2010-2013

Diretrizes:

- Garantir a atenção para pessoas com deficiência (deficiência auditiva, fissurados, criança com atraso de desenvolvimento neuropsicomotor, problemas fonoaudiológicos, distúrbios de aprendizagem): prevenção, reabilitação e equiparação de oportunidades.
- Implementar e fortalecer as ações e serviços desenvolvidos no Núcleo de Atenção ao Deficiente - NADEF

Projetos	Período
Implantar o Programa de Triagem Auditiva Neonatal (teste da orelhinha).	2010-2013
Criar o serviço de avaliação nasofaringolaringológica no município, para avaliação, diagnóstico e tratamento fonoaudiológico, principalmente para os usuários com fissura lábio-palatal.	2010-2013

Metas	Período
Aumentar em 50% o número de atendimento em fonoaudiologia para toda a rede, assim como estabelecer com os outros serviços fonoaudiológicos públicos a redistribuição dos atendimentos (por patologias e idade).	2010-2013
Incrementar o serviço de avaliação audiológica com implantação do exame de Alteração de Processamento Auditivo	2010-2013

B-4 – Práticas Integrativas e Complementares

Objetivo:

- ✓ Ofertar opções de tratamento com Práticas Integrativas e Complementares à população residente no município.

Diretrizes:

- Efetivar as opções de tratamento de saúde: Acupuntura, Homeopatia e Fitoterapia, na rede municipal de atenção à saúde.
- Disponibilizar medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na rede municipal de saúde
- Realizar encontros, cursos, seminários, informativos e afins para divulgação das Práticas Integrativas e Complementares.

Projetos	Período
Implantar de forma organizada nos cinco distritos de saúde, o atendimento ambulatorial em homeopatia.	2010-2013
Implantar ações de práticas alternativas de saúde com a adoção de práticas corporais e meditativas	2010-2013

Metas	Período
Aumentar em 50% a oferta de consultas de Homeopatia na rede de atenção à saúde.	2010-2013
Capacitar 50% das equipes de saúde da atenção básica da rede municipal no uso de medicamentos fitoterápicos	2010-2013
Ampliar o atendimento ambulatorial em Fitoterapia para 50% da rede da atenção básica.	2010-2013
Ampliar em 40% o atendimento ambulatorial de acupuntura	2010-2013

B-5 – Apoio Diagnóstico

Objetivo:

- ✓ Garantir e ampliar o acesso da população aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, com qualidade, eficácia e eficiência dando suporte aos programas da Secretaria Municipal da Saúde (Programa Saúde da Mulher, Vigilância Epidemiológica e Programa DST/AIDS e Hepatites).

Diretriz:

- ✓ Implementar os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico no âmbito do SUS municipal

Metas	Período
Implementar o laboratório municipal do Castelo Branco para a manutenção da qualidade do diagnóstico associadas a execução de ações de prestação de serviços, prevenção e assistência. - Incorporação de novas tecnologias.	2010-2013
Ampliar o número de exames diagnósticos do laboratório municipal do Castelo Branco, de acordo com sua capacidade física e de recursos humanos, para dar suporte aos programas da Secretaria Municipal da Saúde.	2010-2013

Implementar o Complexo Regulador da Secretaria Municipal da Saúde	2010-2013
Implantar exame diagnóstico para dengue (NS1) e confirmatório de HIV (Western Blot).	2010-2013
Unificar os dados estatísticos em relação ao diagnóstico.	2010-2013
Aprimorar a informatização e interfaciamento dos exames com o sistema de gerenciamento em saúde. Implantação de códigos de barras para agilizar o cadastro dos exames. O objetivo do interfaciamento dos exames é para que os resultados dos exames fiquem on line imediatamente após sua realização sem necessidade de digitação garantindo melhor qualidade e resolutividade, pois agiliza e aumenta segurança do processo.	2010-2013

B-6 – Saúde Bucal Especializada

Objetivo:

- ✓ Reorganização da Atenção Especializada em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e com a Política Nacional de Saúde Bucal, garantindo a recuperação da Saúde Bucal dos municípios.

Diretriz:

- Implementar a atenção secundária em odontologia.

Projetos	Período
Implantar o 3º CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) no município.	2010-2013
Implantação de um Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD).	2010-2013
Implantar o atendimento ortodôntico no Núcleo de Atenção ao Deficiente (NADEF), para crianças e adolescentes, seguidos pelas fonoaudiólogas das unidades de saúde.	2010-2013

Metas	Período
Implementar o Centro Odontológico Pediátrico (COP), centralizar o serviço para melhorar o acesso.	2010-2013
Fornecer 12 aparelhos ortodônticos fixo, ao ano, para pacientes com anomalias crânio facial do município.	2010-2013

B-7 – Saúde do Trabalhador

Objetivo:

- ✓ Promoção da saúde do trabalhador atendendo a Portaria da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (RENAST) – 2437/2005 que estabelece a ampliação e o fortalecimento da saúde do trabalhador, no âmbito do SUS.

Diretriz:

- Implementar a atenção integral a saúde do trabalhador com ações nos níveis de assistência, tratamento, recuperação, reabilitação e prevenção, visando promover a saúde do trabalhador no município e região.

Projeto	Período
Implantar o Núcleo de Vigilância do Centro Regional de Saúde do Trabalhador (CEREST).	2010-2013

Metas	Período
Implementar os ambulatórios de saúde do trabalhador nos distritos de saúde e região.	2010-2013
Aumentar as buscas e notificações de acidente do trabalho e doenças do trabalho através do Coderp – Gat e Sinan – Net.	2010-2013
Realizar o diagnóstico situacional visando conhecer a situação real epidemiológica da saúde do trabalhador no município e região.	2010-2013
Padronizar protocolos, fluxos e check list das inspeções nos ambientes de trabalho.	2010-2013
Implementar serviços sentinelas no município e região.	2010-2013
Implementar as inspeções nos locais de trabalho com maior ocorrência dos agravos relacionados ao trabalho da Portaria MS/777 e também com as notificações do Sistema Coderp-GAT.	2010-2013
Melhorar através do estabelecimento de fluxos e protocolos a atenção integral dos trabalhadores usuários do SUS.	2010-2013
Implementar ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental com o CEREST.	2010-2013
Capacitar profissionais de Saúde de hospitais públicos e privados para notificar os agravos constantes da Port. 777/2004.	2010-2013

C – Assistência Farmacêutica

Objetivo:

✓ Promover o acesso à assistência farmacêutica, nos diversos níveis da atenção à saúde, adotando medidas que garantam o acesso com qualidade, segurança e menor custo.

Diretriz:

✓ Implementar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS municipal

Projetos	Período
Construir um laboratório de manipulação, incluindo medicamentos fitoterápicos e homeopáticos.	2010-2013
Implantar os novos modelos de estrutura física que permitam o atendimento mais humanizado e qualificado em todas as farmácias.	2010-2013
Construir área para a divisão de farmácia e apoio diagnóstico, adequando o armazenamento de medicamentos.	2010-2013

Metas	Período
Manter os processos de aquisição de medicamentos para a atenção básica, por meio de ata de registro de preços.	2010-2013
Implementar novos modelos de dispensação de medicamentos e atendimento para usuários com necessidades especiais	2010-2013
Implementar a padronização de medicamentos para atendimento da atenção secundária, baseado em protocolos clínicos e terapêuticos.	2010-2013

D – Vigilância em Saúde

Objetivos:

- ✓ Fortalecer o Sistema de Vigilância em Saúde por meio da vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental (fatores biológicos e não biológicos).
- ✓ Ampliar a capacidade de análise da situação de saúde através de indicadores direcionando as ações.

Diretrizes:

- Implementar as ações de vigilância em saúde, por distrito de saúde.
- Implantar a vigilância de doenças crônicas não transmissíveis
- Implementar a vigilância de agravos não transmissíveis (acidentes e violência).
- Realizar ações de controle dos fatores biológicos (reservatórios, hospedeiros e vetores) na transmissão de zoonoses.
- Realizar ações de controle de animais peçonhentos.
- Coordenar as ações preventivas e controle da tuberculose, hanseníase, hepatites virais, AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis.
- Coordenar as ações necessárias para o controle das doenças imunopreveníveis do Programa Nacional de Imunização – PNI.
- Manter a erradicação da poliomielite.
- Implementar ações de controle de zoonoses.
- Estabelecer um grupo técnico para análise sistemática dos indicadores de vigilância em saúde.
- Manter fluxo permanente de informações epidemiológicas para as unidades de saúde, programas de saúde e público em geral, elaborando para tanto, boletim periódico em suporte informatizado.

Projetos	Período
Construir dois distritos de vigilância em saúde	2010-2013
Criar instrumento de avaliação das doenças crônicas não transmissíveis e degenerativas	2010-2013
Criar o Comitê Municipal de Violência Doméstica.	2010-2013
Construir a central de imunobiológicos	2010-2013
Distritalizar a vigilância sanitária	2010-2013

Metas	Período
Assegurar índices de cobertura vacinal de pelo menos 95% em relação às doenças do calendário básico para as vacinas contra pólio, tetravalente, hepatite B, tríplice viral, 90% para a BCG e 100% para a febre amarela.	2010-2013
Realizar baciloscopias para diagnóstico em quantidade correspondente a 1% da população do município por ano (ou 5.500 baciloscopias por ano).	2010-2013
Atingir no mínimo 85% de cura dos casos de tuberculose que iniciam tratamento	2010-2013
Oferecer tratamento supervisionado para 100% dos pacientes em tratamento de tuberculose.	2010-2013
Manter a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública.	2010-2013
Manter a taxa de letalidade de dengue hemorrágica para <1	2010-2013
Reduzir para <1 o índice de infestação larvária para o controle da dengue.	2010-2013
Realizar ações de eliminação de focos e/ou criadouros de <i>Aedes aegypti</i> e <i>Aedes albopictus</i> nos imóveis	2010-2013
Vistoriar os Pontos Estratégicos	2010-2013

Vistoriar os Imóveis Especiais	2010-2013
Realizar campanha de vacinação anti-rábica em cães	2010-2013
Realizar campanha de vacinação anti-rábica em gatos	2010-2013
Realizar diagnóstico laboratorial da raiva em cães	2010-2013
Realizar diagnóstico laboratorial da raiva em gatos	2010-2013
Inspecionar 90% dos serviços de diagnóstico por imagem	2010-2013
Inspecionar 100% dos serviços de radioterapia	2010-2013
Inspecionar 75 % dos serviços de farmácias	2010-2013
Inspecionar 100% dos laboratórios clínicos	2010-2013
Inspecionar 100% dos laboratórios de anatomia patológica e citopatologia	2010-2013
Inspecionar 100% dos serviços hospitalares	2010-2013
Inspecionar 100% dos serviços de vacinação	2010-2013
Inspecionar 100% dos serviços de hemoterapia	2010-2013
Inspecionar 100% dos serviços de diálise	2010-2013
Inspecionar 100% das instituições de longa permanência para idosos	2010-2013
Inspecionar 50% dos restaurantes e similares	2010-2013
Inspecionar 35 % das cantinas – serviços de alimentação privativo.	2010-2013
Inspecionar 35 % dos serviços de alimentação para eventos e recepções – bufê	2010-2013
Realizar aconselhamento para prevenção das DST/aids, oferecimento e coleta de sangue para exames de HIV, sífilis e hepatites virais em 20 % dos adolescentes admitidos na Fundação Casa.	2010-2013
Implementar as ações de redução de danos com usuários de álcool e outras drogas, com abertura de 2 novos campos/ano	2010-2013
Garantir equipe mínima para o desenvolvimento do trabalho de campo	2010-2013
Ampliar em 20% ano o acesso às ações de aconselhamento, oferecimento e coleta de sangue para exames de HIV, sífilis e hepatites virais nos CTA do município.	2010-2013
Realizar exame confirmatório para HIV no Laboratório Municipal	2010-2013
Ampliar em 25% ao ano a realização de teste rápido para HIV para estimular a realização de diagnóstico precoce	2010-2013
Ampliar as ações de promoção, proteção e prevenção das DST/HIV/Aids junto à atenção básica, realizando um treinamento/ano para seus profissionais.	2010-2013
Ampliar as ações de prevenção e assistência das DST/HIV/Aids junto às 3 unidades prisionais do município	2010-2013
Estabelecimento de instrumento jurídico para transferência de recursos para Organizações da Sociedade Civil no primeiro ano.	2010-2013
Estabelecimento de Termo de Convênio com as Organizações da Sociedade Civil.	2010-2013

4.2 - Em relação aos determinantes e condicionantes de saúde

Objetivo:

- ✓ Possibilitar ao Gestor Municipal uma interface dos serviços de saúde com instituições públicas e privadas de ensino, visando a troca de experiências e a formação de sujeitos que virão a atuar no setor saúde, com a ocupação organizada de campos de estágios, bem como com outras instituições privadas representativas da sociedade organizada na busca de soluções complementares visando ações de saúde para a população.

Diretrizes:

- Estabelecer parcerias e convênios com entidades públicas, filantrópicas e ou privadas visando o desenvolvimento de atividades conjuntas de saúde;
- Estabelecer parcerias internas junto às secretarias municipais de cunho social de modo a possibilitar ações coletivas de saúde para alcance de grupos específicos que careçam de serviços.
- Buscar cooperação técnica e financeira junto às instituições e organismos nacionais e internacionais, visando a melhoria da qualidade do sistema e a captação de recursos para a implementação de projetos a serem desenvolvidos na área de saúde pública.

Projetos	Período
Implantar leitos destinados aos pacientes com enfermidades crônicas e ou cuidados paliativos, que necessitam de internação de longa permanência.	2010-2013
Fomentar a discussão da construção de um hospital municipal	2010-2013

Metas	Período
Implementar os Distritos de Saúde Escola em parceria com as instituições de ensino superior sediadas no município.	2010-2013
Organizar e adequar os campos de estágios para as Instituições de Ensino Médio, Técnico Profissionalizante na forma da lei de estágios.	2010-2013
Fomentar a discussão para garantir a referencia primária ao respectivo nível de referência secundária e terciária.	2010-2013

4.3 - Em relação à gestão em saúde**Objetivo:**

- ✓ Proporcionar ao gestor municipal o controle do sistema de atenção à saúde com foco nos resultados e com base nos indicadores de saúde.

Diretrizes:

- Efetivar as ações de planejamento local priorizando o modelo de gestão colegiada.
- Tornar a gestão administrativa da Secretaria Municipal da Saúde mais eficiente, com definição clara das linhas de comando e definição legal das responsabilidades e deveres.

Projetos	Período
Implantar uma diretoria regional de saúde em cada um dos distritos de saúde	2010-2013
Realizar uma reestruturação organizacional a partir de uma reforma administrativa na Secretaria Municipal da Saúde	2010-2013

Metas	Período
Desenvolver atividades em âmbito local visando a construção coletiva de propostas para resolução de problemas comuns.	2010-2013
Efetivar a gestão colegiada nas áreas de atuação da Secretaria Municipal da Saúde	2010-2013

Objetivos Específicos:

4.3.1 – Participação Social

Objetivo:

- ✓ Fortalecer a participação da sociedade na gestão do SUS.

Diretrizes:

- Garantir a participação social na gestão do SUS
- Fortalecimento do Conselho Municipal da Saúde e dos Conselhos Locais de Saúde
- Fortalecimento da parceria com a sociedade civil

Metas	Período
Atualizar a legislação municipal na forma dada pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 333/2003.	2010-2013
Realizar a VIII Conferência de Saúde do Município	2010-2013
Proporcionar condições de capacitação e atualização aos conselheiros municipais de saúde, bem como a participação em eventos com foco no SUS nas suas diversas áreas.	2010-2013

4.3.2 – Recursos Humanos

Objetivo:

- ✓ Buscar meios de valorizar os trabalhadores da rede municipal de saúde, fortalecendo os vínculos com o trabalho, o aperfeiçoamento profissional e a sua participação na gestão dos serviços.

Diretrizes:

- Efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão e fomentar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários de forma harmônica.
- Implantar a Política de Humanização na rede municipal de saúde
- Aplicar “Os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)” como Política Municipal de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS.

Projetos	Período
Implantar o Projeto Acolher com a criação de mecanismos de escuta ativa e humanitária	2010-2013
Implantar o Projeto Voz Ativa.	2010-2013
Criar novos cargos no quadro funcionários da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, visando compatibilizar as novas ofertas de serviços aos usuários do SUS: <ul style="list-style-type: none">• Agente Comunitário de Saúde – ACS;• Médico de Família e Comunidade;• Físico;• Engenheiro Eletricista;• Químico• Técnico em Gesso;• Técnico de laboratório/entomologia• Tecnólogo	2010-2013

Metas	Período
Qualificar 100% dos profissionais envolvidos no processo de humanização	2010-2013
Ter quadro de cargos compatível com a expansão da rede de serviços em saúde	2010-2013
Monitorar o quadro de pessoal da SMS em número e perfil para devida lotação, visando as metas estabelecidas.	2010-2013
Disponibilizar as unidades de saúde de quadro efetivo compatível com os serviços ofertados	2010-2013

4.3.3 – Educação Permanente

Objetivo:

- ✓ Promover ações de educação permanente visando a valorização do servidor e melhoria da qualidade dos serviços prestados ao usuário.
- ✓ Instituição de uma coordenação de educação permanente, subordinada diretamente ao gabinete da secretária, com a finalidade de executar as diretrizes e projetos constantes do plano municipal de saúde, assegurar o objetivo e acompanhar o cumprimento das metas estabelecidas para a Educação Permanente.

Diretriz:

- Implementar a política de formação, desenvolvimento e valorização do servidor da área de saúde.

Projetos	Período
Implantar a Política de Educação Permanente na Secretaria Municipal da Saúde	2010-2013
Implantar a Teleodontologia	2010-2013

Metas	Período
Celebrar parcerias para concessão organizada de bolsas de estudo aos servidores municipais da saúde visando o desenvolvimento pessoal e melhoria da eficiência e qualidade dos serviços públicos prestados ao cidadão.	2010-2013
Promover ações voltadas à capacitação permanente dos servidores da área da saúde.	2010-2013
Organizar Banco de Dados, Sistema de Informação e Comunicação dos Recursos Humanos, para facilitar o planejamento e a avaliação permanentes da capacidade de oferta de serviços e a necessidade de recursos humanos para a realização de ações e serviços de saúde, bem como, o controle social da gestão do trabalho.	2010-2013

4.3.4 – Sistema de Informações em saúde

Objetivo:

- ✓ Disponibilizar à rede serviços e ferramentas informatizadas que possibilitem ao gestor e trabalhadores, a otimização, monitorização, racionalização e o controle e dos recursos de saúde disponíveis.

Diretrizes:

- Disponibilizar sistemas de informações em saúde com base em dados consistentes para tomada de decisões
- Incorporar tecnologias e equipamentos que facilitem e agilizem o desenvolvimento do trabalho e que melhorem a qualidade dos serviços prestados à população
- Desenvolver novas ferramentas de informática para atender as necessidades gerenciais da área de saúde.
- Aprimorar a metodologia de informática existente para suporte técnico

Projetos	Período
Implantar o Sistema de Controle e Estatística para o SAMU.	2010-2013
Implantar a radiologia digital para o aprimoramento do diagnóstico e documentação dos casos clínicos médicos e de odontologia, no sistema de gestão em saúde.	2010-2013
Melhorar a rede de comunicação de dados (rede lógica), através de fibra óptica e rádio.	2010-2013

Metas	Período
Aprimorar a coleta e disponibilizar os dados existentes nos diversos sistemas informatizados.	2010-2013
Implementar os módulos: prontuário eletrônico, encaminhamento e de regulação médica no Sistema de Gerenciamento de Saúde.	2010-2013
Implementar efetivamente e expandir com interface com os outros setores o Geoprocessamento.	2010-2013
Integração do Sistema de Gerenciamento da Saúde com software de geração de relatórios, visando agilizar e dinamizar o desenvolvimento de relatórios.	2010-2013
Cadastrar 100% dos usuários no sistema de emissão e controle do Cartão SUS.	2010-2013

4.3-5 – Estrutura**Objetivo:**

- ✓ Garantir que a rede de atenção tenha melhores condições de trabalho e de conforto aos usuários.

Diretrizes:

- Expansão e adequação da rede de atenção à saúde.
- Efetivar programa de manutenção predial preventiva dos próprios de saúde.
- Efetivar e ampliar os serviços especializados de limpeza e higienização para as unidades de saúde, e demais instalações pertinentes à área de saúde.
- Garantir a manutenção dos estoques de todos os materiais de consumo da rede municipal de saúde, através de atas de registro de preços.
- Manter o quadro de pessoal compatível com as necessidades da rede de atenção à saúde
- Elaborar projetos de estrutura física e funcional das unidades de saúde a serem construídas ou reformadas, que sejam compatíveis com o projeto de assistência em saúde proposto para cada unidade, de acordo com as características da demanda existente na área de abrangência específica e de acordo com o conjunto de serviços que se pretende oferecer;

- Quando da elaboração de projetos de estrutura física e funcional das unidades de saúde a serem construídas ou reformadas, exigir das empresas que se apresentarem, experiência prévia comprovada em trabalhos dessa natureza.

Projetos	Período
Implantar uma Unidade de Pronto Atendimento - UPA	2010-2013
Implantar o Leva e Traz da saúde e avaliar a implantação	2010-2013
Fomentar a discussão de Implantar o Dr. Móvel, como apoio da Atenção Básica	2010-2013
Construir 6 unidades de atenção básica: <ul style="list-style-type: none"> • Sub-setor O12; • Sub-setor L10; • Sub-Setor L9; • Sub-setor N1/N5; • Sub-setor O1; • Sub-setor L2/L3/L5. 	2010-2013
Implantar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde	2010-2013

Metas	Período
Reformar e adequar, conforme necessidade, unidades de atenção à saúde.	2010-2013
Adquirir novos veículos para uso nos diversos setores da Secretaria Municipal da Saúde.	2010-2013
Implementar a manutenção preventiva e corretiva de equipamentos médico-hospitalares, eletrodomésticos, relógios de ponto, veículos, equipamentos odontológicos.	2010-2013

ANEXOS

5.1 - PROJETOS – PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2010 A 2013

ÁREA: ATENÇÃO BÁSICA

5.1.1 – TERAPIA COMUNITÁRIA

TÍTULO	IMPLANTAÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA NA REDE ASSISTENCIAL DE ATENÇÃO BÁSICA
DESCRIÇÃO	A Terapia Comunitária visa proporcionar espaços para autoconhecimento, dinamizando as relações sociais, através do dialogo e reflexão, favorecendo o desenvolvimento comunitário, a co-responsabilidade e a confiança no ambiente de trabalho, restaurando e fortalecendo os laços sociais da rede assistencial de Atenção Básica. O projeto será prioritariamente implantado nas unidades de Saúde da Família e nas Unidades Básicas de Saúde com equipes de agentes comunitários de saúde, e após nas Unidades Distritais e as outras instâncias da rede de atenção básica do município de Ribeirão Preto, iniciando com as equipes de trabalho de cada unidade de saúde e após com a coletividade.
DIAGNÓSTICO	O município de Ribeirão Preto / SP conta com 558.136 habitantes (DATASUS -2008) e constitui-se num pólo de atração das atividades comerciais e de prestação de serviços, bem como em um dos principais centros universitários e de pesquisa do estado e do país, com destaque para as áreas médicas. É uma cidade tipicamente urbana e um pólo de atração regional. O grau de informalidade do mercado de trabalho em Ribeirão Preto é elevado, no entanto inferior a média do Estado. Apesar destes dados, constatamos um volume elevado de atendimentos nas unidades de saúde, com repetidas queixas apresentadas diariamente nas consultas eventuais ou de pronto atendimento, que estão relacionadas a conflitos, sensação de abandono, miséria, enfim às inquietações da vida.
JUSTIFICATIVA	Diante deste quadro vivenciado pela atenção básica a secretaria municipal da saúde priorizou o desenvolvimento de ações que possam permitir que se avance do modelo centrado na patologia para o modelo da promoção da saúde, das redes de solidariedade e da inclusão social ampliando o acolhimento aos trabalhadores e usuários estimulando a auto-estima e as relações entre as pessoas. Dentre essas medidas estamos propondo a implantação da Terapia Comunitária na rede assistencial de atenção básica, que busca intervir no sentido de criar condições para transformar um grupo humano impessoal em uma comunidade dinâmica, solidária onde o individuo receba apoio, suporte e força. Busca ainda aumentar o grau de coesão do grupo.

PROJETOS – PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2010 A 2013

ÁREA: ATENÇÃO BÁSICA

5.1.2 – NASF

TÍTULO	IMPLANTAÇÃO DE NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA TIPO I (NASF) POR DISTRITO.
DESCRIÇÃO	O NASF tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia da saúde da família na rede de serviços e o processo de territorialização e a regionalização a partir da atenção básica. Deverá ser implantado na área de atuação de cada um dos distritos sanitários do município de Ribeirão Preto, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF estará cadastrado.
DIAGNÓSTICO	O município de Ribeirão Preto / SP conta com 558.136 hab. (DATASUS -2008) e constitui-se num pólo de atração das atividades comerciais e de prestação de serviços, bem como em um dos principais centros universitários e de pesquisa do estado e do país, com destaque para as áreas médicas. É uma cidade tipicamente urbana e um pólo de atração regional. O município conta com 05 UBDS, 08 UBS tradicional, 21 UBS tradicional com a estratégia de agentes comunitários de saúde e 21 NSF/USF e atualmente estamos propondo ampliação de cobertura para a estratégia saúde da família e de agentes comunitários de saúde. As ESF devem rever a prática do encaminhamento com base nos processos de referencia e contra referencia, a fim de ampliar para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de atenção básica/saúde da família.
JUSTIFICATIVA	Diante deste quadro vivenciado pela atenção básica a secretaria municipal da saúde priorizou a implantação do NASF tipo I em cada distrito de saúde a fim de instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das equipes de saúde da família. As responsabilidades das ações envolvem todos os profissionais do NASF em conjunto com as ESF, devendo englobar em face do caráter estratégico relacionado à qualidade de vida e à prevenção do adoecimento, devendo buscar a inclusão de toda a comunidade adstrita, ampliando o acesso ao sistema de saúde, proporcionando incremento de diversas abordagens, tendo disponíveis outras opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS.

PROJETOS – PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2010 A 2013

ÁREA: ATENÇÃO BÁSICA

5.1.3 – VOZ ATIVA

TÍTULO	PROJETO “VOZ ATIVA”
DESCRIÇÃO	<p>Este projeto visa à implantação de um processo de humanização nas Unidades Básicas de Saúde na cidade de Ribeirão Preto – São Paulo, através da instalação e disponibilização de urnas e folhetos de avaliação / satisfação tanto para clientes / usuários quanto para funcionários em todas as Unidades de Saúde deste município.</p> <p>Dirigido a população usuária e aos profissionais de Saúde que atuam no local, por intermédio da Prefeitura Municipal e da Secretaria Municipal de Saúde, busca – se um comprometimento com uma postura mais humanizada no atendimento e acolhimento da população, bem como meios de escuta da mesma, sendo este também objeto para escuta da equipe técnica de Saúde atuante no SUS.</p> <p>Ouvidoria “in loco”.</p>
DIAGNÓSTICO	<p>No início deste novo governo foi levantado uma necessidade que estava latente em todas as Unidades de Saúde desta cidade, sendo esta: a falta de comunicação que existe entre o nível central – Secretaria – e a ponta – as Unidades de Saúde, sendo esta necessidade um problema a ser resolvido.</p> <p>Ficou evidente a necessidade de implantação de algum programa que viesse a corrigir este problema de comunicação, aumentando entre as partes o diálogo, o entendimento, o convívio e a transmissão de idéias, objetivando aproximação e solução.</p> <p>A atualidade pede por uma análise mais profunda deste ambiente e desta situação, com os recursos disponíveis deste tempo, ou seja, recursos humanos escassos.</p> <p>Para a aproximação ser efetiva é preciso que se lance mão de comprometimento e ao mesmo tempo audácia, sendo pensado entre várias pessoas envolvidas que, para o alcance deste objetivo, um plano de fichas de avaliação / satisfação foi concordância entre todos, surgindo daí o Projeto “Voz Ativa”.</p>
JUSTIFICATIVA	<p>Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, os sofrimentos humanos, as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizadas, precisam que as palavras com que o sujeito as expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir de outros, palavras de seu reconhecimento. Isto é, sem comunicação não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e escutar, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com nossos semelhantes.</p> <p>Sendo assim é preciso criar mecanismos de ESCUTA ATIVA para que possamos trabalhar a humanização em seu sentido mais profundo.</p>

	<p>Humanizar então é dar a palavra para os usuários do Sistema de Saúde e para os Profissionais de Saúde que o tornam real. É preciso conversa e diálogo entre todas as partes envolvidas neste processo. Diante este quadro atual a Prefeitura Municipal com interveniência da Secretaria Municipal de Saúde definiu como uma de suas prioridades o diálogo mútuo através da palavra escrita neste primeiro momento. Através das fichas de avaliação / satisfação, clientes e usuários poderão avaliar os serviços prestados pela equipe técnica das Unidades de Saúde, assim como a equipe técnica também poderá opinar sobre reclamações e reivindicações, porém ambos priorizando sugestões para um melhor trabalho.</p> <p>Após o recebimento das fichas pela Secretaria de Saúde, será feita a avaliação qualitativa e quantitativa dos resultados, disponibilizando-se os mesmos para a Gerência e equipe da Unidade, para que juntos se possa refletir e agir sobre os principais problemas apontados.</p> <p>Dentre as medidas previstas estão a instalação de urnas em todas as Unidades de Saúde e Ambulatórios de Especialidades, disponibilização de fichas – cor branca para Clientes / usuários e cor azul para funcionários – devolução, após qualificação / quantificação, dos resultados aos gerentes e equipe técnica.</p>
--	---

PROJETOS – PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2010 A 2013

ÁREA: ATENÇÃO BÁSICA

5.1.4 – PROJETO ACOLHER

TÍTULO	PROJETO “ACOLHER”
DESCRIÇÃO	<p>Este projeto piloto visa à implantação de um processo de humanização nas Unidades Distritais Básicas de Saúde na cidade de Ribeirão Preto – São Paulo.</p> <p>Dirigido a população cliente / usuária das Unidades Distritais de Saúde, por intermédio da Prefeitura Municipal e da Secretaria Municipal de Saúde, busca um comprometimento com uma postura mais humanizada no atendimento e acolhimento da população logo na sua chegada a Unidade.</p>
DIAGNÓSTICO	<p>As Unidades Distritais de Saúde do município de Ribeirão Preto mostraram diante pesquisas e conversas “in loco” indicadores não positivos à questão do Acolhimento individual e personalizado, demonstrando tais situações deficitárias:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ausência de meios mais efetivos para uma humanização real no atendimento a população usuária da Rede Pública de Saúde.2. Ausência de métodos efetivos na busca de acolhimento ativo da população.3. Ausência de recursos humanos efetivos para uma escuta mais ativa da população. <p>Tendo em vista o entendimento Nacional do conceito de Humanização em atendimento na rede Pública de Saúde e as novas propostas de resgate dos valores humanitários, foi apresentada a idéia do projeto “Acolher”, que ocorrerá através da colocação de estagiários qualificados, em nível superior, para Acolhimento da população na chegada às Unidades de Saúde.</p> <p>Essa ação pressupõe que as qualidades dos Serviços Públicos de Saúde, que visam a excelência, necessitam de uma incorporação de atitudes Éticas de respeito às necessidades dos usuários que usufruem deste ambiente, ou seja, é preciso criar mecanismos maiores de ESCUTA ativa e humanitária, disseminando estas ações através da co-responsabilidade que pode ser adquirida por todos através destes exemplos.</p>
JUSTIFICATIVA	<p>Diante este quadro a Prefeitura Municipal de Ribeirão com interveniência da Secretaria Municipal de Saúde decidiu que Humanizar os atendimentos é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, os sofrimentos humanos, as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizadas, precisam que as palavras com que o sujeito as expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir de outros, palavras de seu reconhecimento. Isto é, sem comunicação não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e escutar, pois as coisas do mundo só se tornam</p>

humanas quando passam pelo diálogo com nossos semelhantes. Sendo assim é preciso criar mecanismos de ESCUTA ATIVA para que possamos trabalhar a humanização em seu sentido mais profundo. Humanizar então é dar a palavra para os usuários do Sistema de Saúde e para os Profissionais de Saúde que o tornam real, contribuindo assim para que os índices / indícios de relacionamento sejam melhores entre profissionais e clientes / usuários. Dentre as medidas previstas estão o início desta Atividade em caráter piloto nas Distritais de Saúde do município e posteriormente a análise de resultados que podem ser comprovados qualitativamente, objetivando difusão do projeto em todas as Unidades de Saúde.

PROJETOS – PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2010 A 2013

ÁREA: ATENÇÃO BÁSICA

5.1.5 – ATENDIMENTO AOS AGRAVOS NUTRICIONAIS

TÍTULO	IMPLANTAR O ATENDIMENTO AOS AGRAVOS NUTRICIONAIS NOS DISTRITOS DE SAÚDE COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
DESCRIÇÃO	Contribuir para redução na população de desnutrição e sobrepeso/obesidade infantil, sobrepeso/obesidade em adolescentes e população adulta e idosa (incluindo gestantes) através de atendimento individual e em grupos para tratamento dos agravos nutricionais. Também contribuir para redução das carências de ferro e vitamina A. As equipes atenderão inicialmente a população que faz uso do Sistema Único de Saúde, priorizando aqueles grupos de risco (crianças, gestantes e adolescentes) dentro dos cinco distritos de saúde.
DIAGNÓSTICO	Tendo em vista que o Município de Ribeirão Preto, com aproximadamente 560.000 habitantes, a maior causa de morbimortalidade esta relacionada a causas relacionadas a alimentação e nutrição, como: doenças cardio-vasculares, acidentes vasculares cerebral e câncer, não dispõe de tratamento com nutricionistas e outros profissionais (com atendimento específico de nutrição), nas cinco distritais de saúde. O diagnóstico do estado nutricional da população atendida no Programa Bolsa Família mostra a transição nutricional destes beneficiários (quadro 1) e a necessidade urgente de mudança deste perfil.
JUSTIFICATIVA	Diante deste quadro, a prefeitura de Ribeirão Preto definiu como uma das suas prioridades na área da saúde o atendimento de agravos nutricionais possam contribuir para a redução dos índices de morbimortalidade relacionados com alimentação e nutrição. Dentre as medidas previstas estão a criação de atendimento de nutricionistas e equipe multiprofissional nas Unidades Básicas Distritais de Saúde.

PROJETOS – PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2010 A 2013

ÁREA: ATENÇÃO BÁSICA

5.1.6 – LEVA E TRAZ DA SAÚDE

TÍTULO	LEVA E TRAZ DA SAÚDE
DESCRIÇÃO	Melhorar a qualidade da assistência ao munícipe e seu nível de satisfação; minimizar o tempo resposta para encaminhamentos de apoio diagnóstico. Será disponibilizado 01 veículo para cada Distrito, com rota pré-estabelecida, procurando atender as necessidades da área de abrangência.
DIAGNÓSTICO	Os Distritos Sanitários tem apresentado uma demanda, apontando uma grande demora nos encaminhamentos de exames laboratoriais, de imagem, atividades afins.
JUSTIFICATIVA	Diante do quadro, a prefeitura decidiu a implantação do projeto leva e traz, com vistas a otimização dos recursos públicos, ou seja, a adequação na utilização das ambulâncias de urgência.

PROJETOS – PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2010 A 2013

ÁREA: ATENÇÃO BÁSICA

5.1.7 – CENTRO DIA

TÍTULO	CENTRO DE CUIDADOS DIURNOS PARA IDOSOS NOS 5 DISTRITOS DE SAÚDE
DESCRIÇÃO	Local onde são oferecidos cuidados diurnos para idosos, dependentes ou semi-dependentes, enquanto cuidadores e familiares trabalham.
DIAGNÓSTICO	<p>O Programa de Valorização da Saúde do Idoso da SMS de Ribeirão Preto baseia-se nos seguintes pontos para o empreendimento:</p> <p>a- A Política Nacional do Idoso (Lei Federal 8842/92) considera idoso saudável aquele que é autônomo e independente. Considerando-se que essas características se perdem invariavelmente na institucionalização de longa permanência, o idoso precisa, sempre que possível, manter-se integrado à família e à sociedade;</p> <p>b- O contato do Programa com ILPI filantrópicas mostra, há mais de 10 anos, uma ocupação de vagas por idosos que têm família, mas que não podem ser cuidados por elas, por necessidade de o cuidador trabalhar;</p> <p>c- Mais de 60% dos idosos dependentes ou semi-dependentes que recebem alta hospitalar têm problemas em serem acolhidos por seus familiares, e as ILPIs, lotadas, não têm condições de recebê-los. Incluem-se aqui, pacientes em situação de Cuidados Paliativos, uma prioridade do Ministério;</p> <p>d- A pactuação sobre internações por quedas (importam, aqui, quedas com fraturas, frequentes nos osteoporóticos e causadoras de 50% de mortes em 1 ano) não têm mostrado um comportamento satisfatório, e consideramos que a inatividade, cuidados precários e até mesmo alimentação precária, colaboram com esses dados;</p> <p>e- Também estamos aquém nos resultados da pactuação de internação por AVC. Não vemos o Centro de Cuidados Diurnos como solução para esse problema, mas acreditamos que seria um trabalho divulgador da relação cuidados adequados/diminuição de riscos cardio-vasculares.</p>
JUSTIFICATIVA	<p>Idealizado há treze anos, quando a necessidade do serviço já se fazia necessária, hoje se mostra prioritária, já que o crescimento da população idosa vem também aumentando a procura por Instituições de Longa Permanência (ILPI) para a população acima de 60 anos. Não podemos deixar de considerar que um idoso dependente ou semi-dependente exige cuidado e/ou monitoração contínuos durante todo o dia, o que implica em seu cuidador não poder trabalhar ou, o que é pior, implica em esse idoso ficar sozinho e vulnerável a todo o tipo de agravo. Daí o aumento da procura por ILPI e a necessidade de um recurso onde o idoso pudesse passar o dia, sob cuidados de uma equipe interdisciplinar enquanto cuidadores e familiares trabalham.</p>

PROJETOS – PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2010 A 2013

ÁREA: ATENÇÃO BÁSICA

5.1.8 – CONSULTÓRIO PORTÁTIL

TÍTULO	ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO VOLANTE
DESCRIÇÃO	Viabilizar o atendimento odontológico individualizado ou em grupos populacionais específicos previamente identificados e com dificuldades de acesso e acessibilidade a Unidade de Saúde através de consultório portátil. Este projeto permite suporte a política de Ações Coletivas Bucais, em programas de prevenção e recuperação da saúde bucal. Para a implantação deste atendimento volante é necessário um veículo para o transporte dos profissionais e equipamentos.
DIAGNÓSTICO	O município de Ribeirão Preto situa-se no nordeste do Estado de São Paulo, com uma área de 650 Km ² . Com cerca de 547.417 habitantes, o município de Ribeirão Preto encontra-se entre os maiores do Estado. O atendimento odontológico municipal é prestado em 29 unidades básicas de saúde, 5 unidades básicas Distritais de saúde, 47 escolas e em alguns entidades como: APAE, PRODAF (Deficiências da Face), COP (Centro Odontológico Pediátrico), CMI - NGA (Atendimento a portadores de moléstias infecciosas, DST – AIDS) e Assistência Penitenciária. No entanto, embora a rede serviços odontológicos do município esteja bem distribuída, uma parcela da população fica desassistida, quando considerada a dificuldade de acesso desta população as unidades de saúde.
JUSTIFICATIVA	Considerando a existência de um programa da Secretaria da Saúde do município para a assistência a pacientes com dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o serviço de atendimento domiciliar – SAD – voltado ao atendimento de pacientes especiais, acamados, politraumatizados, moradores de locais distantes ou com barreiras físicas que dificultam ou impedem o acesso a grupos com determinadas epidemiologias e a necessidade de implementar as ações coletivas em saúde bucal, que visa ações de promoção e recuperação da saúde, a implantação de consultórios portáteis permitirá levar a essa população acesso aos benefícios em saúde bucal, visando a integralidade em saúde.

PROJETOS – PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2010 A 2013

ÁREA: ATENÇÃO BÁSICA

5.1.9 – C.E.O.

TÍTULO	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS - CEO
DESCRIÇÃO	<p>A implantação do CEO – Centro de Especialidades Odontológicas, visa contribuir para a recuperação de reabilitação das condições de saúde oral da população do município de Ribeirão Preto. O CEO, através do atendimento especializado, permite que as Unidades de Saúde do município encaminhem os pacientes que concluírem o tratamento básico e necessitem procedimentos especializados, possibilitando assim, que o munícipe, recupere de forma integral sua saúde oral. A implantação do CEO permitirá ampliar o atendimento odontológico especializado nas seguintes especialidades: Endodontia, Periodontia, Diagnóstico Bucal com ênfase na detecção de câncer de boca, Cirurgia Oral menor dos tecidos moles e duros, Atendimento a portadores de necessidades especiais, Prótese Total, Prótese Parcial Removível e Prótese Fixa.</p>
DIAGNÓSTICO	<p>O município de Ribeirão Preto situa-se no nordeste do Estado de São Paulo, com uma área de 650 Km². Com cerca de 547.417 habitantes, o município de Ribeirão Preto encontra-se entre os maiores do Estado. O atendimento odontológico municipal é prestado em 29 unidades básicas de saúde, 5 unidades básicas Distritais de saúde, 47 escolas e em alguns entidades como: APAE, PRODAF (Deficiências da Face), COP (Centro Odontológico Pediátrico) , CMI - NGA (Atendimento a portadores de moléstias infecciosas, DST – AIDS) e Assistência Penitenciária. A assistência odontológica especializada é realizada por meio de convênios firmados entre duas universidades do município (USP E UNAERP) e principalmente através do CEO Central. No entanto, em diversas especialidades, a demanda é muito maior que a oferta. O banco de dados da Central de Regulação Odontológica aponta que a demanda para especialidades no ano de 2008 foi de 5.371 pacientes. O número de pacientes atendidos em especialidades foi de 2.880. A oferta dos prestadores para o município foi de 2.439 pacientes atendidos. O ano de 2008 finalizou com uma demanda reprimida de 3.865 pacientes com necessidades de atendimento especializado, considerando o acumulado de anos anteriores, para o município de Ribeirão Preto.</p>
JUSTIFICATIVA	<p>A partir dos resultados do levantamento de condições de saúde bucal da população brasileira – SB Brasil – em 2003 e também do banco de dados da Central de Regulação Odontológica do município de Ribeirão Preto, que apresentou dados da demanda reprimida em 2008, ficou evidente a necessidade da organização da média complexidade em odontologia na efetivação do SUS. Os dados apontaram para a gravidade e a precocidade da perda dentária, para a desigualdade relacionada ao acesso aos serviços odontológicos e a existência de quase 56% de idosos completamente edêntulos. Neste sentido, fica e</p>

	<p>vidente a necessidade da efetivação. Neste sentido, fica evidente a necessidade da efetivação de novas ações para a garantia da ampliação do acesso e qualificação da atenção dentro dos serviços ofertados pelo SUS. Uma das estratégias desta política do Ministério da Saúde é o incentivo ao funcionamento dos Centros de Especialidades Odontológicas.</p>
--	--

PROJETOS – PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2010 A 2013

ÁREA: ATENÇÃO BÁSICA

5.1.10 – LABORATORIO REGIONAL DE PRÓTESE DENTÁRIA

TÍTULO	IMPLANTAÇÃO DO LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE DENTÁRIA
DESCRIÇÃO	<p>A implantação de um laboratório de prótese dentária visa contribuir para a reabilitação de pacientes desdentados totais ou parciais, através da confecção de prótese totais e parciais removíveis. Além disso, o laboratório poderá confeccionar aparelhos ortodônticos removíveis, que seriam disponibilizados para crianças de 6 anos completos a 12 anos, possibilitando uma melhora nas condições de saúde oral da população. O Ministério da Saúde, através do Programa Brasil Sorridente, incentiva a implantação dos LRPD com incentivos financeiros. Para efeito de repasse financeiro pelo Ministério da Saúde, podem ser confeccionadas por mês 242 unidades protéticas, a um valor de R\$ 30,00 reais a unidade de prótese total e de R\$ 40,00 reais para prótese removível.</p>
DIAGNÓSTICO	<p>O município de Ribeirão Preto situa-se no nordeste do Estado de São Paulo, com uma área de 650 Km². Com cerca de 547.417 habitantes, o município de Ribeirão Preto encontra-se entre os maiores do Estado. O atendimento odontológico municipal é prestado em 29 unidades básicas de saúde, 5 unidades básicas Distritais de saúde, 47 escolas e em alguns entidades como: APAE, PRODAF (Deficiências da Face), COP (Centro Odontológico Pediátrico), CMI - NGA (Atendimento a portadores de moléstias infecciosas, DST – AIDS) e Assistência Penitenciária. O atendimento básico é efetuado nas UBS e UBDS sendo que em caso de necessidade de confecção de próteses, os pacientes são encaminhados para o CEO – USP e também para os prestadores. No entanto, a cobertura para esta especialidade é pequena, gerando uma demanda bem maior que a oferta. A partir dos resultados do Levantamento de Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – SB BRASIL – em 2003, verificou-se a existência de quase 56% de idosos edêntulos. Entre adultos com idade de 30 a 44 anos esse índice é de 30%. O Ministério da Saúde registra, ainda, um total de 5 mil adolescentes desdentados sem prótese na boca. Estima-se que 8 milhões de pessoa precisam de prótese dentária no país Em nosso município, o banco de dados da Central de Regulação Odontológica, mostrou que a demanda reprimida de Ribeirão Preto, ao final do ano de 2008, foi de 1.828 pacientes com necessidades protéticas.</p>
JUSTIFICATIVA	<p>A implantação do Laboratório Regional de Prótese Dentária – LRPD – visa equacionar a necessidade de próteses dentárias da população, em todas as faixas etárias, permitindo o restabelecimento da saúde de forma integral. Este laboratório permitirá ainda, atuação na prevenção de má-oclusões por meio da confecção de aparelhos ortodônticos. O Ministério da Saúde, através do Brasil Sorridente, incentiva os municípios a implantação dos LRPD, através do repasse de valores aos municípios que se credenciarem ao programa.</p>

PROJETOS – PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2010 A 2013

ÁREA: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

5.1.11 – USA

TÍTULO	IMPLANTAÇÃO DA SEGUNDA UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO MUNICIPAL
DESCRIÇÃO	O projeto visa melhoria do atendimento das vítimas de agravo agudo a saúde em seu atendimento domiciliar e via pública, bem como auxílio no transporte de pacientes graves das Unidades de Postos de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde com destino aos serviços hospitalares, cuja área de abrangência é o município de Ribeirão Preto.
DIAGNÓSTICO	- Considerando a citação do Ministério da Saúde onde a necessidade de viaturas de atendimento seria de 1 USB para cada 100.000 habitantes e 1 USA para cada 450.000 habitantes, nossa cidade comporta outra USA, pela estimativa de 580.000 a 600.000 habitantes.
JUSTIFICATIVA	- Considerando o atendimento de casos médicos regulados em nossa Central de Regulação Médica onde cerca de 1000 casos ao mês são de média e alta complexidade, sendo a USA circulante nas 24 horas responsável por 250 a 300 chamados por mês, ao analisarmos os fatos ficam no mínimo cerca de mais de 500 casos descobertos, sendo o transporte realizado pelas Unidades de Suporte Básico com ou sem o auxílio dos médicos profissionais das UBDS, deixando em risco muitos dos atendimentos realizados.

PROJETOS – PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2010 A 2013

ÁREA: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

5.1.12 – MOTOLÂNCIAS

TÍTULO	IMPLANTAÇÃO DAS MOTOLÂNCIAS EM CONVÊNIO COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE
DESCRIÇÃO	O projeto visa melhoria do atendimento das vítimas de agravo agudo á saúde em seu atendimento domiciliar e via pública, visando diminuição do tempo resposta e otimizando o envio de recurso emergencial de atendimento aos munícipes, o que vem de encontro ao plano idealizado pelo setor de emergência do Ministério da Saúde com parceria com o SAMU implantado neste serviço e com os outros implantados no Brasil.
DIAGNÓSTICO	Analisando nosso atendimento emergencial com mais de 10.000 chamados de ambulância no mês, onde vários chamados cerca de 1.000 chamados são considerados de média e alta complexidade, incluindo paradas cárdio respiratórias, partos prematuros, acidentes graves, entre outros, o Ministério da Saúde idealizou projeto de atendimento visando diminuição do tempo resposta de atendimento com a implantação de motolâncias nos serviços dos SAMU no Brasil, onde seriam contempladas as motocicletas como veículos rápidos para intervenções protocoladas contendo materiais de atendimento de parada como Desfibriladores Externos Automáticos, medicamentos simples, talas de imobilização, etc.
JUSTIFICATIVA	- Considerando o atendimento de casos médicos regulados em nossa Central de Regulação Médica onde cerca de 1000 casos ao mês são de média e alta complexidade, sendo a USA circulante nas 24 horas responsável por 250 a 300 chamados por mês, ao analisarmos os fatos ficam no mínimo cerca de mais de 500 casos descobertos, sendo o transporte realizado pelas Unidades de Suporte Básico com ou sem o auxílio dos médicos profissionais das UBDS, deixando em risco muitos dos atendimentos realizados.

PROJETOS – PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2010 A 2013

ÁREA: GESTÃO

5.1.13 – SAMU – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

TÍTULO	IMPLANTAR O SISTEMA DE CONTROLE E ESTATÍSTICAS PARA O SAMU
DESCRIÇÃO	Implantar sistema de controle de atendimentos do SAMU e estatísticas de ocorrências. O sistema deverá ser desenvolvido em plataforma web. Deverá conter o módulo de atendimentos para registro das ocorrências e o módulo de relatórios para apresentação dos dados. Permitirá a vários setores da Secretaria da Saúde dados para a elaboração de medidas de prevenção das principais ocorrências de urgência.
DIAGNÓSTICO	Atualmente por não possuímos sistema informatizado os formulários de atendimentos são preenchidos manualmente, sem um efetivo controle e sem levantamento estatístico contínuo.
JUSTIFICATIVA	Proporcionar controle de atendimentos e estabelecer através dos dados estatísticos medidas de prevenção. Um grande número dos atendimentos do SAMU é originário de acidentes de trânsito. O registro desses dados proporcionará o desenvolvimento de estratégias e campanhas visando à diminuição dessas ocorrências.

PROJETOS – PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2010 A 2013

ÁREA: GESTÃO

5.1.14 – ALERTA EM SAÚDE

TÍTULO	IMPLANTAR O SISTEMA “ALERTA EM SAÚDE” PARA MONITORAMENTO DA SAÚDE DAS PESSOAS E ACOMPANHAMENTO DE SUAS NECESSIDADES DE ATENDIMENTO.
DESCRIÇÃO	O objetivo é contribuir para uma análise criteriosa dos atendimentos realizados na Rede Municipal de Saúde. Será criado, através da parceria entre a Secretaria da Saúde e a Thecne, empresa desenvolvedora do sistema de gerenciamento em saúde, um módulo que faça a relação entre os atendimentos do PA, clínica médica e programas, alertando no momento do atendimento a falta de acompanhamento do paciente por um determinado profissional / programa, o que permitirá a orientação ao paciente sobre o atendimento adequado.
DIAGNÓSTICO	A idéia foi desencadeada por informativo dos hospitais que atendem o SUS, que informaram que um grande número de parturientes não realizaram o pré-natal. Com base nessas informações o Programa da Saúde da Mulher observou que muitas procuravam apenas o Pronto Atendimento - PA quando sentiam algum mal-estar.
JUSTIFICATIVA	Evitar o grande número de atendimentos no PA, proporcionando aos usuários da Rede Municipal de Saúde um melhor atendimento nos casos de urgência, nos casos de clínica médica e especialidades e o acompanhamento médico de cada caso.

PROJETOS – PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2010 A 2013

ÁREA: GESTÃO

5.1.15 – RADIOLOGIA DIGITAL

TÍTULO	DISPONIBILIZAR A CONSULTA DOS RESULTADOS DOS EXAMES RADIOLÓGICOS DE FORMA DIGITAL.
DESCRIÇÃO	Aprimorar o diagnóstico e documentação dos exames radiológicos clínicos e odontológicos, permitindo aos prestadores que disponibilizem os exames no sistema de gerenciamento em saúde. Isto irá permitir que o profissional de saúde possa consultar esse exame sempre que for necessário.
DIAGNÓSTICO	Hoje o exame esta sendo disponibilizado por alguns prestadores em meio eletrônico (cd/dvd), porém nem todos consultórios possuem equipamentos/softwarees necessários para a utilização desse recurso. Para que esse sistema possa ser disponibilizado teremos a necessidade de equipamentos de informática em todos consultórios, de uma rede de comunicação mais veloz do que a atual e de um servidor para arquivo de imagens. O sistema de gerenciamento em saúde utilizado dispõe deste módulo, porém ainda não implantado.
JUSTIFICATIVA	Apesar do custo deste projeto, ele é o mais viável financeiramente em relação ao seu benefício. Os exames serão disponibilizados no sistema pelo prestador e o mesmo ficará no prontuário eletrônico do paciente, podendo ser consultado sempre que necessário permitindo melhora no acompanhamento no tratamento.

PROJETOS – PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2010 A 2013

ÁREA: GESTÃO

5.1.16 – FIBRA ÓTICA

TÍTULO	MELHORAR A REDE DE COMUNICAÇÃO DE DADOS (REDE LÓGICA), ATRAVÉS DE FIBRA ÓPTICA E RÁDIO.
DESCRIÇÃO	<p>Substituição da atual forma de comunicação de dados (speddy e LP) por fibra óptica que deverão chegar às regiões norte, oeste e leste da cidade. Nestes pontos haverá antenas de distribuição de sinal de rádio que atenderá as unidades e equipamentos de saúde distribuídos por toda cidade.</p> <p>A velocidade e segurança dos dados serão maiores.</p> <p>Esta rede terá sistema de redundância, para que no caso de algum acidente ou problema na fibra, uma fibra paralela assuma a transmissão dos dados, evitando a interrupção nos serviços.</p>
DIAGNÓSTICO	<p>Atualmente as Unidades de Saúde acessam a internet através de speddy. Não possuímos garantia total de estabilidade da velocidade e muitas vezes ficamos por um longo período com a comunicação interrompida.</p> <p>Durante o dia temos vários momentos de lentidão. O contrato com a atual empresa garante 10% da velocidade contratada.</p> <p>Em caso de novas unidades, muitas vezes ficamos por um grande período aguardando a liberação do serviço por indisponibilidade técnica, como no caso do Caps da Rua Pará, que está com um meio de comunicação precário.</p> <p>Não podemos disponibilizar novos serviços ou acessar alguns serviços da internet, pois em alguns casos a “banda” contratada não permite maior tráfego de informações.</p>
JUSTIFICATIVA	<p>Evitar a interrupção dos serviços.</p> <p>Proporcionar uma rede de comunicação de maior velocidade e mais segura, melhorando a utilização do sistema de gerenciamento em saúde.</p> <p>Proporcionar a liberação e o controle de acesso aos serviços da internet.</p> <p>Disponibilizar novos serviços a todas as unidades como novos módulos do sistema de gerenciamento em saúde e o geoprocessamento.</p>

PROJETOS – PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2010 A 2013

ÁREA: ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

5.1.17 – LABORATÓRIO DE MANIPULAÇÃO

TÍTULO	CONSTRUÇÃO DE UM LABORATÓRIO DE MANIPULAÇÃO, INCLUINDO MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS E HOMEOPÁTICOS.
DESCRIÇÃO	Este projeto propõe a construção e instrumentalização de um Laboratório de Manipulação Farmacêutica, que insira a manipulação de medicamentos fitoterápicos, homeopáticos e alopáticos para atenção aos usuários SUS, completando a cadeia de assistência farmacêutica no município.
DIAGNÓSTICO	<p>O município de Ribeirão Preto foi um dos pioneiros na implantação da Assistência Farmacêutica na rede pública. Um dos setores que avançou foi o ligado a fitoterapia e homeopatia. Pioneiro no interior do estado de São Paulo, o Programa de Fitoterapia e Homeopatia foi implantado em 1992 e se estrutura na aquisição e/ou cultivo e de plantas medicinais, manipulação dos fitoterápicos e homeopáticos e atendimento ambulatorial. A manipulação destes medicamentos se desenvolve em um serviço associado à Divisão de Farmácia, que também produz vários itens para utilização interna da rede pública de saúde (medicamentos para sala de curativos, serviço de atendimento domiciliar, dermatologia, ginecologia, odontologia, diabetes e hanseníase entre outros – vide anexo i). A produção deste serviço é de 1100 itens manipulados por mês. No entanto, percebe-se que atualmente há um subdimensionamento desta produção, com o crescente consumo destes produtos, que deverá ser sanado, almejando a duplicação desta produção, com a construção das novas instalações e ampliação deste serviço. Desta forma, esta nova situação vai ao encontro dos objetivos da Portaria MS/GM n. 971, de 3 de maio de 2006, na qual foi aprovada a Política Nacional De Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde que reconhece o valor terapêutico e incentiva as unidades de saúde a adotarem terapias como a fitoterapia, homeopatia e acupuntura. Não obstante, o governo federal, através de decreto publicado em 22 de junho de 2006, apresenta a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos que tem como finalidade a garantia do acesso seguro e uso correto de plantas medicinais e fitoterápicos pela população e estimula a implantação de projetos que garantam a sua produção e dispensação. A estrutura deste laboratório contempla área para atividades administrativas, depósito de materiais de limpeza, sanitários, vestiário/sala de paramentação, área de armazenamento, salas de manipulação (para sólidos, homeopáticos, semi-sólidos e líquidos e sala de controle de qualidade de fitoterápicos e alopáticos hoje implantados no município, como estabelecido na RDC n. 67, publicada em 8 de outubro de 2007, que dispõe sobre boas práticas de manipulação de preparações magistrais e oficinais em farmácias. As especialidades ligadas à homeopatia e fitoterapia contemplam a diretriz de humanização da assistência pela forma de atendimento. As questões ligadas ao medicamento precisam ser melhores estruturadas para dar suporte a esta atenção.</p>
JUSTIFICATIVA	Possibilitar a melhoria da qualidade da atenção, proporcionando acesso a medicamentos no sistema público.

PROJETOS – PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2010 A 2013

ÁREA: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

5.1.18 – ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS

TÍTULO	CONSTRUIR ÁREA PARA A DIVISÃO DE FARMÁCIA E APOIO DIAGNÓSTICO, ADEQUANDO O ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS.
DESCRIÇÃO	<p>A área necessária é de 1200m². Deve ter espaço suficiente para a manobra dos caminhões que farão a entrega dos produtos. Deve conter plataforma para carga e descarga, com altura correspondente à base da carroceria de um caminhão, o que corresponde a aproximadamente 100 cm.</p> <p>Esta área de carga e descarga deve ter cobertura, para evitar a incidência direta de luz sobre os produtos durante a descarga e, eventualmente, chuva.</p> <p>O local deve possuir rampas que permitam facilidade de locomoção dos carrinhos contendo os produtos e devem ser estabelecidos procedimentos especiais para o recebimento em dias chuvosos. As portas externas devem ser confeccionadas em aço e em tamanho adequado para a passagem dos caminhões.</p> <p>A iluminação externa deve ser considerada como medida de segurança.</p> <p><u>Piso</u> – deve ser plano, de fácil limpeza e resistente para suportar o peso dos produtos e a movimentação dos equipamentos;</p> <p><u>Paredes</u> – constituídas de alvenaria, devem ser pintadas com cor clara e lavável. Pelo menos uma das quatro paredes deve receber ventilação direta, através de abertura localizada, no mínimo, a 210 cm do piso. Esta abertura deve estar protegida com tela metálica para evitar a entrada de insetos, pássaros, roedores, etc;</p> <p><u>Pé direito</u> – A altura mínima recomendada é de 6 m na área de estocagem e de 3 m nas demais áreas;</p> <p><u>Portas</u> – de preferência esmaltadas ou de alumínio, contendo fechadura e/ou cadeado;</p> <p><u>Teto</u> – de preferência de laje, mesmo que do tipo pré-moldada. Deve-se evitar telhas de amianto porque absorvem muito calor;</p> <p><u>Sinalização interna</u> – As áreas e estantes, além dos locais dos extintores de incêndio, precisam ser identificadas;</p> <p><u>Instalações elétricas</u> – O quadro de força deve ficar externo à área de estocagem e as fiações devem estar em tubulações apropriadas.</p>
DIAGNÓSTICO	<p>Em nosso município a Assistência Farmacêutica conseguiu grandes avanços nos últimos três anos, garantindo à população atendimento qualificado com a presença do profissional farmacêutico e equipe treinada em 100% das farmácias das unidades de saúde. Com a ampliação de farmacêuticos nas unidades de saúde houve a descentralização de entrega de medicamentos e insumos (psicotrópicos, glicosímetros e tiras de glicemia, gliciazida MR, entre outros), ampliando o acesso aos usuários dessas UBSs. A lista de medicamentos padronizados pela Secretaria Municipal de Saúde foi ampliada em mais de 20 itens e é revista de maneira permanente, disponibilizando novos</p>

	<p>tratamentos aos usuários do Sistema Único de Saúde.</p> <p>Atualmente, 130.000 pessoas são atendidas por mês nas farmácias da rede municipal de saúde, sendo que todas as farmácias possuem sistema informatizado, com dados interligados que possibilitam a dispensação do medicamento de maneira mais racional e consequentemente garantem a manutenção dos medicamentos essenciais à população, que vem contando com regularidade do abastecimento de medicamentos, evitando-se a interrupção de tratamentos e qualificando a assistência.</p> <p>O grande aumento na demanda de atendimentos da assistência farmacêutica tem tornado imprescindível a estruturação física do almoxarifado central.</p>
JUSTIFICATIVA	<p>Os medicamentos são produtos diferenciados de suma importância para a melhoria ou manutenção da qualidade de vida da população. A preservação da sua qualidade deve ser garantida desde sua fabricação até a dispensação ao paciente. Desta forma, as condições de estocagem, distribuição e transporte desempenham papel fundamental para a manutenção dos padrões de qualidade dos medicamentos.</p> <p>Assim é imprescindível que o ciclo logístico da Assistência Farmacêutica (aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação) tenha a qualidade e a racionalidade necessárias, de modo a disponibilizar medicamentos seguros e eficazes, no momento certo e nas quantidades adequadas.</p> <p>Um dos componentes essenciais do sistema de fornecimento de medicamentos é a estocagem em local bem localizado, bem construído, bem organizado e seguro. Este pressuposto torna imprescindível o planejamento detalhado da montagem e funcionamento dos almoxarifados de medicamentos.</p>

PROJETOS – PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2010 A 2013

ÁREA: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

5.1.19 – HUMANIZAÇÃO NAS FARMÁCIAS

TÍTULO	IMPLANTAR OS NOVOS MODELOS DE ESTRUTURA FÍSICA QUE PERMITAM O ATENDIMENTO MAIS HUMANIZADO E QUALIFICADO EM TODAS AS FARMÁCIAS.
DESCRIÇÃO	Adequar a área física das farmácias das unidades de saúde, permitindo atendimento mais qualificado, que ofereça privacidade e melhor acompanhamento farmacoterapêutico do usuário.
DIAGNÓSTICO	<p>Ribeirão Preto conta com 52 Unidades de Saúde, divididas em Unidades Distritais, Unidades Básicas, Núcleos de Saúde da Família e Centros de Especialidade, desses serviços 34 deles possuem farmácias que atendem aos vários programas de saúde. Ribeirão Preto dispensa anualmente R\$ 12.000.000,00 em medicamentos nos vários programas (tuberculose, antiretrovirais, saúde mental, atenção básica, hipertensão diabetes, asma e rinite, etc) e atende em média 130.000 pessoas por mês nas Farmácias. Houve o investimento na contratação de profissionais farmacêuticos e auxiliares de farmacêutico, aprimorando a estrutura de recursos humanos.</p> <p>No entanto, muitas farmácias ainda apresentam espaço físico que não atende ao novo modelo de atendimento proposto.</p>
JUSTIFICATIVA	<p>A saúde é um dos indicadores de desenvolvimento de um país e a disponibilidade de medicamentos, um indicador de qualidade de serviços de saúde.</p> <p>A ampliação do atendimento farmacêutico já apresenta experiências bem sucedidas, no entanto são ainda incipientes, dentro do contexto macro de necessidades, na melhoria da adesão terapêutica e de promoção do uso racional de medicamentos.</p> <p>Os serviços Farmacêuticos merecem atenção especial tendo em vista sua importância na melhoria da qualidade da atenção à saúde e sua incidência nos custos totais da atenção à saúde. A estruturação desses serviços requer condições adequadas quanto à área física, instalações, equipamentos e acessórios. A estocagem de medicamentos deve ser realizada em área física suficiente e apropriada aos diferentes tipos de produtos, de acordo com suas características e exigências de conservação, atendendo a legislação em vigor.</p> <p>A estrutura física para o atendimento aos usuários do serviço farmacêutico do SUS reflete nos resultados das estratégias de humanização e viabilização da adesão terapêutica.</p> <p>Em vista do exposto consideramos necessária a adequação dos espaços de atendimento aos usuários do SUS. A Prefeitura de Ribeirão Preto, através da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) – Divisão de Farmácia e Apoio Diagnóstico, com o objetivo de propiciar a melhoria tanto da humanização desse atendimento como aprimorar estratégias para alcançar maiores índices de adesão ao tratamento e ao uso correto do medicamento, está implantando na Rede Municipal da Saúde uma nova estrutura de atendimento de farmácia.</p>

PROJETOS – PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2010 A 2013

ÁREA: ASSISTENCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

5.1.20 - HOMEOPATIA

TÍTULO	IMPLANTAR DE FORMA ORGANIZADA NOS CINCO DISTRITOS DE SAÚDE O ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM HOMEOPATIA NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO – SP
DESCRIÇÃO	<p>A Homeopatia, sistema médico complexo de caráter holístico, baseada no princípio Vitalista e no uso da lei dos semelhantes, compreende o paciente nas dimensões física, psicológica, social e cultural. É especialidade integrada na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, assim consolidada pela Portaria nº 971 de 03 de maio de 2006 pelo Ministério da Saúde. O projeto propõe implantar de forma organizada nos 05(cinco) Distritos de Saúde o atendimento ambulatorial em Homeopatia objetivando ampliação do Programa de modo a facilitar o acesso dos usuários do SUS, em todas as faixas etárias, através de demanda espontânea ou referenciada, residentes na área de abrangência, assim englobando toda a população do município e possibilitando o aumento em 50% da oferta de consultas na rede básica, no período de 04(quatro) anos, promovendo a prevenção de doenças, a recuperação e tratamento de saúde, como reforço da atenção básica no município cuja população de Ribeirão Preto é estimada em 563.107 habitantes.</p>
DIAGNÓSTICO	<p>Iniciado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto em 1993, o Programa de Homeopatia atualmente oferece o atendimento ambulatorial em 05(cinco) Unidades de Saúde de modo pontual e com período de tempo limitado para agendamento dos usuários do SUS dado que os(as) médicos(as) exercem a atenção básica ou outras especialidades no contexto do atendimento das Unidades de Saúde, o que limita a população atendida. O projeto visa racionalizar e ampliar a oferta do tratamento homeopático nas Unidades Distritais de Saúde, como referência da área de abrangência, a saber: Colegiado Leste – UBDS Castelo Branco, Colegiado Sul – UBDS Vila Virginia, Colegiado Central – UBDS Central, Colegiado Norte – UBDS Quintino Facci e Colegiado Oeste – Centro de Saúde Escola.</p> <p>As metas do Plano Municipal de Saúde complementam esse projeto no sentido de disponibilizar medicamentos homeopáticos na rede municipal, o que será de grande importância para a resolubilidade do tratamento, através de aquisição pela Assistência Farmacêutica (Portaria GM nº 3.237 de 24 de dezembro de 2007) e da implantação, à médio prazo, do Laboratório de Manipulação de medicamentos homeopáticos conforme projeto encaminhado ao Fundo Nacional de Saúde. Quanto aos recursos humanos, atualmente a rede municipal congrega número suficiente de profissionais especializados em Homeopatia, o que facilita a execução do projeto.</p>
JUSTIFICATIVA	<p>Considerando a demanda crescente por parte da população para o tratamento homeopático e as diretrizes da Política Nacional de Saúde a qual recomenda incorporação da Homeopatia nos diferentes níveis de complexidade do Sistema com ênfase na atenção básica dentro da lógica de apoio e participação conjunta com Estratégia Saúde da Família, propomos uma oferta de serviços seguros, efetivos e de qualidade com abrangência e resolubilidade maior aos usuários do SUS, favorecendo também a educação popular, através de orientação de profissionais e da comunidade sobre as possibilidades terapêuticas da Homeopatia.</p>

PROJETOS – PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2010 A 2013

ÁREA: GESTÃO

5.1.21 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA

TÍTULO	IMPLANTAÇÃO DE UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA, PORTE III, NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO.
DESCRIÇÃO	Este projeto propõe a construção de uma UPA de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde /Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências.
DIAGNÓSTICO	<p>Tendo por objetivo ordenar e tornar o sistema de atenção à saúde eficiente, e acessível a todos, organizou-se no município uma rede de serviços para atender as necessidades da população usuária em obediência aos princípios fundamentais do SUS: universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização e comando único, e a participação popular.</p> <p>Neste contexto o território do município foi dividido e organizado em 5 distritos de saúde (Norte, Oeste, Leste, Central e Sul), comportando diversas unidades básicas e uma unidade distrital de saúde onde são ofertadas algumas especialidades de maior demanda com menor densidade tecnológica, e ainda o pronto atendimento à saúde.</p> <p>Atualmente o município possui os seguintes pontos de atendimento em saúde: 5 UBDS, 29 UBS, 13 USF e 10 Unidades Especializadas O município conta com 12 Unidades de Suporte Básico (USB) e 01 Unidade de Suporte Avançado (USA) para atendimento móvel aos agravos em situações de urgência e emergência. Em 2008 o SAMU realizou 158.622 atendimentos.</p> <p>A atenção hospitalar do município conta com uma rede de unidades hospitalares conveniadas. Neste contexto propõe-se a implantação de uma UPA porte III, localizada em área estratégica do município, que será referência para os seguintes distritos de saúde: Norte, Oeste e Leste, que totalizam uma população de 300.000 habitantes.</p>
JUSTIFICATIVA	<p>O município de Ribeirão Preto com população estimada em 563.107 habitantes (Datusus/TCU), conta com uma rede de serviços de atenção à saúde bastante ampla. Entretanto faz-se necessário a implantação de um serviço pré-hospitalar fixo, dando suporte às unidades de saúde e também retaguarda ao atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU), visando fortalecer a rede de atenção integral às urgências. Para tanto, será solicitado o credenciamento do município para a construção de uma UPA tipo III, a ser implantada na avenida 13 de Maio nº 353, com área mínima de 1.300 m², em atendimento à portaria do MS./GM nº 1020, de 13/05/09, com um custo estimado para estruturação física, aquisição de equipamentos e material permanente de R\$ 2.6000.000,00 (dois milhões seiscientos mil reais).</p>

5.2 – RELAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE

5.2.1 – Distrito de Saúde Central

<i>DISTRITO DE SAÚDE</i>	<i>UNIDADE DE SAÚDE</i>	<i>BAIRRO</i>	<i>ENDEREÇO</i>	<i>HORÁRIO</i>
CENTRAL	• UBDS Dr. João Baptista Quartin	Centro	av. Jerônimo Gonçalves, 466	24 horas
	• PAM II – Dr ^a . Teresinha Garcia José Gradim	Centro	rua Amador Bueno, 237	07/17 h
	• UBS Nelson Barrionovo	Campos Elíseos	av. Saudade, 1.452	07/19 h
	• UBS Prof. Dr. Jacob Renato Woiski	Jdm. João Rossi	av. Independência , 4.315	07/17 h
	• UBS Wilma Delphina de O. Garotti	Vila Tibério	Confluência das ruas Monte Alverne com 21 de Abril	07/20 h
	• CSE Prof ^a Dr ^a M. ^a Herbênia O. Duarte	Vila Tibério	rua Gonçalves Dias, 790	07/17 h
	• NGA-59 – Núcleo de Gestão Assistencial	Campos Elíseos	rua Minas, 895	07/17 h
	• Amb. Saúde Mental Dr. Nelson Okano	Centro	rua Cerqueira César, 1435	07/17 h
	• Ambulatório Regional de Saúde Mental Dr. Guido Hetem	Centro	rua Visconde do Rio Branco, 943	07/18 h
	• CAPS II Prof. Dr. Cláudio Roberto C. Rodrigues (semi-internação)	Higienópolis	rua João Penteado, 504	07/17 h
	• Centro Referência Saúde do Trabalhador Prof. Dr. Roberto Meirelles Salles	Centro	rua Visconde do Rio Branco, 638	07/17 h

5.2.2 – Distrito de Saúde Leste

<i>DISTRITO DE SAÚDE</i>	<i>UNIDADE DE SAÚDE</i>	<i>BAIRRO</i>	<i>ENDEREÇO</i>	<i>HORÁRIO</i>
LESTE	• UBDS Dr. Ítalo Baruffi	Castelo Branco Novo	rua Dom Luis do A. Mousinho, 3.300	24 horas
	• UBS Mamoro Kobayashi	Bonfim Paulista	rua Azarias Vieira de Almeida, 620	07/22 h
	• UBS Carlos Chagas	Vila Abranches	rua Maria Abranches de Faria, 550	07/21 h
	• UBS Dr. Rubens Issa Halak	Jardim Juliana	av. Dr. Marco Antônio Macário dos Santos, 602	07/17 h
	• USF José Paulo Pimenta de Mello	Jardim Zara	rua Stéfano Barufi, 1639	07/17 h
	• UBS José Ribeiro Ferreira	Jdm. São José	rua Madre Maria Teodora Voiron, 110	07/17 h
	• UBS Hélio Lourenço de Oliveira	Santa Cruz	rua Triunfo, 1.070	07/17 h
	• Núcleo Atenção Pessoa Def. Dr. Jayme N.Costa - NADEF	Nova Ribeirânea	rua Adolfo Zéo, 287	07/17 h

5.2.3 – Distrito de Saúde Norte

<i>DISTRITO DE SAÚDE</i>	<i>UNIDADE DE SAÚDE</i>	<i>BAIRRO</i>	<i>ENDEREÇO</i>	<i>HORÁRIO</i>
NORTE	• UBDS Dr. Sérgio Arouca - Distrital Norte	Quintino II	rua Bruno Pelicani, 70	24 horas
	• USF Prof. Dr. Alberto Raul Martinez	Adelino Simioni	rua João Delibo, nº 820	07/17 h
	• USF Dr. José Augusto Laus Filho	Avelino Palma	rua Virgílio Antônio Simionato, 315	07/17 h
	• UBS Alexander Fleming	Adelino Simioni	rua Antonio Augusto Carvalho, 672	07/17 h
	• UBS Albert Sabin	Marincek	rua Roberto Michellin, s/nº	07/19 h
	• USF Dr. Álvaro Crosta	Geraldo Correia de Carvalho	rua Jovino Campos, 40	07/17 h
	• USF Dr. Luiz Gonzaga Olivério	Hitor Rigon	rua Antônio Carlos de Pádua Rinhel, 600	07/17 h
	• UBS Zeferino Vaz	Quintino I	rua César Montagnana, 35	07/17 h
	• CSE Dr. Rômulo Ribeiro da Costa	Jdm. Aeroporto	Est. Antônia M. Marincek, 994	07/17 h
	• UBS Herbert de Souza – Betinho	Ribeirão Verde	rua João Toniolli, nº 3.461	07/17 h
	• UBS Mário R. de Araújo	Valentina Figueiredo	rua Francisco Henrique Lino da Rocha, 26	07/17 h
	• UBS Oswaldo Cruz	Vila Mariana	rua Ribeirão Preto, 1.070	07/17 h

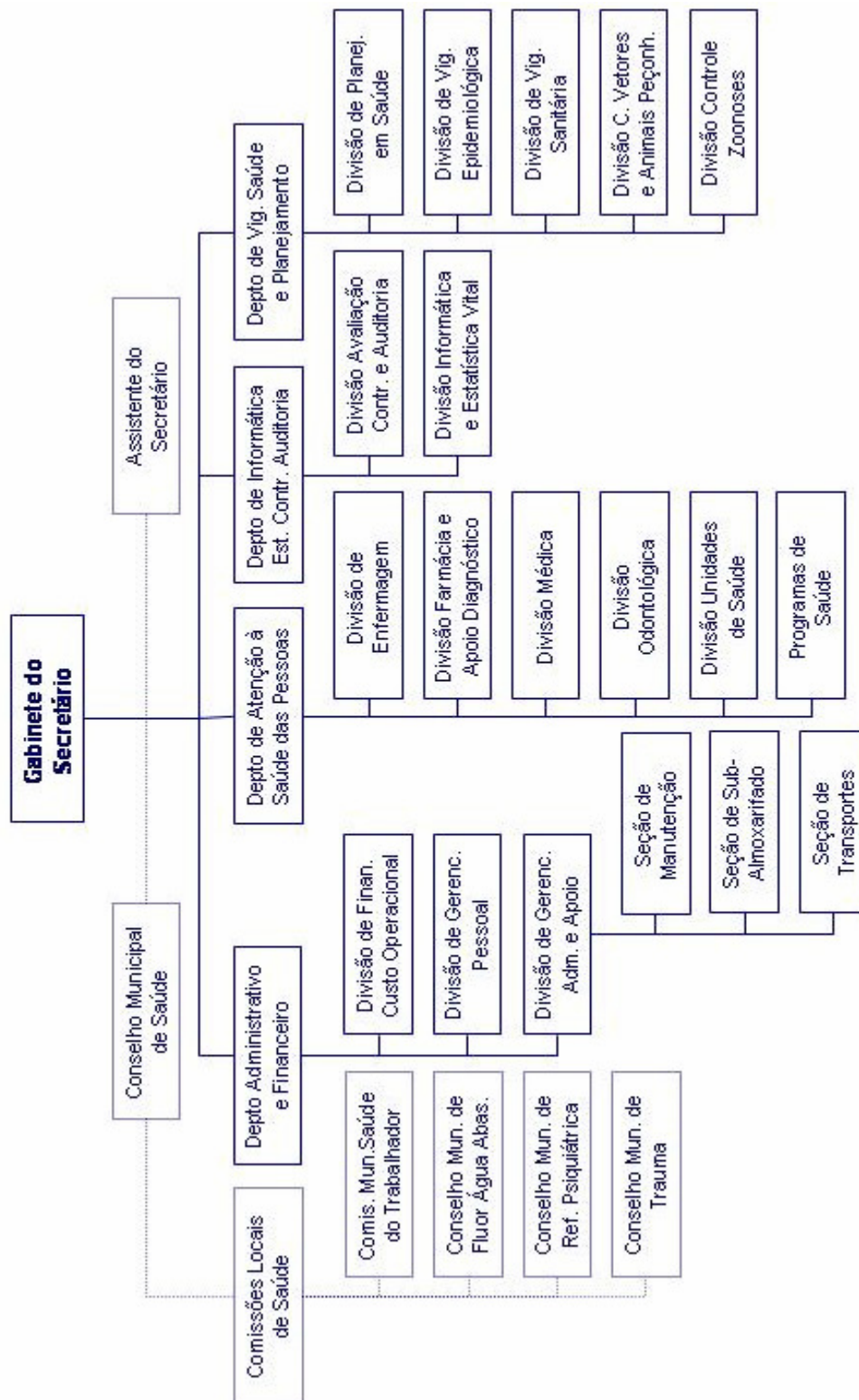
5.2.4 – Distrito de Saúde Oeste

<i>DISTRITO DE SAÚDE</i>	<i>UNIDADE DE SAÚDE</i>	<i>BAIRRO</i>	<i>ENDEREÇO</i>	<i>HORÁRIO</i>
OESTE	• CSE Dr. Joel Domingos Machado	Sumarezinho	rua Cuiabá, 601	24 horas
	• NSF Prof. Dr. Breno J. Guanais Simões - Núcleo 1	Sumarezinho	rua São Salvador, 1.293 e 1303	07/17 h
	• NSF Enf ^a . Maria Teresa Romão Pratali - Núcleo 2	Sumarezinho	rua Cametá, 49	07/17 h
	• NSF Prof ^a . Dra. Célia de Almeida Ferreira - Núcleo 3	Vila Amélia	trav. Nossa Senhora da Penha, 55	07/17 h
	• NSF Marina Moreira de Oliveira - Núcleo 4	Alto do Ipiranga	rua Salto Grande, 20	07/17 h
	• NSF Prof ^a . Dra. Vera Heloísa Pileggi Vinha - Núcleo 5	Alto do Ipiranga	rua Martin Afonso de Souza, 858	07/17 h
	• UBS Prof. Dr. Aymar Baptista Prado	Dom Mielle	rua Cecílio Elias Seba, 139	07/17 h
	• USF Prof. Dr. Domingos A. Lomônaco	Eugênio M. Lopes	av. Ivo Pareschi, s/n	07/17 h
	• USF Dr ^a . Heloísa Maia La Rocca	Portal do Alto	rua Agenor e Inês Tomazelli Salvador, 1.415	07/17 h
	• UBS Dr. João Paulo Bin	Ipiranga	av. Dom Pedro I, 1.359	07/19 h
	• CSE Dr. Edgard Ache	Ipiranga	av. Dom Pedro I, 753	07/17 h
	• UBS Dr. Álvaro de Oliveira Paiva	Jardim Paiva	rua Francisco Peixoto, 195	07/17 h
	• UBS Adalberto Teixeira Andrade	Vila Recreio	rua Tabatinga, 320	07/20 h
	• UBS Dr. Sérgio Botelho da Costa Moraes	Presidente Dutra	rua Carolina Maria de Jesus, 365	07/17 h
	• UBS Rubens Lisandro Nicoletti Filho	José Sampaio	rua Elydio Vieira de Souza, 50	07/21 h
	• USF Ernesto Che Guevara	Maria Casa Grande	rua Paulo Gerardi, 350	07/17 h
	• UBS Dr. Álvaro Panazzolo	Vila Albertina	rua Apeninos, 941	07/17 h
	• CMSC (Centro Médico Social Comunitário)	Vila Lobato	rua João Alves Pereira, 275	7:30/17 h
	• CAPS-ad (álcool droga)	Ipiranga	rua Pará, 1.280	07/17 h
	• CAPS III Dr. André Santiago	Ipiranga	rua Pará, 1.280	24 horas
• Amb.S. Mental D.Oeste Dr. Manoel dos Santos Gabarra	Sumarezinho	rua Terezina , 679	07/17 h	
• Divisão de Controle de Zoonoses e • Divisão de Controle de Vetores e Animais Peçonhentos	Vila Albertina	av. Eduardo Andréa Matarazzo, 4.255	07/17 h	

5.2.5 – Distrito de Saúde Sul

<i>DISTRITO DE SAÚDE</i>	<i>UNIDADE DE SAÚDE</i>	<i>BAIRRO</i>	<i>ENDEREÇO</i>	<i>HORÁRIO</i>
SUL	• UBDS Dr. Marco Antônio Sahão	Vila Virgínia	rua Franco da Rocha, 1.270	24 horas
	• UBS Dr. Luiz P.T. Cabral	Adão do Carmo Leonel	rua Antônio Vicco, 201	07/17 h
	• UBS Dr. José Carlos Say	Jdm. Maria das Graças	rua Cruz e Souza, 3.170	07/17 h
	• UBS Waldemar Barnsley Pessoa	Parque Ribeirão Preto	rua Guy Saad Salomão, 225	07/22 h
	• Centro de Referência DST/AIDS Dr. José Roberto Campi	Vila Virgínia	rua Abílio Sampaio, 637	07/17 h

5.3 – ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



5.4 – Relação dos participantes na Oficina Inte(g)ração: trabalhadores, gestores, usuários e instituições de ensino para composição do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 – realizada nos dias 16 e 17/04/2009

Adriana Mafra Brienza	Guilherme Rodrigues Barbosa	Maria Luiza S. Santa Maria
Aldaísa C. Forster	Gustavo Henrique Pizza de Assis	Maria Maia Biagini
Alessandra Tueme Hirata	Helena H. Fugi	Maria Nazareth G. Vieira da Silva
Alexandre Firmo de Souza Cruz	Helena Yuri Nishinari Mello	Maria Renata G. Bellizzi Villela
Aline Cristina Martins Gratão	Humberto Grecca Neto	Marita Iannazzo Ferretti
Ana Alice M. C. Castro e Silva	Humberto Luiz Brancalioni Júnior	Maurício Andrade
Ana Célia Beltran de Souza	Ilka Barbosa Pegoraro	Mercedes Jesus de Souza
Ana Helena Parra Scarpelini	Inês Aparecida Zapparolli	Mônica Favaretto Prieto
Ana M. Jabali Marques	Ivanice Gelli Perin	Mônica Zechin de O. Toniello
Ana Paula Silveira Gericó Speri	Jane Aparecida Cristina	Morgana Segundo de Oliveira
André Luiz Garcia Sanchez	João Haroldo Pontin Barbosa	Nélio Domingos
André Luiz Valentini	João Terra Filho	Nélio Rezende Cardoso
André Sanches	João Vitor Abdalla	Nelson Coelho Araújo
Ângelo do Carmo Silva Matthes	João Wagner Garcia Perussi	Nelson de Almeida Filho
Aracele da Silva N. Ferrais	Joceli Aparecida Lourenço	Nilva M. R. Rocha S. Passos
Áurea Cecília P. Janowski	José Carlos Brandão	Omero Benedicto Poli Neto
Áurea Moretti Pires	Joyce Maria W. Gabrielli	Patrícia Cristina Canella
Aurélio Pinto Cardoso	Jurandir dos Santos Garcia	Pilar de Souza Cacheira
Bruno Tessari Cobra	Karen Namie Sakata	Rachid Ramis Richard Cury
Camila Benedini Martelli	Lara L. B. Ribeiro	Reginaldo Fukuda
Carlos Alberto D'Avilla de Oliveira	Larissa de Melo Alvarenga	Renata Ferreira de Oliveira
Carlos Eduardo de Oliveira	Leandra Marinelli Cardoso	Renato Tardelli
Carlos Roberto Missali	Lílian C. Fernandes	Ricardo M. Lessa
Carmen Paula Vasconcelos	Lúcia Helena Terenciani Rodrigues	Rita de Cássia Canesin D. Costa
Laprega	Luciana A. Rodrigues	Rita de Cássia Giovanini Cosadio
Cláudia Aparecida Arcari Silva	Luciana R. Parada Redígolo	Roberto Gonçalves Gualtolini
Claudia de Paula Silva Bezzon	Luis Antonio Zapparolli	Robinson Gallão Mesquita
Cleusa Aparecida M. Sisdeli	Luis Antônio França	Rosângela Russo
Cristina Andrade de Alencar	Luiz Alberto Manetta	Rute Aparecida C. Garcia
Cristina Maria Fernandes Porto	Luiza Helena Paiva	Shirlei Maria Daniel
Cristina O'Grady Lima	Luzimar Ap. Fernandes Zapparolli	Silvia Dib
Daniela Witter Soares	Magali Augusta Perez	Sinval Avelino dos Santos
Darlene C. Pires Mestriner	Márcia Cristina Guerreiro dos Reis	Sitiane M. Pântano
Darlene S. A. Travagim	Márcia Soares Freitas da Motta	Sun Zu Szu
Denise Sarreta Ignácio	Márcio Reinaldo Pereira da Silva	Tairone N. Gonçalo
Edila Muniz Retamol	Marcos Antônio Bardella	Taís Elene Junqueira Neme
Elen Antônio de Macedo Júnior	Mari Ângela Gonçalves	Tânia Aparecida Cancian
Elisabete Rissato Narciso	Maria Alice Rossato Ferro	Tânia E. de Oliveira Melo
Elizabeth Paganini	Maria Alice S. Marin	Tânia Silva Gomes
Emília Maria P. Campos Chayamiti	Maria Célia Mendes	Thereza Cristina Pereira
Érica Crespi Amêndola	Maria Cristina B.V.P. Carvalho	Thomaz R. Gasparin
Erison O. Akamine	Maria Cristina Bárbaro	Tokico Murakawa Moriya
Ernesto A. Quintella da Cunha	Maria Cristina F. Baggio	Trude Franceschini
Evaldo Delmondes Roque	Maria de Lourdes Lemos Muniz	Valdes Roberto Bollela
Fátima Ap. Del Ciampo	Maria de Lourdes M. E. Mauad	Valdomiro de Freitas Sampaio
Fátima Aparecida Bonifácio Heck	Maria Dolores Biasoli	Valéria Moro
Fátima Regina A. Lima Neves	Maria Helena dos S. Stella	Vanda Marta D. Colicchio
Fernanda Luciana Caligari	Maria José Bistafa Pereira	Vanderlei Mega Palocci
Gizele Vieira Bassan Pediazzi	Maria Lúcia P. Leipner	Vânia Cantarella Rodrigues

Vânia dos Santos
Varen Namie Sakata

Vivian Rosie de Souza
Wadis Gomes da Silva

Wanda Aparecida Vandrúsculo
Zelinda Marioti de Oliveira

Equipe de Coordenação

Enf^a. Denise Minto

CD. Celso Luiz Lopes

Adm. David Ranieri Bulgari

Enf^a. Elizabeth Petersen Coelho Barbosa Lima

Enf^a. Silvia Cristina Souza Dib

Equipe de Apoio:

Of.Adm. Elisete Seabra Ferreira

CD. Joceli Tonella

REFERÊNCIAS

____ Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde**: um pacto pela saúde no Brasil: síntese / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

São Paulo. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2008 – 2011**, organizadores Renilson Rehem de Souza, São Paulo: Secretaria da Saúde, 2008.

Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2005 - 2008**, Ribeirão Preto: Divisão de Planejamento em Saúde, Secretaria Municipal da Saúde, 2008.

BRASIL. **Lei 8080**, 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. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20/09/1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.332**, de 28 de dezembro de 2006, Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS, Brasília, DF, 2006.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Anuário da VII Conferencia Municipal de Saúde**, Conselho Municipal de Saúde, Secretaria Municipal da Saúde, Ribeirão Preto: 3 e 4 de agosto de 2007.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatórios da Oficina de Inte(g)ração**: trabalhadores, gestores, usuários e instituições de ensino para composição do Plano Municipal de Saúde 2009-2012 – realizada nos dias 16 e 17/04/2009.

FERREIRA, Janise B.B.; MINTO, Denise; ALENCAR, Cristina A. ; LIMA, Elisabeth P.C.B; BULGARI, David R. **Estudo das necessidades de adequação arquitetônica e tecnológica da rede de atenção à saúde de Ribeirão Preto-SP**, Ribeirão Preto: Divisão de Planejamento em Saúde, Secretaria Municipal da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS**, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2ª ed., ver. e atual., Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS**: uma construção coletiva : organização e funcionamento, Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, 3. ed., Brasília : Ministério da Saúde, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS** : uma construção coletiva : instrumentos

básicos, Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, Brasília : Ministério da Saúde, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS**: uma construção coletiva : estudo sobre o arcabouço legislativo do planejamento da saúde, Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, Brasília : Ministério da Saúde, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS**: uma construção coletiva : orientações gerais para elaboração de instrumentos de planejamento : Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão : estrutura e conteúdo, Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, Brasília : Ministério da Saúde, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS**: uma construção coletiva: perfil da atividade do planejamento no Sistema Único de Saúde: resultados da pesquisa – esfera municipal Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, Brasília : Ministério da Saúde, 2008

BRASIL. Ministério da Saúde, **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde, 3º ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estimativa populacional ano 2009 – DATASUS. Disponível em < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/popsp.def> > . Acesso em: abril 2009 B/2009

SEADE. Perfil Municipal, Fundação SEADE – SP. Disponível em < <http://www.seade.sp.gov.br/produtos/perfil/perfil.php> >. Acesso em: abril 2009.