



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - SP
Secretaria Municipal da Saúde



Foto: Tiago Morgan

Plano Municipal de Saúde

2014-2017



Sistema Único de Saúde

Dárcy da Silva Vera
Prefeita Municipal

Mário Vieira Sampaio Filho
Vice Prefeito

Dr Stênio José Correia Miranda
Secretário Municipal de Saúde

Dr^a Darlene Caprari Pires Mestriner
Assistente do Secretário

2013

Equipe Técnica responsável pela elaboração

Bruno Tessari Cobra

Chefe da Divisão de Planejamento em Saúde

Cláudia Aparecida Arcari Silva

Equipe Técnica da Divisão de Planejamento em Saúde

Denise Minto

Equipe Técnica da Divisão de Planejamento em Saúde

Elizabeth Petersen Coelho Barbosa Lima

Equipe Técnica da Divisão de Planejamento em Saúde

Silvia Cristina Souza Dib

Equipe Técnica da Divisão de Planejamento em Saúde

Colaboração:

Equipe Técnica dos Departamentos e Divisões da Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadores e Equipe Técnica dos Programas da Secretaria Municipal da Saúde

Conselho Municipal de Saúde

Representantes das Instituições de Ensino parceiras

Trabalhadores, Usuários e Estudantes participantes das Oficinas “SUS eu Participo”

“Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível
e de repente você estará fazendo o impossível.”

Francisco de Assis

SUMÁRIO

1 – Apresentação	06
2 – Identificação Municipal	07
3 – Análise Situacional	
3.1 – Condições de Saúde da População	
3.1.1 – Perfil Demográfico.....	08
3.1.2 – Perfil Epidemiológico.....	13
3.2 – Determinantes e Condicionantes	
3.2.1 – Aspectos Sócio Econômicos.....	21
3.2.2 – Condições de Vida, Trabalho e Ambiente.....	23
3.2.3 – Hábitos e Estilos de Vida.....	24
3.3 – Acesso às Ações e Serviços de Saúde	
3.3.1 – Organização da Rede Municipal de Saúde.....	27
3.3.2 – Fluxograma de Acesso à Rede de Saúde no Município.....	33
3.3.3 – Atenção Básica.....	33
3.3.4 – Complexo Regulador.....	35
3.3.5 – Assistência Ambulatorial Especializada.....	35
3.3.6 – Assistência Hospitalar.....	42
3.3.7 – Rede Suplementar.....	44
3.3.8 - Auditoria.....	45
3.3.9 – Atenção às Urgências.....	46
3.3.10 – Vigilância em Saúde.....	47
3.3.11 – Assistência Farmacêutica.....	51
3.3.12 – Produção de Serviços.....	54
3.4 – Gestão em Saúde	59
3.4.1 – Organograma da Secretaria Municipal da Saúde.....	60
3.4.2 – Planejamento.....	62
3.4.3 – Descentralização/Regionalização.....	63
3.3.4 – Financiamento.....	64
3.3.5 – Participação Social.....	68
3.3.6 – Gestão do Trabalho em Saúde.....	69
3.3.7 – Educação em Saúde.....	71
3.3.8 – Informação em Saúde.....	73
3.3.9 – Infra-Estrutura	
3.3.9.1 – Estrutura Física.....	75
3.3.9.2 – Apoio Administrativo e Logístico.....	78
3.3.10 – Ouvidoria.....	79
4 – Objetivos, Diretrizes, Metas e Indicadores do COAP	81
5 – Anexos	
5.1 - Relação de Unidades de Saúde.....	89
5.2 - Relação dos participantes da Oficina “SUS EU PARTICIPO”	92
5.3 – Referências.....	94

1 – APRESENTAÇÃO

Decorridos 25 anos da implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, podemos dizer que esta política constitui-se como um importante pilar para a inclusão social no Brasil.

Ribeirão Preto ao longo deste período vem buscando aperfeiçoar esta política visando melhorar as condições de saúde dos munícipes, vários desafios já foram vencidos e muitos outros ainda estão por serem confrontados.

Avanços importantes aconteceram nos últimos anos, e trouxeram embutidos em seus conceitos, ações e práticas necessárias para a reorganização do sistema que podemos chamar de uma nova fase do SUS, dos quais destacamos:

- o Decreto nº 7.508 de 28/06/2011 que regulamentou a Lei nº 8.080 de 19/09/1990 ao explicitar conceitos, princípios e diretrizes do SUS, passando a exigir uma nova dinâmica na organização e gestão do sistema de saúde, com destaque para o aprofundamento das relações interfederativas e a instituição de novos instrumentos, dentre eles o Contrato Organizativo da Ação Pública - COAP que vem com a função de pactuar entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS com segurança jurídica, transparência e solidariedade, permitindo que as regiões de saúde possam ter organização e unicidade através de diretrizes, metas e indicadores que devem ser cumpridos dentro dos prazos estabelecidos;

- A Portaria nº 2.488 de 21/11/2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica;

- a Lei Complementar nº 141 de 16/01/2012 que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelecendo critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

No município, o setor saúde destaca-se com vários indicadores positivos, entre eles: a redução do coeficiente de mortalidade infantil, a redução do número de óbitos maternos, a redução de internações por causas sensíveis à atenção básica, aumento da cobertura vacinal, aumento na proporção de cura dos casos novos de hanseníase e tuberculose, dentre outros de nível secundário e terciário que levou o município a terceira colocação em relação ao País e a primeira colocação em relação ao Estado, segundo o Índice de Desempenho de Saúde – IDSUS/MS.

Dentre os desafios a serem confrontados destacamos a integração regional, o financiamento, a gestão do trabalho e da educação e a judicialização do sistema.

A elaboração do Plano Municipal de Saúde 2014-2017, no município de Ribeirão Preto, é o resultado das discussões realizadas entre os vários atores da saúde, dentre eles representantes do Conselho Municipal de Saúde, trabalhadores das unidades de saúde, gestores, instituições de ensino superior conveniadas, estudantes e representantes de outros setores do governo (assistência social e educação) em fóruns de trabalho realizados como a VIII Conferência Municipal de Saúde (realizada nos dias 1,2 e 3 de julho de 2011), oficina “SUS eu participo” (realizada nos dias 5 e 6 de junho de 2013), nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Gestores desta secretaria.

Com vistas ao aperfeiçoamento do SUS em Ribeirão Preto, apresentamos o Plano Municipal de Saúde para o quadriênio 2014 - 2017 que traz onze Diretrizes Gerais que expressam as linhas de ação a serem seguidas, configurando-se na Política Municipal de Saúde, em consonância com a Política Federal e Estadual de Saúde, com a respectiva aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

2 – IDENTIFICAÇÃO MUNICIPAL

O município de Ribeirão Preto está localizado na região Nordeste do Estado de São Paulo, situado a 21° 10' 42" de latitude sul e 47° 48' 24" de longitude oeste, dista à 313 km da capital e à 706 Km de Brasília. Ocupa uma área de 650 km², sendo que 157,50 km² estão em perímetro urbano, 172,18 km² constituem área de expansão urbana e 320,32 km² constituem zona rural.

Figura 1 – Mapa de localização do município de Ribeirão Preto no Estado de São Paulo.



O relevo de Ribeirão Preto apresenta predominância de áreas onduladas, sendo composto por colinas amplas e baixas e com topos tabulares. As altitudes encontram-se entre 500 e 700 metros e as declividades médias variam em torno de 2% a 10%. A altitude média do município é de 544,8 metros.

O clima de Ribeirão Preto é tropical e com diminuição de chuvas no inverno e temperatura média anual de 23,2°C, tendo invernos secos e amenos (raramente frios de forma demasiada) e verões chuvosos com temperaturas moderadamente altas. Os meses mais quentes, janeiro e fevereiro, contam com temperatura média de 25,0°C, sendo a média máxima de 30,0°C e a mínima de 20,0°C. E o mês mais frio, junho, com média de 19,5°C, sendo 26,0°C e 13°C as médias máxima e mínima, respectivamente. Outono e primavera são estações de transição.

A população do município segundo o Censo IBGE 2010 foi de 604.682 habitantes, sendo o oitavo município mais populoso de São Paulo, precedido por: São Paulo, Guarulhos, Campinas, São Bernardo do Campo, Santo André, Osasco e São José dos Campos.

Os limites da cidade são dados pelos seguintes municípios: ao sul, Guataporã; a sudeste, Cravinhos; ao norte, Jardinópolis; a leste, Serrana; ao oeste, Dumont; a noroeste, Sertãozinho; e ao nordeste, Brodoswki.

Figura 2 – Mapa dos municípios próximos de Ribeirão Preto.



A principal via de acesso é a Via Anhanguera (SP 330), uma rodovia de pista dupla, que liga o município à capital, à Campinas e ao Triângulo Mineiro. Além desta rodovia, o município conta com mais um conjunto de 5 rodovias ligando-o à Franca, Sertãozinho, Araraquara, Cajuru, e outros, ou seja, localiza-se em um entroncamento rodoviário que possibilita acesso fácil para diferentes regiões do estado e do país.

3 - ANÁLISE SITUACIONAL

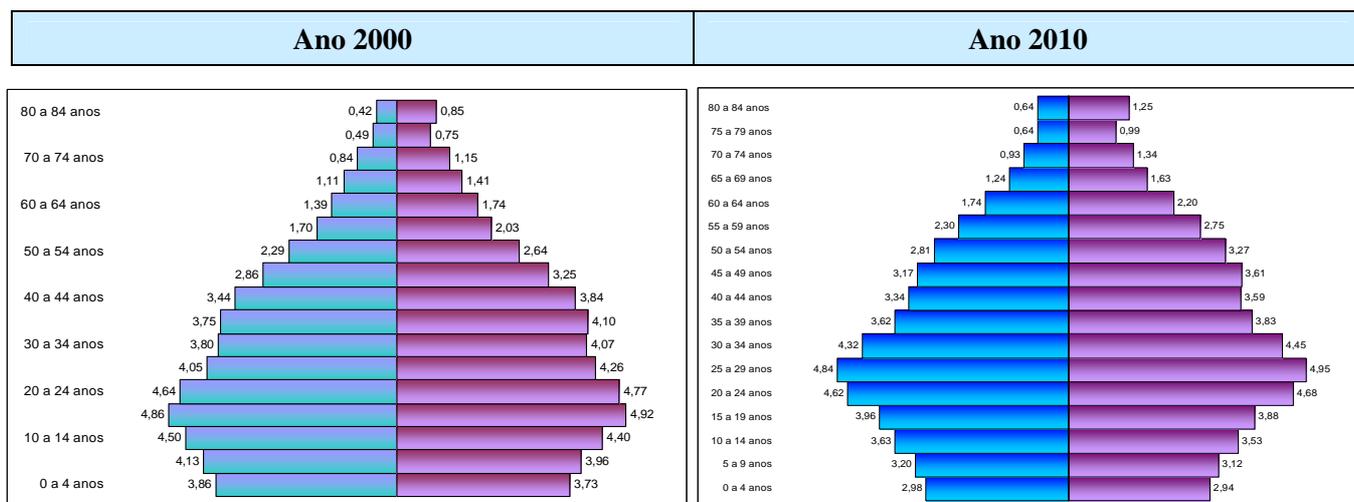
3.1 – Condições de Saúde da População

3.1.1 – Perfil Demográfico

O município de Ribeirão Preto conta com uma população estimada para o ano 2013, segundo estimativa do IBGE, de **649.556 habitantes**.

A Figura 3 ilustra a população do município nos anos 2000 e 2010 de acordo com a faixa etária.

Figura 3 – Pirâmide etária da população de Ribeirão Preto, anos 2000 e 2010.



Fonte: Censo IBGE 2000 e 2010

Comparando-se as duas pirâmides populacionais (2000 e 2010) podemos observar um estreitamento da base na pirâmide referente ao ano 2010 demonstrando uma diminuição da taxa de crescimento populacional.

Por outro lado, pode-se observar um alargamento do topo da pirâmide, indicando um aumento da quantidade de pessoas com 60 anos ou mais, representando 12,6% da população em 2010, sendo 7,41% do sexo feminino e 5,19% do sexo masculino, mostrando um predomínio da população do sexo feminino nesta faixa etária.

Quadro 01 - Percentual de urbanização, Ribeirão Preto, 2000 e 2010.

Local	Censo 2000		Censo 2010	
	População	%	População	%
Área urbana	502.760	99,57	602.966	99,72
Área rural	2.163	0,43	1.716	0,28
Total	504.923		604.682	

Fonte: Censo IBGE 2000 e 2010

Nos anos 2000 e 2010 observamos um aumento no percentual de urbanização de 0,15%.

Quadro 02 - Densidade populacional, Ribeirão Preto, 2000 e 2010.

Área em Km ²	População Total Censo 2000	População Total Censo 2010	Densidade Demográfica 2000	Densidade Demográfica 2010
650	504.923	604.682	776,80	930,28

Fonte: Censo IBGE 2000 e 2010

Destaca-se o crescimento da população do município de Ribeirão Preto em quase 100.000 habitantes, em um período de 10 anos.

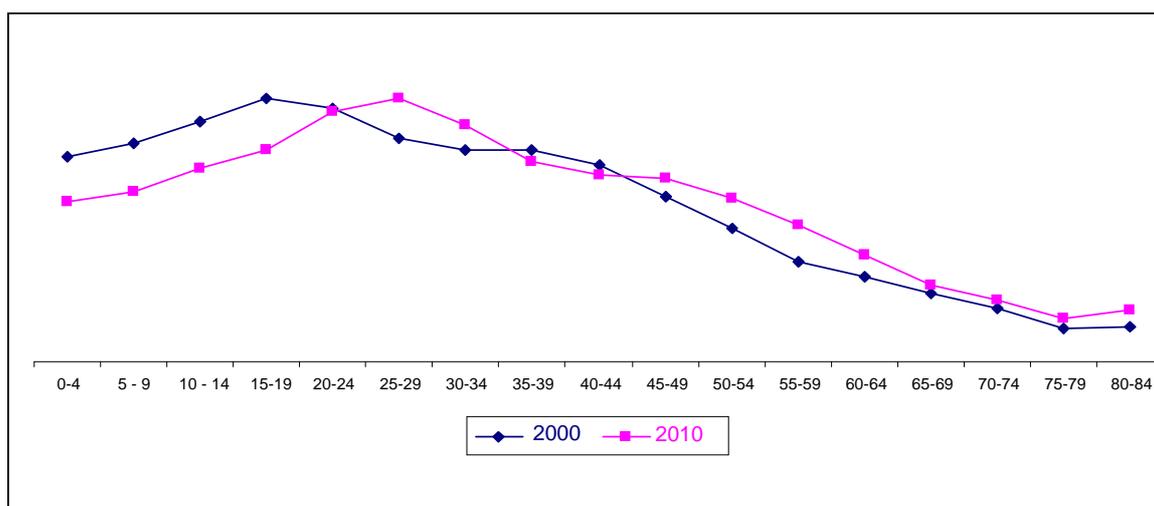
Quadro 03 - Distribuição populacional por sexo e faixa etária, Ribeirão Preto, 2012.

Faixa Etária	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Menor 1 ano	3.724	0,60	3.794	0,61	7.518	1,21
1 a 4 anos	14.724	2,37	14.457	2,33	29.181	4,70
5 a 9 anos	19.816	3,19	19.345	3,12	39.161	6,31
10 a 14 anos	22.501	3,63	21.877	3,52	44.378	7,15
15 a 19 anos	24.551	3,96	24.024	3,87	48.575	7,83
20 a 29 anos	58.588	9,45	59.687	9,63	118.275	19,08
30 a 39 anos	49.246	7,94	51.312	8,27	100.558	16,21
40 a 49 anos	40.289	6,50	44.580	7,19	84.869	13,69
50 a 59 anos	31.711	5,11	37.348	6,02	69.059	11,13
60 a 69 anos	18.527	2,98	23.760	3,83	42.287	6,81
70 a 79 anos	9.777	1,57	14.427	2,32	24.204	3,89
80 anos e mais	3.948	0,63	7.733	1,24	11.681	1,87
Total	297.402	47,93	322.344	51,95	619.746	100

Fonte: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo S/SGEP/DATASUS

A população do município está distribuída nas seguintes faixas etárias: 19,37% de 0 a 14 anos, 43,12% de 15 a 39 anos, 24,82% de 40 a 59 anos e 12,57% com 60 anos ou mais. Observa-se também predomínio do sexo feminino, representado por 51,95% da população total.

Figura 04 - População por faixa etária, Ribeirão Preto, 2000 a 2010.



Fonte: Censo IBGE 2000 e 2010

A Figura 04 compara a população nos anos 2000 e 2010, observa-se no ano 2010 uma diminuição nas faixas etárias de 0 a 24 anos, aumento na faixa etária 24 a 35 anos, diminuição da

população entre 35 e 44 anos e aumento a partir de 45 anos. Estas curvas reforçam o envelhecimento gradativo da população no município, acompanhando a tendência do país.

Quadro 04 - População de acordo com raça ou cor, Ribeirão Preto, ano 2010.

Cor ou raça	Qtd	%
Branca	421.800	69,76
Parda	138.056	22,83
Preta	38.483	6,36
Amarela	5.651	0,93
Indígena	565	0,09
Sem declaração	127	0,02
Total	604.682	100

Fonte: Censo IBGE 2010

A população predominante no município, conforme informação obtida pelo Censo IBGE 2010, é de cor branca (69,76%) seguida pela cor parda (22,83%).

População com Deficiência e População com Deficiência Permanente

A promoção da qualidade de vida, a prevenção de deficiências, a atenção integral a saúde, a melhoria dos mecanismos de informação, a capacitação de recursos humanos e a organização e funcionamento dos serviços, constituem diretrizes para implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa com deficiência, ressaltando-se a importância das ações intersectoriais para alcance dos resultados pretendidos.

Os Quadros 05, 06 e 07 mostram o universo da população com deficiências no município:

Quadro 05 - População residente com algum tipo de deficiência, deficiência permanente e proporção deficiência permanente em relação ao total de população com algum tipo de deficiência, Ribeirão Preto, 2010.

População Total 2010	População com algum tipo de Deficiência		População com Deficiência Permanente		Proporção deficiência Permanente em relação ao total de população com algum tipo de deficiência
	População	% da população	População	% da população	
604.682	167.676	27,73	130.182	21,53	77,64

Fonte: Censo IBGE 2010

Quadro 06 - Grau de deficiência informado pela população, Ribeirão Preto, 2010.

Grau da deficiência	Não consegue de modo algum		Grande dificuldade		Alguma dificuldade		Total
	População	% da população	População	% da população	População	% da população	
Deficiência visual	2.030	2,06	12.965	13,14	83.654	84,80	98.649
Deficiência motora	2.479	6,87	10.297	28,53	23.320	64,61	36.096
Deficiência auditiva	1.051	4,14	4.735	18,66	19.592	77,20	25.378

Fonte: Censo IBGE 2010

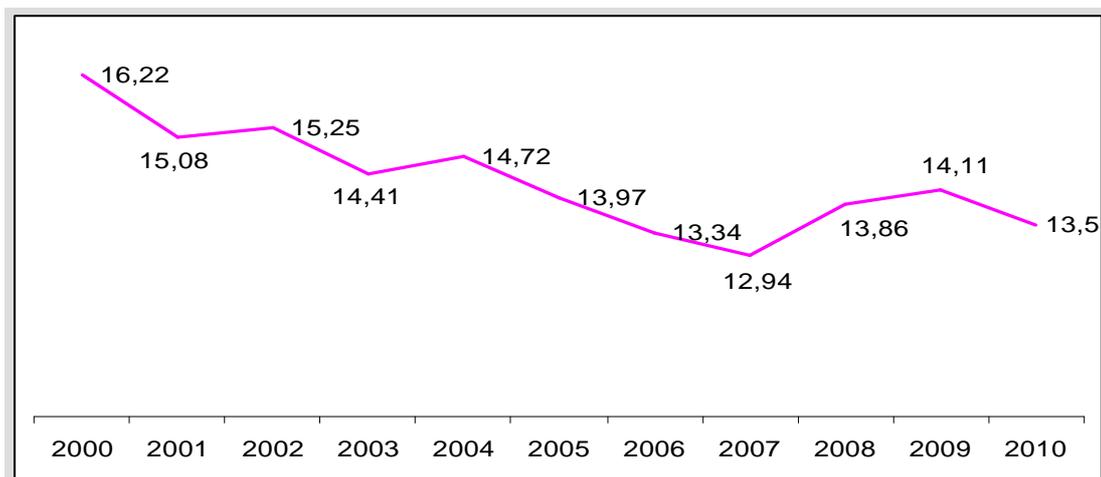
Quadro 07 - População com deficiência mental/intelectual, Ribeirão Preto, 2010.

População Total com algum tipo de Deficiência	Deficiência Mental/ intelectual	
	Nº da População	% da população com deficiência
167.676	7.527	4,49

Fonte: Censo IBGE 2010

Os dados apresentados foram obtidos através da informação pela população quando da realização do Censo, dados sugestivos do universo de deficiências.

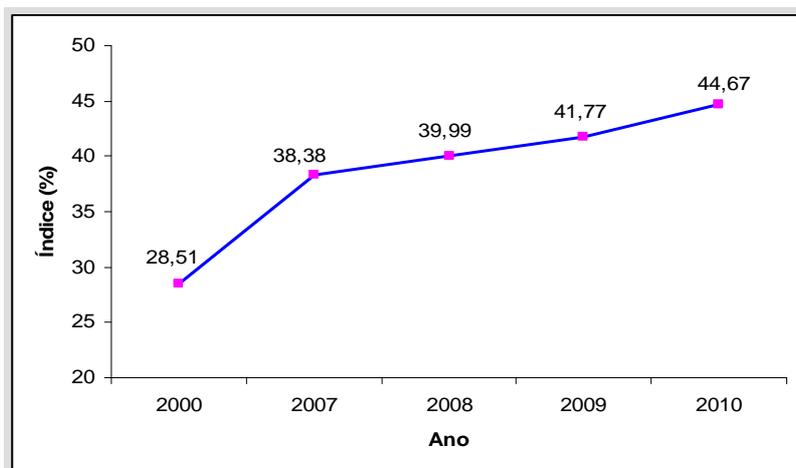
Figura 05 - Taxa de natalidade, Ribeirão Preto, 2000 a 2010.



Fonte: Base Unificada de Óbitos - SESSP/FSEADE - Tabwin em abril de 2012 - Estimativa Populacional IBGE/DATASUS - Obs.: Número de Nascidos Vivos por 1.000 habitantes

A curva decrescente demonstrada na figura acima reflete a diminuição da taxa de natalidade ao longo dos últimos 10 anos.

Figura 06 - Índice de envelhecimento, Ribeirão Preto, 2000 a 2010.



Fonte: Censo e Estimativa Populacional IBGE

Na Figura 06 observa-se o aumento do índice de envelhecimento da população do município nos anos 2000 a 2010, caracterizada por uma curva crescente.

Quadro 08 - Proporção de idosos (≥ 60) segundo Distrito de Saúde, Ribeirão Preto, 2010.

Distrito de Saúde	% de Idosos		
	Feminino	Masculino	Total
Central	12,75	7,87	20,63
Sul	4,22	5,85	10,08
Leste	7,33	5,36	12,70
Norte	3,77	4,96	8,74
Oeste	4,89	6,67	11,57

Fonte: PMRP – SMS – Departamento de Vigilância em Saúde – Divisão de Planejamento em Saúde, com base no Censo IBGE 2010

O Distrito Central é o que tem a maior proporção de idosos, com 20,63% e o que tem a menor proporção é o Distrito Norte, com 8,74%, conforme demonstrado no Quadro 08.

3.1.2- Perfil Epidemiológico

a) Morbidade

O perfil de morbidade municipal tem se modificado ao longo dos anos, acompanhando as mudanças ocorridas no estado e no país. O envelhecimento da população, aliado a outros determinantes e condicionantes de saúde tem contribuído para o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, assim como, o aumento da frota de veículos no município, a violência e outros fatores têm contribuído para o aumento do número de internações por causas externas.

Dentre as doenças de notificação compulsória, a dengue merece atenção especial no município, caracterizada como endemia, com aumento de casos em algumas épocas do ano.

O Quadro 09 apresenta as cinco primeiras causas de internações no município, conforme o capítulo da CID 10, em 2002 e 2012.

Quadro 09 - Taxa de internação hospitalar, conforme capítulo do CID 10, de residentes em Ribeirão Preto, 2000 e 2012.

Capítulo	Descrição	2002		2012	
		Nº	%	Nº	%
IX	Doenças do aparelho circulatório	4954	13,83	4791	13,86
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas.	3661	10,22	4437	12,84
XI	Doenças do aparelho digestivo	3068	8,56	3625	10,49
II	Neoplasias (tumores)	1899	5,30	3475	10,05
X	Doenças do aparelho respiratório	2901	8,10	3044	8,81

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

Analisando o Quadro 09, excluindo-se as internações por gravidez, parto e puerpério, que não foram demonstradas, observamos que as quatro principais causas de internação no município no ano 2012 foram:

- 1° - Doenças do aparelho circulatório;**
- 2° - Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas;**
- 3° - Doenças do aparelho digestivo;**
- 4° - Neoplasias (tumores);**
- 5° - Doenças do aparelho respiratório.**

- Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são relacionadas a fatores multicausais, constituindo-se um dos eixos para o seu enfrentamento a vigilância, informação, avaliação e monitoramento realizados pelos sistemas de informação do SUS, sendo os demais eixos a promoção da saúde e o cuidado integral.

- Acidentes e Violência – Causas Externas

As causas externas de morbidade e mortalidade compreendem as lesões decorrentes de acidentes (relacionados ao trânsito, afogamento, envenenamento, quedas ou queimaduras) e de violências (agressões/homicídios, suicídios, tentativas de suicídio e abusos físicos).

A morbidade e mortalidade pelas causas externas afetam principalmente a população mais jovem e, pela sua magnitude e transcendência, o seu enfrentamento tem sido um dos desafios da gestão pública, uma vez que podem causar sequelas graves, afetando não só o sujeito, mas também a família e a sociedade.

No município, as causas externas são a segunda causa de internação. O quadro 10 detalha as internações, segundo categoria do capítulo 20 do CID 10.

Quadro 10 – Frequência (F) e ranking (R) de internações de munícipes de Ribeirão Preto, ocorridas nos hospitais SUS do município, segundo categoria do Capítulo 20 do CID 10, 2002 e 2012.

Categorias	2002		2012	
	F	R	F	R
Queda sem especificação	806	1°	887	1°
Motociclista traum outr acid transp e NE	210	5°	635	2°
Outr acid transp espec	0	8°	599	3°
Reac anorm compl tard interv cirurg s/acid	317	3°	586	4°
Motocicl traum colis automov pickup caminhonete	50	7°	158	5°
Outras quedas no mesmo nível	335	2°	133	6°
Ocup automóvel traum outr acid transp e NE	130	6°	64	7°
Outras quedas de um nível a outro	239	4°	18	8°

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

As quedas sem especificação permanecem como 1ª causa de internação nos anos 2002 e 2012. Destacam-se os acidentes com motocicletas e outros acidentes de transporte que correspondiam a 5ª e 8ª causas de internação e passaram a ser 2ª e 3ª respectivamente.

- Doenças Transmissíveis

As doenças transmissíveis permanecem como uma das preocupações na saúde pública, embora tenha ocorrido uma diminuição da mortalidade por estas doenças, as mesmas ainda são uma das principais causas de morbidade, principalmente as que têm como determinantes as causas ambientais, sociais e econômicas.

Quadro 11 - Coeficiente de incidência de agravos confirmados de notificação compulsória por 100.000 habitantes, de residentes em Ribeirão Preto, período de 2008 a 2012.

Doenças/Agravos	2008	2009	2010	2011	2012
Acidente escorpião	54,29	44,22	24,81	22,05	24,04
HIV	23,83	27,69	22,57	20,50	20,64
Aids	41,88	36,92	32,24	29,25	21,82
Aids Criança	1,83	1,85	0,00	2,73	0,00
Cisticercose	1,48	0,89	0,33	0,49	0,00
Conjuntivite	42,28	32,14	28,78	646,05	160,39
Coqueluche	8,06	4,79	2,98	4,08	5,49
Dengue	189,20	301,36	4901,25	3818,79	50,02
Doença meningocócica	1,25	0,71	3,14	2,29	2,58
Escarlatina	16,84	9,06	5,29	20,09	10,33
Esquistossomose	1,79	2,49	0,66	0,66	1,13
Febre Maculosa	0,00	0,00	0,00	0,33	0,00
Hanseníase	6,09	6,93	4,63	5,06	9,84
Hantavirose	0,00	0,00	0,17	0,33	0,16
Hepatite B	12,90	10,48	10,91	11,10	11,13
Hepatite C	24,90	23,26	17,20	21,07	13,39
Leishmaniose T. Americana	0,72	1,42	1,82	0,49	0,48
Leishmaniose Visceral	0,18	0,18	0,33	0,33	0,16
Leptospirose	0,54	0,18	0,33	0,49	0,48
Malária	0,54	0,36	0,33	0,82	0,16
Meningite por Haemófilo	0,18	0,18	0,17	0,33	0,32
Meningite Pneumocócica	1,61	1,24	0,83	1,80	1,29
Outras Meningites	33,15	17,58	10,91	14,53	13,23
Paralisia Flácida Aguda	1,70	0,00	0,00	0,00	0,00
Parotidite	79,91	15,98	13,56	8,49	8,23
Rubéola	0,54	0,18	0,00	0,00	0,00
Sarampo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Teníase	3,40	3,02	2,15	0,49	0,32
Tétano	0,36	0,00	0,17	0,00	0,00
Tuberculose	29,56	32,32	27,78	28,74	22,27
Varicela	166,98	135,50	577,66	167,88	113,11

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

Observamos no Quadro 11 que, com exceção de algumas doenças que apresentaram aumento no coeficiente de incidência, a maioria das doenças de notificação compulsória vêm apresentando redução nos últimos anos. Não foram registrados casos de Febre Amarela, Doença de Chagas, Febre Tifóide, Sarampo e Tracoma neste período.

Quadro 12 - Distribuição dos casos confirmados de Dengue, segundo sexo e ano de ocorrência, Ribeirão Preto, 2000 a 2012.

Ano	Masculino	Feminino	Total
2000	86	124	210
*2001	1.437	1.753	3.190
2002	167	179	346
*2003	377	420	797
2004	17	31	48
2005	287	350	637
*2006	2.702	3.295	5.997
*2007	1.297	1.426	2.723
*2008	475	581	1.056
*2009	761	880	1.641
*2010	13.379	16.258	29.637
*2011	11.093	12.291	23.384
2012	140	184	324

Fonte: PMRP-SMS Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento/Divisão de Vig. Epidemiológica – SINAN Net
* Anos epidêmicos.

Embora vários esforços sejam empregados no combate a dengue no município, inclusive com atuação intersetorial, esta doença continua apresentando números elevados, caracterizando epidemias em vários anos, conforme apresentado no Quadro 12.

b) Mortalidade

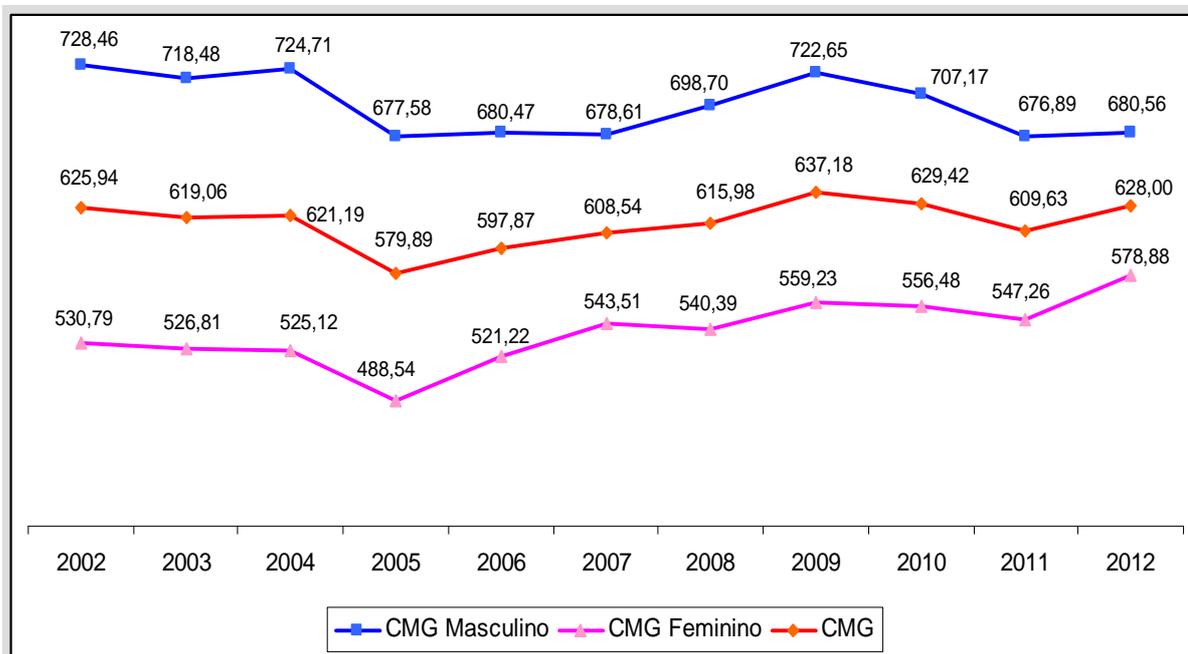
O **coeficiente de mortalidade geral** no período de 2002 a 2012, não apresentou grandes variações, sendo de 628,64 óbitos/100.000 hab no ano 2012. As seis principais causas de mortalidade são: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo e algumas doenças infecciosas e parasitárias.

Quadro 13 – Coeficiente de mortalidade de residentes em Ribeirão Preto, conforme capítulo do CID 10, período 2002 e 2012.

CID 10 (Cap)	2002		2012	
	Nº	Coef/100.000	Nº	Coef/100.000
IX. Doenças do Aparelho Circulatório	991	190,39	1.147	185,08
II. Neoplasias (Tumores)	602	115,66	861	138,93
XX. Causas Externas de Morbidade e Mortalidade	413	79,35	418	67,45
X. Doenças do Aparelho Respiratório	361	69,36	358	57,77
XI. Doenças do Aparelho Digestivo	213	40,92	245	39,53
I. Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	218	41,88	174	28,08
TOTAL	3.258	625,94	3.896	628,64

Fonte: PMRP – SMS – Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento – Divisão de Vigilância Epidemiológica – SICAEV -, dados preliminares para o ano 2012 do SIM/SINASC

Figura 07 - Evolução do coeficiente de mortalidade geral, masculino e feminino por 100.000 habitantes, Ribeirão Preto, período 2002 a 2012.



Fonte: PMRP – SMS – Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento – Divisão de Vigilância Epidemiológica – SICAEV -, dados preliminares para o ano 2012 do SIM/SINASC

As doenças isquêmicas do coração nos últimos anos têm permanecido como a 1ª causa de mortalidade no município, seguida pelas doenças cerebrovasculares e as neoplasias malignas dos órgãos digestivos como 2ª e 3ª causas de mortalidade respectivamente.

Quadro 14 - Frequência (F) e ranking (R) de causas de mortalidade segundo grupo do CID 10, Ribeirão Preto, 2009 a 2012.

Causas	2009		2010		2011		2012	
	F	R	F	R	F	R	F	R
Doenças isquêmicas do coração	421	1°	434	1°	390	1°	388	1°
Doenças cerebrovasculares	316	2°	317	2°	311	2°	310	2°
Neoplasias malig.dos órgãos digestivos	256	3°	267	3°	264	3°	278	3°
Outras formas de doença do coração	176	5°	208	4°	198	4°	173	4°
Neoplasias malig. do ap.respir./intratorax	143	6°	119	8°	142	7°	168	5°
Doenças crônicas das vias aéreas inferior.	135	7°	158	5°	171	5°	165	6°
Influenza [gripe] e pneumonia	179	4°	143	7°	150	6°	139	7°
Doenças hipertensivas	128	8°	148	6°	125	8°	131	8°
Quedas	80	12°	86	12°	101	10°	120	9°
Diabetes mellitus	102	9°	112	9°	97	12°	117	10°
Outras doenças do aparelho urinário	45	22°	77	15°	85	14°	113	11°
Outras doenças degenerativas sist.nerv.cen	68	13°	94	11°	99	11°	99	12°
Agressões	51	18°	65	18°	53	18°	96	13°
Doenças das artérias, arteríolas, capilares	81	11°	82	13°	105	9°	90	14°
Neoplasias malignas (os) da mama	50	19°	63	19°	53	19°	85	15°
Doenças do fígado	89	10°	110	10°	89	13°	81	16°
Neoplasias malig. tecido linfático, hematop	62	15°	69	16°	72	15°	75	17°
Doenças pelo vírus da imunodeficiência hum	68	14°	69	17°	69	16°	58	18°
Transt. vesícula biliar, vias bil.,pâncreas	40	25°	48	22°	53	20°	52	19°
Neoplasias malig. dos órgãos genitais masc.	58	16°	62	20°	44	21°	51	20°
Total de Óbitos	3.666	-	3.911	-	3.835	-	4.012	-

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

No Quadro 14 observamos que a 1°, 2° e 3° causa de mortalidade, representadas pelas doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares e as neoplasias malignas dos órgãos digestivos, respectivamente, permaneceram inalteradas nos anos 2009 a 2012.

Outro dado que merece destaque são as outras doenças do aparelho urinário, as neoplasias malignas da mama, as agressões e as quedas que tiveram aumento significativo nos últimos anos.

Por outro lado notamos algumas causas de mortalidade que tiveram diminuição, destacando as Doenças do vírus da imunodeficiência humana, doenças do fígado, neoplasias malignas dos órgãos genitais masculinos e a influenza (gripe) e pneumonia.

A **mortalidade infantil** é um dos principais indicadores para avaliar as condições socioeconômicas de uma população, além de ser um indicador utilizado para avaliar a facilidade do acesso e qualidade dos serviços de saúde. Todos os óbitos infantis, de residentes no município, são investigados pelo Comitê de Mortalidade Infantil.

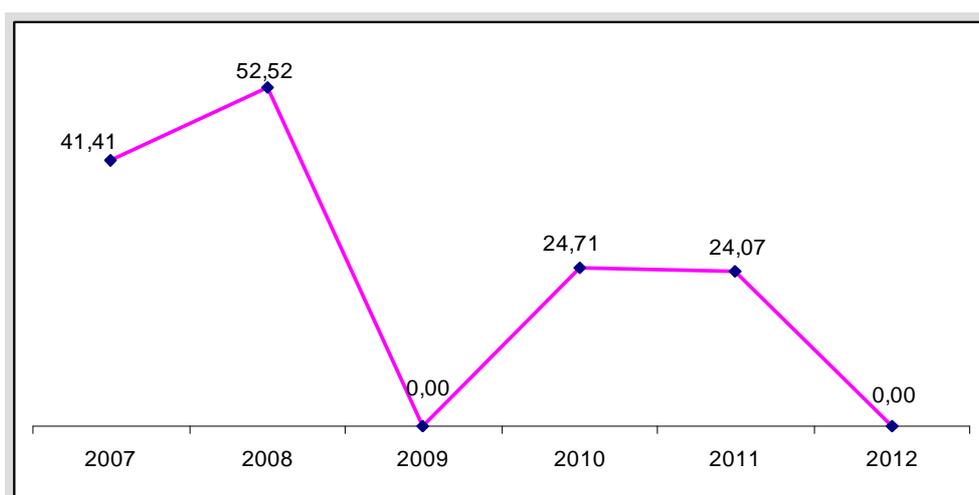
Quadro 15 - Coeficiente de mortalidade infantil (CMI), coeficiente de mortalidade neonatal (CMN) e coeficiente de mortalidade pós-neonatal (CMP), de residentes do município de Ribeirão Preto, período 2001 a 2012.

Ano	CMI	CMN	CMP
2001	12,48	8,99	3,50
2002	11,02	7,09	3,93
2003	10,06	6,40	3,66
2004	10,47	7,79	2,68
2005	10,93	8,43	2,50
2006	9,81	7,76	2,04
2007	9,39	6,49	2,90
2008	8,93	6,30	2,63
2009	8,65	6,40	2,16
2010	9,47	6,15	3,23
2011	9,7	7,8	1,9
2012	8,7	6,2	2,4

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

Destaca-se a redução do **coeficiente de mortalidade materna** nos últimos anos, devido a ações voltadas ao pré-natal e puerpério nos três níveis de atenção. Todos os óbitos maternos, de residentes no município, são investigados pelo Comitê de Mortalidade Materna.

Figura 08 - Coeficiente de mortalidade materna de residentes do município de Ribeirão Preto, período 2007 a 2012.



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

3.2 - Determinantes e Condicionantes de Saúde

No art. 3º da Lei 8080/90 consta que “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”, portanto, para se ter saúde é necessário entender que os determinantes sociais fazem parte da saúde e que os condicionantes propiciam o aparecimento de patologias. Apresentamos a seguir alguns indicadores relacionados ao município de Ribeirão Preto:

3.2.1 - Aspecto Sócio Econômicos

O **Produto Interno Bruto e Renda PIB per capita**, período de 2000 a 2010, no município cresceu 143,8 %, passando de R\$ 11.552,93 para R\$ 28.162,89.

A **Taxa de Analfabetismo** na população de 15 anos ou mais vem apresentando uma redução, passando de 4,1% em 2000 para 3,0% em 2010.

O quadro 16 apresenta a distribuição da população por **Escolaridade**:

Quadro 16 - População de 15 anos ou mais por escolaridade, Ribeirão Preto, 2010.

Escolaridade	População de 15 anos ou mais	%
Sem instrução/1º ciclo fundamental incompleto	68.903	14,29
1º ciclo fundamental completo/2º ciclo incompleto	55.680	11,54
2º ciclo fundamental completo ou mais	323.643	67,1
Não determinada	34.096	7,07
Total	482.322	100

Fonte: Censo e Estimativa Populacional IBGE

Nas edições 2008 e 2010 do **Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)** Ribeirão Preto classificou-se no Grupo 2 que agrega os municípios bem posicionados na dimensão riqueza, mas com deficiência em pelo menos um dos indicadores sociais:

Quadro 17 - Índice Paulista de Responsabilidade Social do município de Ribeirão Preto, 2010.

Riqueza	Longevidade	Escolaridade
44	73	47

Fonte: Fundação SEADE/SP – IPRS de 2010 (base 2008)

Quadro 18 - Riqueza: comportamento das variáveis que compõe esta dimensão no período 2008-2010.

Riqueza	2008	2010
Consumo anual de energia elétrica por ligação no comércio, na agricultura e nos serviços.	19,3 MW	22,1 MW
Consumo de energia elétrica por ligação residencial	2,5 MW	2,6 MW
Rendimento médio do emprego formal	R\$ 1.591	R\$ 1.687
Valor adicionado per capita	R\$ 15.970	R\$ 17.158

Fonte: Fundação SEADE/SP – IPRS de 2010 (base 2008).

Ribeirão Preto somou pontos em seu escore de riqueza no último período, e avançou posições nesse ranking. Entretanto, seu índice situa-se abaixo do nível médio estadual.

Quadro 19 - Longevidade: comportamento das variáveis que compõe esta dimensão no período 2008-2010.

Longevidade	2008	2010
Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos)	9,0	9,3
Taxa de mortalidade perinatal (por mil nascidos)	12,6	12,7
Taxa de mortalidade das pessoas de 15 a 39 anos (por mil habitantes)	1,1	1,2
Taxa de mortalidade das pessoas de 60 a 69 anos (por mil habitantes)	15,5	15,3

Fonte: Fundação SEADE/SP – IPRS de 2010 (base 2008)

Ribeirão Preto registrou estabilidade no indicador agregado de longevidade e situa-se acima do escore estadual. Sua posição relativa no conjunto dos municípios piorou nesta dimensão.

Quadro 20 – Escolaridade - comportamento das variáveis que compõe esta dimensão no período 2008-2010.

Escolaridade	2008	2010
Taxa de atendimento escolar de crianças de 4 a 5 anos	81,4%	86,2%
Média da proporção de alunos da rede pública, que atingiram o nível adequado nas provas de português e matemática (5º ano do ensino fundamental)	25,3%	35,3%
Média da proporção de alunos da rede pública, que atingiram o nível adequado nas provas de português e matemática (9º ano do ensino fundamental)	15,3%	21,3%
Percentual de alunos com atraso escolar no ensino médio	17,5%	18,1%

Fonte: Fundação SEADE/SP – IPRS de 2010 (base 2008).

Ribeirão Preto somou pontos nesse escore. Entretanto, está abaixo da média estadual e piorou sua colocação nesse ranking no período.

O **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)** de Ribeirão Preto ano 2013, de acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e com a Fundação João Pinheiro, foi de 0,800. Este valor é classificado como muito alto desenvolvimento humano (acima de 0,800), ocupando a 40ª posição no Brasil.

A **Taxa de Desemprego** da população de 16 anos e mais, de acordo com o IBGE, reduziu de 12,97% em 2000 para 4,91% em 2010. Houve um aumento da taxa de trabalho infantil, que corresponde a população de 10 a 15 anos ocupada, passando de 8,81% em 2000 para 9,03% em 2010, de acordo com o IBGE.

O indicador **Razão de Renda** (número de vezes que a renda dos 20% mais ricos supera a dos 20% mais pobres) reduziu, passando de 21,01 para 17,62 (vezes). Apresentamos no quadro 21 a proporção de pessoas com baixa renda:

Quadro 21 - Proporção de pessoas com baixa renda, Ribeirão Preto, período 2000 e 2010.

Descrição	2000		2010	
	Pop	%	Pop.	%
% da pop com renda < ½ salário mínimo.	92.830	18,57	67.831	11,32
% da pop com renda < ¼ salário mínimo	32.416	6,49	24.431	4,08

Fonte: Censo e Estimativa Populacional IBGE

Nota: O salário mínimo do último ano para o qual a série está sendo calculada torna-se a referência para toda a série. Esse valor é corrigido para todos com base no INPC de julho de 2010, alterando o valor da linha de pobreza e consequentemente a proporção de pobres. Nesta tabela, o valor de referência, salário mínimo de 2010, é de R\$ 510,00.

3.2.2 - Condições de Vida, Trabalho e Ambiente

A água distribuída no município de Ribeirão Preto é captada através de 109 poços tubulares profundos que recebem cloro e flúor, atendendo as determinações contidas na Portaria MS/GM nº 2914 de 12/12/2011 que “dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade”.

O DAERP (Departamento de Água e Esgotos de Ribeirão Preto) atende 100% da população urbana do município, com cadastro de 184.562 ligações.

O sistema de **Esgotos Sanitários** atende, segundo o DAERP, 98,6% da população urbana. Todo esgoto é tratado por duas Estações de Tratamento de Esgoto (ETE) existentes, a ETE Ribeirão que recebe 85% dos esgotos coletados e a ETE Caiçara que recebe os outros 15%. A disposição final do esgoto tratado é feita pelo ribeirão Preto (ETE Ribeirão) e no rio Pardo (ETE Caiçara) e o lodo gerado pelas duas ETE é encaminhado para o aterro sanitário no município de Guatapará.

A **Coleta de Lixo**, segundo informações da coordenadoria de limpeza urbana, é realizada em 100% do município, a coleta seletiva é de apenas 1%. O volume de lixo produzido por dia gira em torno de 750 toneladas. A destinação final do lixo comum é para o aterro sanitário no município de Guatapará, e o lixo hospitalar é encaminhado para micro-ondas no município de Jardinópolis.

Em Ribeirão Preto, assim como nos demais municípios de médio e grande porte, há várias pessoas vivendo em **Assentamentos Precários (Favelas)**. Dados da Secretária Municipal de Assistência Social (junho de 2013), apontam a existência de 33 assentamentos precários, totalizando 4.807 unidades, com estimativa populacional de 22.764 pessoas. O município mantém estudos de reassentamento e reurbanização, sendo que nos últimos anos, várias intervenções já foram realizadas.

Outra questão importante refere-se aos **Moradores de Rua**, foram contabilizados em dezembro de 2012, em serviços socioassistenciais do município, 414 atendimentos (dados da Secretária Municipal de Assistência Social). Porém sabe-se que, em razão da dependência química, existe um contingente maior, que não acessa os serviços existentes.

Destaca-se também a existência de um **Assentamento (Projeto de Desenvolvimento Sustentável da Barra)** na área rural do município de Ribeirão Preto, com aproximadamente 600 famílias, totalizando cerca de 1.800 pessoas, assistidas por uma Equipe de Saúde da Família Rural (ESF tipo 1), que desenvolve suas atividades no território de aproximadamente 1500 hectares.

No território do município de Ribeirão Preto temos a presença de **População Privada de Liberdade**, distribuída em duas penitenciárias (uma masculina e uma feminina), um centro de detenção provisório, uma ala de progressão e quatro unidades da fundação casa (casa Ribeirão, casa Rio Pardo, casa Ouro Verde e casa semi-liberdade), que de acordo com dados da Secretaria da Administração Penitenciária do Estado de São Paulo www.sap.sp.gov.br, data base para atualização 11/04/2013 e Fundação Casa, totalizavam 3.473 pessoas, sendo 3.127 homens e 346 mulheres.

3.2.3 - Hábitos e Estilos de Vida

Um dos grandes desafios da saúde pública refere-se às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em especial hipertensão arterial, diabetes, neoplasias e as doenças do aparelho respiratório que são relacionadas a fatores de riscos não modificáveis como idade, sexo e raça, e também aos fatores modificáveis como: **o tabagismo, o uso abusivo de álcool, a obesidade, a alimentação inadequada** (excesso de gorduras saturadas, sal, açúcar e ingestão insuficiente de frutas e verduras,) **e a inatividade física.**

As DCNT, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doença, tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda.

- Tabagismo

Os dados do VIGITEL, do Ministério da Saúde, divulgados em Abril de 2012 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) revelaram o número de fumantes no Brasil, acima de 18 anos de idade, em 14,8%. Entre os homens, o percentual de fumantes ficou em 18,1% e entre as mulheres, 12%. Entre aqueles que fumam 20 cigarros ou mais por dia, 5,4% são homens e 3,3%, mulheres. Os homens estão deixando mais o cigarro: 25% se declararam ex-fumantes, enquanto 19% das mulheres afirmaram terem sido tabagistas.

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) em 2009, 24,2% dos escolares que estavam no 9º ano do ensino fundamental experimentaram cigarros. A experimentação entre meninos (24,4%) foi ligeiramente maior do que entre meninas (24,0%). Também foi maior nas escolas públicas (26,4%) do que nas escolas privadas (18,3%).

No município de Ribeirão Preto, através do cadastro realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde, que acompanham 194.064 pessoas (31% da população total do município), 27.000 referem ser tabagistas, ou seja, 14 % das pessoas acompanhadas referem ser alcoólatras.

- Uso abusivo de álcool e drogas

O INPAD (Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas) da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo) realizou o 2º Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, entre 2006 e 2012, com os seguintes resultados:

- Crescimento de 31,1% do consumo abusivo de álcool na população brasileira, especialmente entre as mulheres. Nos últimos seis anos, a proporção das mulheres que consomem álcool de maneira excessiva aumentou 24%, passando de 15% para 18,5% das brasileiras. Segundo Ronaldo Laranjeira, professor titular de psiquiatria da UNIFESP e coordenador do levantamento, o aumento do consumo de álcool por mulheres reflete a maior frequência do ato de beber socialmente, e não em casa. “Mulheres que socializam como homens estão bebendo tanto quanto eles”. Esse consumo excessivo de álcool é o que os especialistas chamam de “binge”, isto é, a ingestão de quatro unidades ou mais de bebida, para mulheres, e cinco unidades ou mais, para homens, em um período curto de tempo (duas horas). Na pesquisa, uma unidade de álcool equivale a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de vodca. Os dados mostram que, no geral, houve um aumento de 20% na proporção de bebedores frequentes (uma vez por semana ou mais).

- No Brasil 7% da população adulta já experimentou **maconha** na vida, representando 8 milhões de pessoas. Para avaliar a frequência foi considerado o uso no último ano, e neste quesito se enquadram 3% da população adulta, que equivale a mais de 3 milhões de pessoas. Quanto ao uso na adolescência, o estudo mostra que quase 600 mil adolescentes (4% da população) já usou maconha pelo menos uma vez na vida, enquanto a taxa de uso no último ano foi idêntica a dos adultos (3% equivalente a mais de 470 mil adolescentes). Cabe salientar que mais da metade dos usuários, tanto adultos quanto adolescentes consomem maconha diariamente (1.5 milhões de pessoas).

- Quase 6 milhões de brasileiros (4% da população adulta) já experimentaram alguma apresentação de **cocaína** na vida. Este índice foi de 3% entre adolescentes, representando 442 mil jovens. No último ano, a prevalência de uso dessa droga atingiu 2,6 milhões de adultos (2%) e 244 mil adolescentes (2%). A idade de experimentação é um

indicador importante, uma vez que estudos mostram que há uma relação entre a precocidade do uso e o aumento do risco de desenvolvimento de dependência e de outras doenças psiquiátricas. Foi constatado que quase metade dos usuários (45%) experimentaram cocaína pela primeira vez antes dos 18 anos de idade.

No município de Ribeirão Preto, através do cadastro realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde, que acompanham 194.064 pessoas (31% da população total do município), 534 referem fazer uso do álcool, ou seja, 0,28% das pessoas acompanhadas referem ser alcoólatras.

- Estado Nutricional

Destaca-se o desenvolvimento do Programa Bolsa Família, que aliado ao Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), está conseguindo obter alguns dados relacionados ao estado nutricional de uma parcela significativa da população que é atendida nas Unidades de Atenção Básica, bem como o desenvolvimento de iniciativas pontuais de atividades relacionadas a educação nutricional. Apresentamos abaixo alguns dados obtidos pelo SISVAN:

Quadro 22 - Avaliação do estado nutricional de usuários das unidades de saúde, seguidos pelo SISVAN, Ribeirão Preto, ano 2012.

Faixa etária/ estado fisiológico	População Avaliada	Baixo peso %	Sobrepeso/ obesidade %
Criança de 0 a 5 anos	4.875	2,50	9,80
Criança de 5 a 10 anos	5.626	3,9	15,00
Adolescente (10 a 19 anos)	1.554	3,15	25,93
Gestante	1.261	16,4	46,20
Adulto (20 a 60 anos)	5.604	3,03	64,22
Idoso (acima de 60 anos)	124	6,45	60,48

Fonte: SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional)

Nos dados do Quadro 22, chama a atenção o alto percentual de pessoas que estão com classificação de sobrepeso e ou obesidade. Nota-se também a presença de desnutrição, que podem estar ligadas a questões sociais.

No final do ano 2012, o Ministério da Saúde aprovou a proposta de construção de uma **Academia de Saúde** para o município, espaço social que deverá ser mais um equipamento de saúde que visa contribuir para a promoção da saúde da população através da orientação de práticas corporais, atividade física, lazer e modos de vida saudáveis.

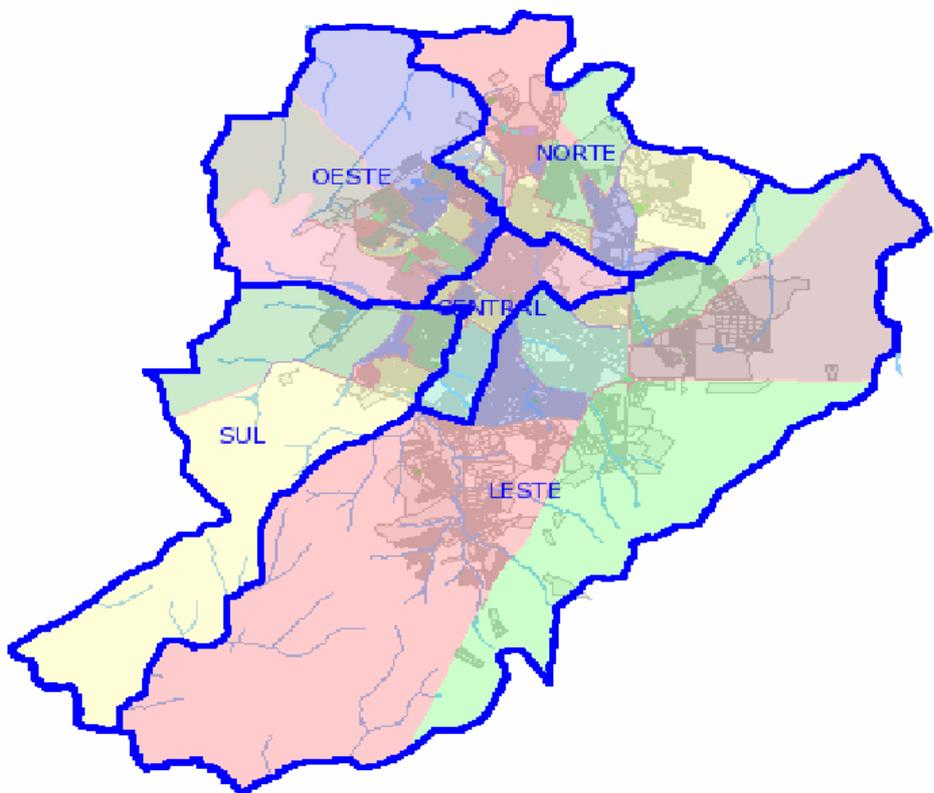
A Secretaria Municipal da Saúde vem trabalhando no sentido de ampliar o conhecimento sobre os dados da população do município relacionados ao tabagismo, uso abusivo de álcool, drogas e hábitos de vida saudável.

3.3 – Acesso às Ações e Serviços de Saúde

3.3.1 – Organização da Rede Municipal de Saúde

A Rede de Atenção à Saúde – SUS do município de Ribeirão Preto está organizada em 5 Distritos de Saúde, composto por uma unidade funcionando 24 horas para pronto atendimento e unidades básicas, em cada Distrito. Estes Distritos estão em consonância com os Distritos de Vigilância em Saúde.

Figura 09 – Distritos de Saúde de Ribeirão Preto.



A partir do censo IBGE 2010, foi realizado um redimensionamento das áreas de abrangência das Unidades de Saúde do município tendo como base os setores censitários do IBGE. Tal ajuste se fez necessário para que cada Unidade tenha conhecimento das características demográficas da sua área de abrangência, dado este de suma importância para subsidiar as ações e serviços a serem oferecidos.

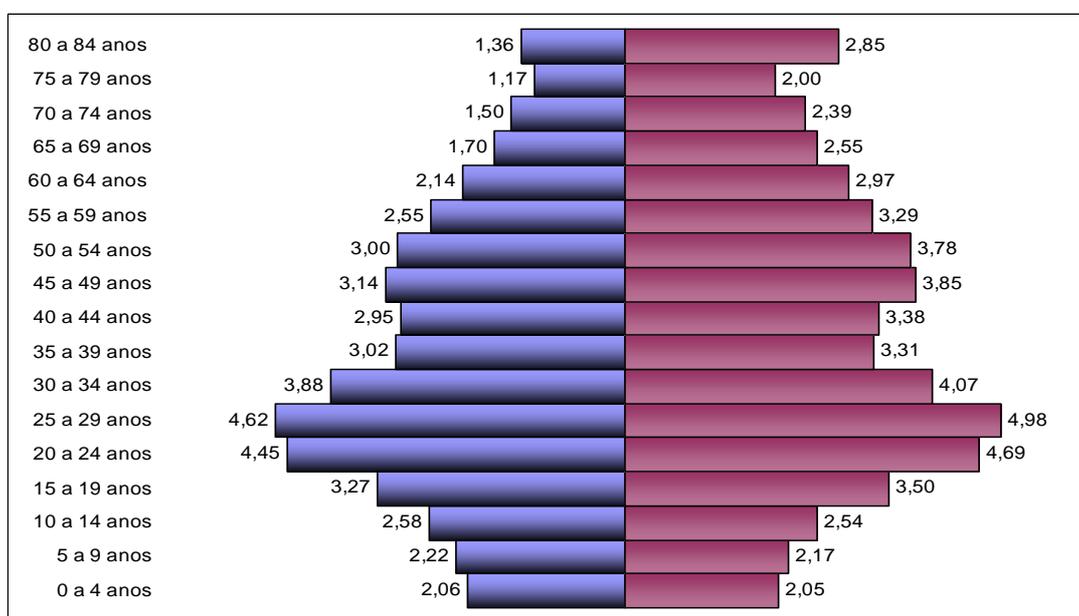
A partir de então foi possível caracterizar cada Unidade e Distrito de Saúde, conforme apresentamos abaixo:

Quadro 23 - População por unidades de saúde do Distrito Central ano 2010.

Unidades	População Estimada
UBDS Central e PAM II	19.063
UBS Nelson Barrionovo	42.551
CSE Vila Tibério	6.220
UBS Vila Tibério	9.251
UBS João Rossi	20.890
Total	97.975

Fonte: Dados de população do Censo IBGE 2010, distribuição por Unidade de Saúde baseada no setor censitário do IBGE pela Divisão de Planejamento em Saúde.

Figura 10 - Pirâmide etária da população do Distrito Central ano 2010.



■ Homens ■ Mulheres

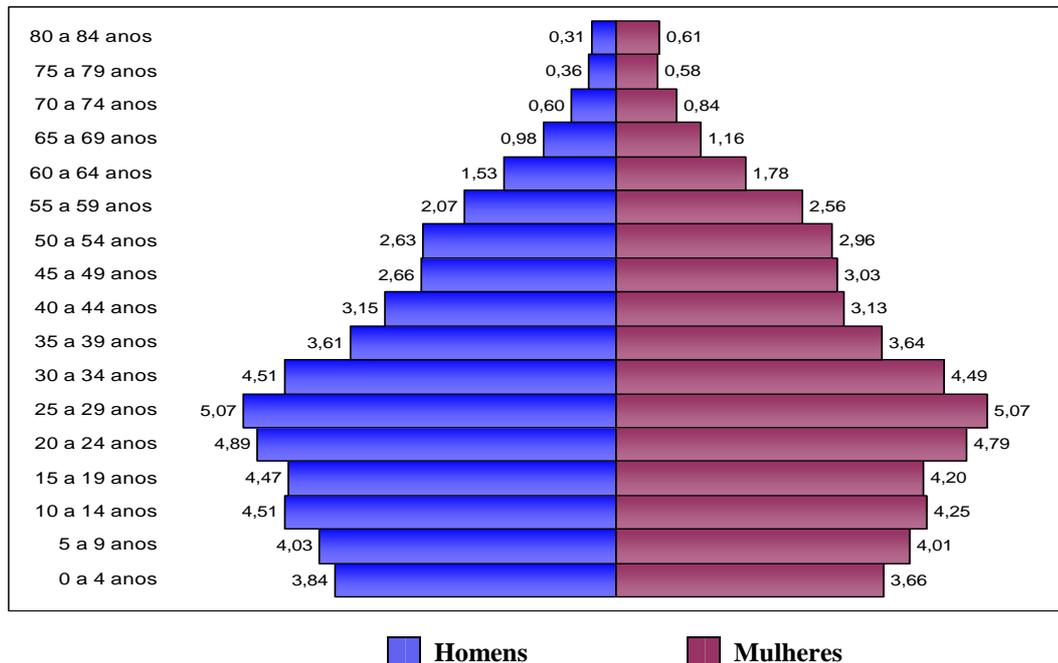
Fonte: Dados de população do Censo IBGE 2010, distribuição por Unidade de Saúde baseada no setor censitário do IBGE pela Divisão de Planejamento em Saúde.

Quadro 24 - População por unidades de saúde do Distrito Norte ano 2010.

Unidades	População Estimada
UBS Simioni	19.174
USF Estação do Alto	5.677
USF Avelino Alves Palma	6.591
UBS Marincek	10.060
USF Geraldo de Carvalho	3.224
USF Heitor Rigon	7.529
UBS Valentina Figueiredo	2.806
UBS Quintino Facci I	11.279
UBS Jardim Aeroporto	16.103
UBS Ribeirão Verde	17.135
UBS Vila Mariana	11.049
Total	110.627

Fonte: Dados de população do Censo IBGE 2010, distribuição por Unidade de Saúde baseada no setor censitário do IBGE pela Divisão de Planejamento em Saúde.

Figura 11 - Pirâmide etária da população do Distrito Norte, ano 2010.



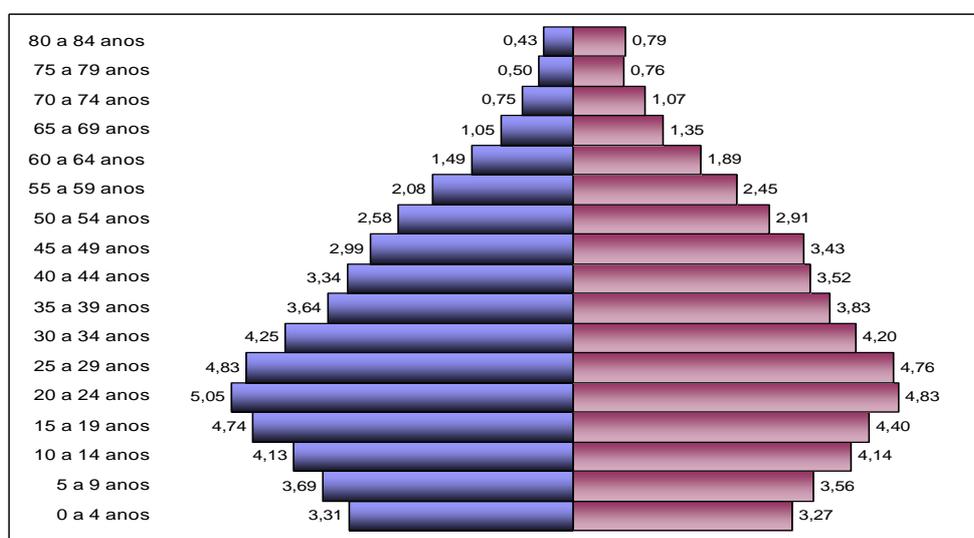
Fonte: Dados de população do Censo IBGE 2010, distribuição por Unidade de Saúde baseada no setor censitário do IBGE pela Divisão de Planejamento em Saúde.

Quadro 25 - População por unidades de saúde do Distrito Sul, ano 2010.

Unidades	População Estimada
UBDS Vila Virgínia	37.853
UBS Adão do Carmo Leonel	12.809
UBS Parque Ribeirão Preto	26.760
UBS Jardim Maria da Graça	7.638
Total	85.060

Fonte: Dados de população do Censo IBGE 2010, distribuição por Unidade de Saúde baseada no setor censitário do IBGE pela Divisão de Planejamento em Saúde.

Figura 12 - Pirâmide etária da População do Distrito Sul, ano 2010.



■ Homens ■ Mulheres

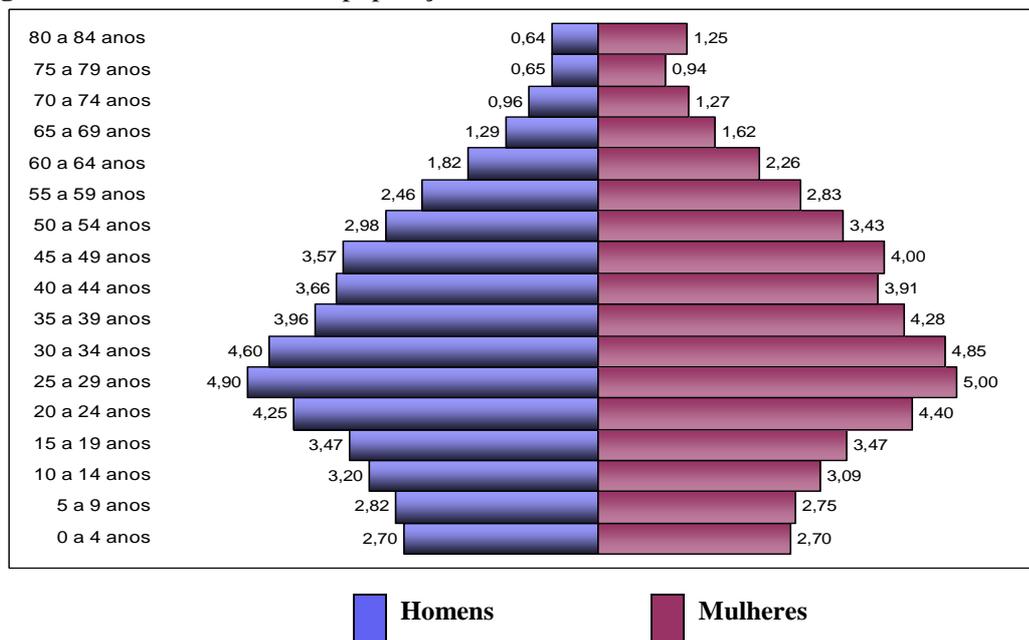
Fonte: Dados de população do Censo IBGE 2010, distribuição por Unidade de Saúde baseada no setor censitário do IBGE pela Divisão de Planejamento em Saúde.

Quadro 26 - População por unidades de saúde do Distrito Leste, ano 2010.

Unidades	População Estimada
UBDS Castelo Branco	50.680
USF Jardim Zara	12.493
UBS Vila Abranches	19.941
UBS Jardim Juliana	17.017
UBS São José	9.945
UBS Santa Cruz	36.402
UBS Bonfim Paulista	13.324
Total	159.802

Fonte: Dados de população do Censo IBGE 2010, distribuição por Unidade de Saúde baseada no setor censitário do IBGE pela Divisão de Planejamento em Saúde.

Figura 13 - Pirâmide etária da população do Distrito Leste, ano 2010.



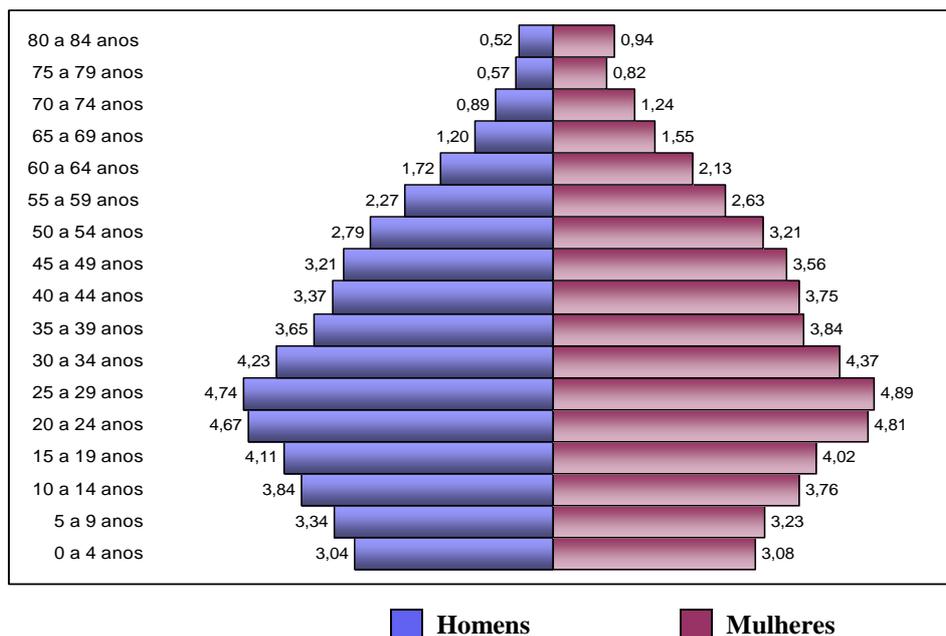
Fonte: Dados de população do Censo IBGE 2010, distribuição por Unidade de Saúde baseada no setor censitário do IBGE pela Divisão de Planejamento em Saúde.

Quadro 27 - População por unidades de saúde do Distrito Oeste, ano 2010.

Unidades	População Estimada
USF – Núcleo 1	2.380
USF – Núcleo 2	3.212
USF – Núcleo 3	3.569
USF – Núcleo 4 e USF – Núcleo 6	4.646
USF – Núcleo 5	2.336
UBS e CSE Ipiranga	17.466
UBS Jardim Paiva	7.650
UBS Dom Mielli	14.148
USF Eugênio Mendes Lopes	5.292
USF Portal do Alto	2.805
UBS José Sampaio	16.580
USF Maria Casagrande Lopes	8.793
USF Vila Albertina	13.869
UBS Vila Recreio	17.828
UBS Presidente Dutra	15.129
CMSC Vila Lobato	15.515
Total	151.218

Fonte: Dados de população do Censo IBGE 2010, distribuição por Unidade de Saúde baseada no setor censitário do IBGE pela Divisão de Planejamento em Saúde.

Figura 14 - Pirâmide etária da população do Distrito Oeste, ano 2010.



Fonte: Dados de população do Censo IBGE 2010, distribuição por Unidade de Saúde baseada no setor censitário do IBGE pela Divisão de Planejamento em Saúde.

O Quadro 28 apresenta as unidades de saúde do município de acordo com suas especificidades:

Quadro 28 - Unidades de saúde próprias, agrupadas por Distrito de Saúde, ano 2013.

Descrição	Distrito					Total
	Centra I	Norte	Sul	Oeste	Leste	
UPA	-	-	-	-	1	1
UBDS (AB +PA + Especialidades)	1	-	1	-	-	2
UBDS (PA + Especialidades)	-	1	-	1	-	2
Unidades (AB+ Especialidades)	1	1			1	3
UBS	4	6	3	8	5	26
USF	-	4	-	9	1	14
Unidades com Especialidades	6	-	1	3	1	11
Total	12	12	5	21	9	59

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

Legenda Quadro:

UPA = Unidade de Pronto Atendimento

UBDS = Unidade Básica e Distrital de Saúde

UBS = Unidade Básica de Saúde

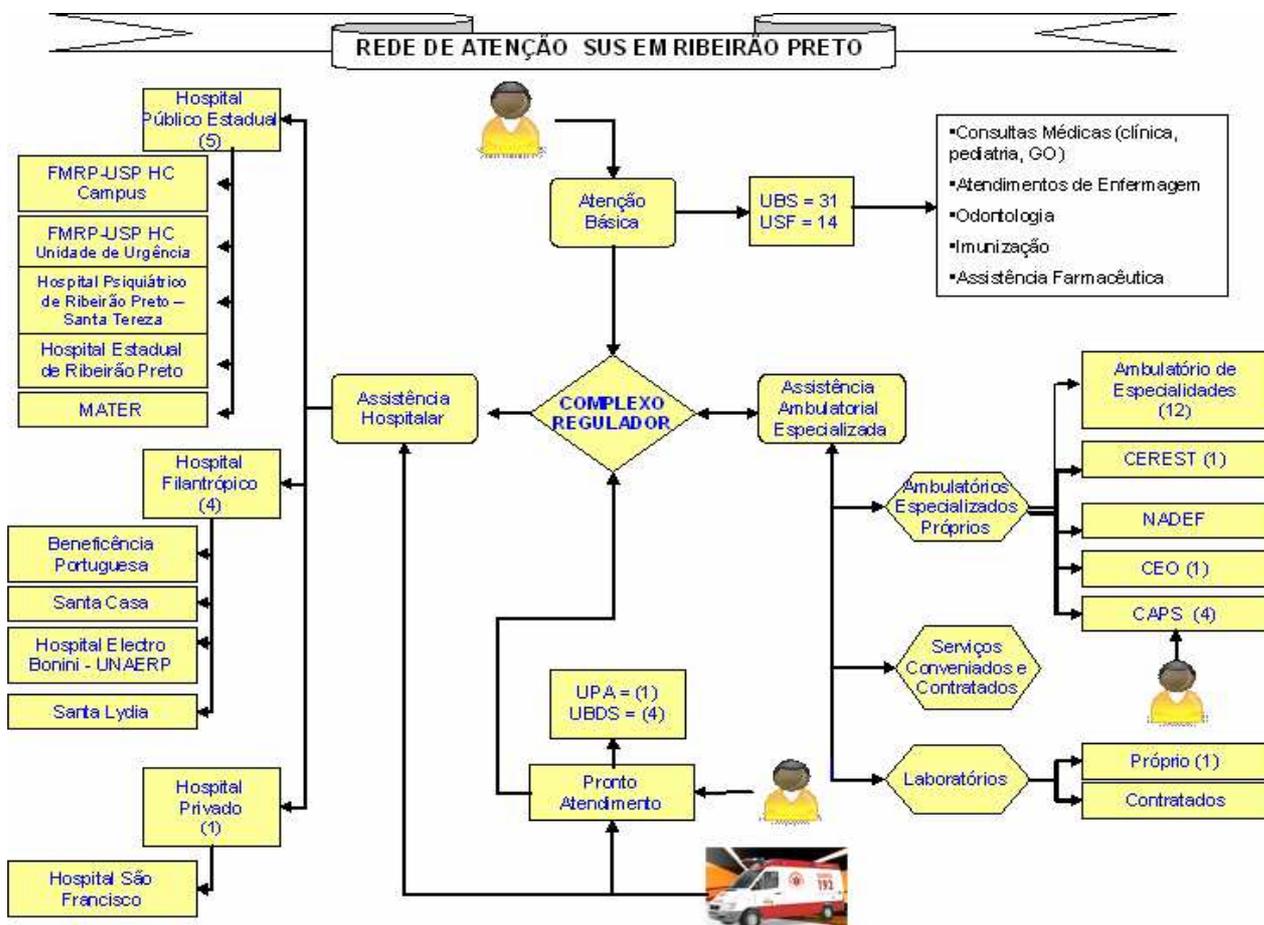
USF = Unidade de Saúde da Família

PA = Pronto Atendimento

AB = Atenção Básica

3.3.2 – Fluxograma de Acesso à Rede de Saúde no Município

Figura 15 - Fluxograma de acesso à rede de atenção SUS em Ribeirão Preto.



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

3.3.3 - Atenção Básica

A portaria GM 2.488, de 21 de outubro de 2011, que dispõe sobre a Política Nacional de 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 (ESF), propriamente ditas e de Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) nos estabelecimentos de saúde dos municípios.

A cidade de Ribeirão Preto conta com 48 estabelecimentos de atenção básica distribuídos pelos 5 distritos de saúde, das quais 5 são unidades básicas distritais de saúde das quais 4 com funcionamento 24 horas, 14 unidades de saúde da família com um total de 30 ESF e 18 unidades básicas tradicionais com 20 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 (maio/2013) para as Equipes de Saúde da Família (ESF) é da ordem de 13,9% e a cobertura populacional total com agentes comunitários de saúde – ESF e EACS é de 30,9%.

A meta de implantação da estratégia 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 a falta de profissionais formados para a atuação nesta estratégia, além da criação de cargos específicos, cujas primeiras medidas foram, por meio da Lei Complementar nº 2.378, de 23 de dezembro de 2009, a criação de cargos de Agentes Comunitários de Saúde e, por meio da Lei Complementar nº 2.448, de 18 de abril de 2011, a criação de cargos de médicos da Estratégia de Saúde da Família.

Em 2010, 19 ESF participaram do primeiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Ministério da Saúde, em que 07 obtiveram qualificação muito acima da média e 12 com qualificação acima da média.

Em 2013, 35 equipes da atenção básica (entre equipes de saúde da família, equipes da atenção básica que foram parametrizadas conforme instruções do Ministério da Saúde e equipes de saúde bucal) fizeram adesão ao programa, o que constitui a premissa da organização da atenção básica no município com os preceitos e diretrizes da estratégia saúde da família, com vistas à ampliação do número de equipes de saúde da família.

Nesta perspectiva, pretende-se reafirmar o apoio às equipes com o projeto pedagógico da educação permanente, 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, alcançando 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.

3.3.4 - Complexo Regulador

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

Em 22 de fevereiro de 2006, foi 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 estruturado por unidades de trabalho (centrais de regulação: central de consultas especializadas, central de regulação de procedimentos e exames de média e alta complexidade, central de regulação de cirurgias eletivas e central de regulação odontológica) necessariamente, interligadas entre si, permitindo assim a ordenação do fluxo de necessidade / resposta aos pacientes.

3.3.5 - Assistência Ambulatorial Especializada

- Exames de Análise e Patologia Clínica

A Secretaria Municipal da Saúde conta com um laboratório próprio, o Laboratório Municipal localizado na UBDS Castelo Branco que realiza os exames de sorologias do pré-natal (HIV, VDRL, HBSAg, Toxoplasmose), hepatites, hormônios e preventivos de câncer de colo de útero (Papanicolau) e mama atendendo aos diferentes programas e à Vigilância Epidemiológica.

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

Os exames relacionados aos agravos de notificação são realizados pelo Instituto Adolfo Lutz e a dosagem de anticorpos rábicos é realizada pelo Instituto Pasteur, ambos sob Gestão Estadual.

Os demais exames são realizados por serviços conveniados/ contratados pelo município, com monitoramento e avaliação pela Secretaria Municipal da Saúde.

- Diagnóstico por Imagem

A rede municipal de saúde oferece os seguintes exames, através de serviços próprios: Raios-x simples, Ultra-sonografia, ECG, EEG e Endoscopia Digestiva.

Os demais exames não ofertados na rede própria, bem como a demanda que os serviços próprios não conseguem absorver, são realizados nos serviços contratados e ou conveniados e também nos serviços Estaduais.

- Especialidades Odontológicas

O município organiza sua atenção odontológica especializada vinculada ao Complexo Regulador (Central de Regulação Odontológica) que organiza o acesso aos serviços e acompanha o usuário, segundo o Protocolo Clínico e de Regulação implantado na rede municipal de saúde.

O município mantém 01 (um) Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e 01 (um) Centro Odontológico Pediátrico (COP) que atende crianças menores de 6 anos, inclusive com realização de pequenas cirurgias e endodontia.

A Secretaria Municipal da Saúde mantém convênios com Universidades para complementação das necessidades de odontologia especializada e contrata serviços de próteses.

Há demanda reprimida no município principalmente nas áreas de endodontia (resolvida em uni e birradiculares), disfunção temporo-mandibular e próteses. Para as próteses removíveis e totais, o município credenciou laboratórios e criou serviços próprios e regionalizados, sendo o atendimento realizado na UBDS Vila Virgínia, CSE Sumarezinho e UBDS Norte.

- Consultas Especializadas

O município buscou ao longo do tempo disponibilizar em cada Distrito de Saúde as especialidades com maior demanda, visando facilitar o acesso aos usuários. Todas as Unidades Distritais (UBDS) contam com oferta de consultas especializadas, não homogêneas em todos os Distritos, atendendo as particularidades locais, bem como a disponibilidade de profissionais.

O Núcleo de Gestão Especializada (NGA-59) que é um serviço municipalizado, fruto da fusão de um centro de saúde estadual e um antigo PAM-I do INAMPS, congrega o maior número de especialidades, destacando-se também a oferta de atendimentos ligados às Práticas Integrativas e Complementares, no caso homeopatia e acupuntura.

O Posto de Atendimento Médico (PAM II), localizado no Distrito Central é a referência para a maioria das consultas especializadas infantis.

Entretanto a oferta de consultas especializadas não supre toda a necessidade do município, sendo necessário encaminhar parte desta demanda para os serviços contratados e ou conveniados e também para os serviços Estaduais, mesmo assim, há demanda reprimida para algumas especialidades: dermatologia, ortopedia, reumatologia, endocrinologia, dentre outras.

Nos Quadros 29,30 e 31 apresentamos as especialidades onde oferta e demandas não foram equacionadas:

Quadro 29 - Consulta em especialidades com demanda reprimida na rede municipal, 2012.

Especialidades	Guias Recebidas pelo Complexo	Oferta Rede	Oferta dos Prestadores Municipais	Oferta Total	Demanda Reprimida
Ortopedia **	15.601	7.796	4.293	12.089	7.768
Proctologia **	3.071	1.694	1.186	2.880	1.306
Urologia	6.578	4.921	480	5.401	1.234
Dermatologia	10.600	8.461	1.174	9.635	1.190
Reumatologia **	1.855	1.589	228	1.817	906
Nutrição **	1.540	987	572	1.559	843
Neurologia (adulto)	6.362	5.134	803	5.937	448
Cir Plástica	1.378	0	311	311	445
Endocrinologia *	2.678	2.907	666	3.573	237

Fonte: PMRP – SMS – Departamento de Informática Estatística Controle e Auditoria – Complexo Regulador

*Registro de entrada (guias recebidas) não é absoluto

** Demanda reprimida de anos anteriores 2011 – 2012

Quadro 30 – Consulta em especialidades com demandas reprimidas referenciadas ao HC, 2012.

Item	Especialidades - HC	Solicitados	Atendidos	Pendentes
01	Oftalmologia Retina Assistência (OPRA)	266	5	261
02	Cirurgia Plástica (CPL)	252	38	214
03	Ortopedia Joelho e Trauma da Pelve e Membro Inferior (OR5)	149	20	129
04	Ortopedia Membros Superior Mão e Micro Cirurgia Adulto (ORM)	114	2	112
05	Clínica da Dor (DOR)	106	5	101
06	Clínica Cirurgia Geral (CCG)	115	14	101
07	Neurologia Triagem (CN3)	242	143	99
08	Genética (GEN)	101	29	72
09	Cirurgia de Cabeça e Pescoço (CCP)	77	18	59
10	Urologia (URO)	59	0	59
11	Ortopedia Quadril Adulto (ORQ)	73	18	55
12	Esterilidade (EST)	74	19	55
13	Ginecologia Endoscopia Pélvica (AGEP)	69	21	48
14	Endocrinologia Adulto (ENA)	93	46	47
15	Mastologia Benigna (MAB)	59	23	36
16	Oftalmologia Glaucoma (OFGL)	48	13	35
17	Vascular Hiperhidrose (VHI)	33	0	33
18	Reumatologia Adulto (IMU3)	57	27	30
19	Infertilidade (IFE)	57	27	30
20	Ginecologia Dor Pélvica (AGDP)	46	18	28

21	Problemas de Crescimento e Desenvolvimento (PCD)	82	58	24
22	Cirurgia Bariátrica (CBA)	30	7	23
23	Oftalmologia Estrabismo (OF7)	29	7	22
24	Hemostasia (HST)	23	1	22
25	Alergia (ALE)	40	22	18
26	Proctologia (PRO)	31	14	17
27	Doenças Neuro Muscular (NEM)	36	19	17
28	Gastro Cirurgia (GAC)	44	27	17
29	Oftalmologia Neuro (OFN)	15	0	15
30	Ortopedia Membros Superior Mão e Micro Cirurgia Infantil	13	1	12
31	Nefrologia Adulto (NEA3)	15	3	12
32	Cirurgia Pediátrica (CP7)	14	2	12
33	Neuro Cirurgia Cabeça (NECA)	21	10	11
34	Ortopedia Coluna Adulto (OR3)	27	16	11
35	Oftalmologia Lente de Contato (OFLC)	10	1	9
36	Hemoglobinopatias (HMG)	9	0	9
37	Nutrologia (NUT)	14	5	9
38	Obesidade Infância/Adolescência (OIA)	29	20	9
39	Hematologia (HEM)	85	77	8
40	Urologia Infantil (URI)	13	6	7
41	Vascular (VAS)	70	63	7
42	Ortopedia Infantil (ORTI)	6	0	6
43	Ortopedia Coluna Infantil (ORCI)	13	7	6
44	Cirurgia Pediátrica (CP4)	5	0	5
45	Cirurgia Plástica Pós Bariátrica (CPPB)	7	2	5
46	Psiquiatria Infantil (PQI)	4	0	4

Fonte: PMRP - SMS - Departamento de Informática Estatística Controle e Auditoria – Complexo Regulador

Quadro 31 - Exames de média e alta complexidade com demandas reprimidas, 2012.

Exames e Procedimentos	Oferta Mensal	Demanda Reprimida
Gastroduodenoscopia	350	1.300
Colonoscopia	140	450
Ultrassonografia	2230	6700
Densitometria Óssea	HC*	1.388
Ressonância Magnética	170	379
Punção Guiada por ultrassom	45	118
Cintilografia de Miocárdio	60	81
Cintilografia óssea	HC*	140
Cintilografia de tireóide	HC*	48
Mapa	HC*	47
Eco Estresse	HC*	72
Eco Transesofágico	HC*	14
Fisioterapia	250	1848

Fonte: PMRP-SMS – Departamento de Informática Estatística Controle e Auditoria -Complexo Regulador

* HC – oferta não conhecida

Considerando a demanda encaminhada ao Complexo Regulador, ressaltamos que a mesma passa por regulação e que os casos definidos como prioridade segundo os protocolos são atendidos de acordo com a necessidade de cada caso.

- Ambulatórios de DST/Aids e Hepatites Virais:

Os Ambulatórios de DST/Aids e Hepatites Virais são unidades de referência com equipe multidisciplinar composta de médicos infectologistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, odontólogos e /ou outras especialidades. Têm por objetivo garantir melhor qualidade de vida às pessoas infectadas, promovendo o acesso a procedimentos diagnósticos, medicamentos e tratamento adequado. Apresentamos abaixo a relação destas unidades e respectivo Distrito:

- Distrito Central: *Centro de Referência em Especialidades Central “Maria da Conceição da Silva”;*

- Distrito Sul: *Centro de Referência “Dr. José Roberto Campi”;*

- Distrito Oeste: *Ambulatório DST/HIV/AIDS do CSE Cuiabá;*

- Distrito Norte: *Centro de Referência da UBS “Alexander Fleming”;*

- Distrito Leste: *Ambulatório DST/HIV/AIDS da UBDS Castelo Branco.*

Todas as unidades possuem o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) que realizam ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, com realização de testes para HIV, sífilis e hepatites B e C. No Centro de Referência em Especialidades Central é também ofertado o serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) que é um serviço alternativo à internação hospitalar que proporciona a redução da demanda e o tempo de duração das internações, trazendo o paciente para o seu lar, envolvendo a família em seus cuidados e proporcionando a humanização do atendimento.

Destaca-se também o trabalho desenvolvido junto a algumas ONG localizadas no município que trabalham na linha de prevenção das DST/Aids.

- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Regional (CEREST)

O CEREST “Prof. Dr Roberto Meirelles Salles” é uma unidade de Saúde Regional, cujo gestor é o município de Ribeirão Preto, voltada para o atendimento multidisciplinar da população trabalhadora de Ribeirão Preto e também para alguns municípios de abrangência do Departamento Regional de Saúde DRS XIII. Oferece atendimento especializado em saúde do trabalhador, orientações previdenciárias, assistência aos trabalhadores acometidos por doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho, investiga condições do ambiente de trabalho das empresas/indústrias e realiza orientação sobre proteção, prevenção e promoção da saúde do trabalhador.

- Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente (NADEF)

Atendimento ambulatorial interdisciplinar aos portadores de deficiência auditiva e/ou fissura lábio-palatal nas áreas de: pediatria, otorrinolaringologia, odontologia, enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia e serviço social.

- Atenção Psicossocial

Os serviços de atenção psicossocial encontram-se assim distribuídos:

- **03 (três) Unidades Especializadas** oferecem atendimentos de psiquiatria e psicologia, referenciados pelas unidades de saúde: UBDS Castelo Branco, CSE Sumarezinho e PAM II (psiquiatria infantil).

- **02 (dois) Ambulatórios:** *Ambulatório Regional de Saúde Mental “Dr Guido Hetem”* (serviço estadual municipalizado que oferece atendimento em Psiquiatria e Psicologia Clínica para pessoas a partir de 18 anos, sendo referência para os residentes dos Distritos Sul e Norte, mantendo ainda o atendimento para o município de Dumont) e *Ambulatório de Saúde Mental “Dr. Nelson Okano”* (atendimento ambulatorial em Psiquiatria para pessoas a partir de 18 anos, residentes no Distrito Central).

- **04 (quatro) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS):** *CAPS II “Prof. Dr. Cláudio Roberto C. Rodrigues”* (semi-internação); *CAPS III “Dr. André Santiago”*, *CAPS ad - Álcool e Drogas* e *CAPS infantil “Thalita Lima da Silva”*.

- **7 (sete) Residências Terapêuticas:** tipo I, sob gestão municipal. No município existem mais 11 residências tipo I que estão sob Gestão do Estado, totalizando 18 residências no município.

- **03 (três) serviços credenciados para tratamento de dependência química – Comunidade Terapêutica:** 02 (dois) deles destinados ao atendimento de crianças e adolescentes com até 17 anos com oferta de 60 vagas e 1 (um) para atendimento de adultos com oferta de 20 vagas.

- **01 (um) convênio, via edital do Ministério da Saúde, de Comunidade Terapêutica:** para usuários de crack e outras drogas, adulto do sexo masculino com oferta de 20 vagas.

- **01 (um) convênio com Casa de Acolhimento Transitório:** destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com até 17 anos para tratamento de dependência química com oferta de 12 vagas.

- **02 (duas) Unidades de Acolhimento:** 01 (uma) destinada ao atendimento de crianças e adolescentes com até 17 anos e 01 (uma) para atendimento de adultos, que estão em fase de estruturação.

Reforçando as ações para o combate da dependência química, o governo do Estado de São Paulo, implantou o Programa Recomeço, do qual destacamos o Cartão Recomeço, que é um benefício destinado à recuperação voluntária de dependentes químicos onde os recursos serão destinados diretamente às entidades credenciadas pelo Estado, sendo o município de Ribeirão Preto incluído na primeira etapa deste programa.

3.3.6 - Assistência Hospitalar

No município de Ribeirão Preto existem 15 unidades hospitalares, a saber:

Quadro 32 - Leitos hospitalares existentes no município de Ribeirão Preto, ano 2013.

Hospital	Total de Leitos	Leitos SUS	Leitos não SUS
Hospital das Clinicas FAEPA Ribeirão Preto	688	665	23
Hospital Estadual de Ribeirão Preto Dr Carlos Eduardo Martinelli	51	51	0
Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto	294	294	0
Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto Mater	46	46	0
Hospital Imaculada Conceição Ribeirão Preto	139	93	46
Santa Casa de Ribeirão Preto	217	136	80
Hospital Electro Bonini Ribeirão Preto	30	25	5
Hospital Santa Lydia Ribeirão Preto	74	45	29
Hospital São Francisco Ribeirão Preto	117	9	108
Hospital São Paulo Ribeirão Preto	66	0	66
Maternidade Sinhá Junqueira	65	0	65
Hospital São Lucas Ribeirão Preto	65	0	65
Hospital São Lucas Ribeirânia	52	0	52
HERP - Hospital Especializado de Ribeirão Preto	18	0	18
Total	1.922	1.364	557

Fonte: http://cnes.datasus.gov.br/lista_Es_Nome.asp?VTipo=0.

Dos leitos hospitalares existentes no município, 71 % 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, considerando a população estimada no ano 2013 de 649.556 habitantes, representaria a necessidade de 1.624 a 1.949 leitos. Dessa forma o número de leitos existentes supriria as necessidades do município, em seu parâmetro inferior, porém, há falta de 27 leitos para suprir o parâmetro superior.

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 em 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, 294 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 Transplante Renal, o Hospital Santa Lydia para Cuidados Intensivos em Neonatologia, Infantil e

Adulto, Pediatria, Clínica Médica e Traumato-Ortopedia, o Hospital Electro Bonini com leitos cirúrgicos 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.

Durante o ano de 2012 foram realizadas 1.081 cirurgias eletivas nas áreas de ortopedia e cirurgia geral. Entretanto desde 2008 contamos com uma demanda reprimida de 1.162 cirurgias, nessas áreas, aguardando liberação no Complexo Regulador aguardando a disponibilidade do prestador hospitalar. Cabe ressaltar que algumas cirurgias incluídas na demanda reprimida podem ter sido realizadas na urgência.

Há ainda uma necessidade de aprimorarmos os mecanismos de controle que permitam o pleno conhecimento daquilo que é liberado e tem o seu procedimento realizado.

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 - CR e passando o novo departamento a ser denominado: Departamento de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria;

- Promover o registro do CR no SCNES;

- Redimensionar a equipe do CR;

- Manter atualizado os protocolos de regulação existentes, elaborar e implementar os protocolos de exames e procedimentos regulados por este CR e

- Implementação do sistema de gerenciamento em saúde, avançando nas ferramentas de regulação e auditoria.

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 consequentemente programe ações que revolucionem, modifiquem e qualifiquem o SUS.

Atualmente com a implantação da regulação on line, o complexo ganha transparência e agilidade, sendo necessário garantir a continuidade do processo de informatização até que 100% das unidades prestadoras estejam agregadas ao sistema.

3.3.7 - Rede de Saúde Suplementar

No município de Ribeirão Preto existe uma rede suplementar de atenção em saúde com números expressivos de serviços (clínicas, consultórios, laboratórios, hospitais, etc.). Dados de dezembro de 2012 apontavam que 45% da população residente possuía plano de saúde com assistência médica.

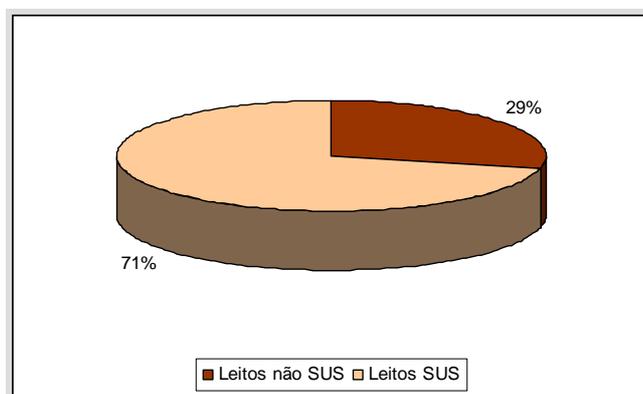
Quadro 33 - População beneficiária atendida pela rede suplementar com assistência médica, por sexo e faixa etária, residente em Ribeirão Preto, dezembro de 2012.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
Até 1 ano	1.307	1.201	2.508
1 a 4 anos	6.770	6.680	13.450
5 a 9 anos	7.611	7.449	15.060
10 a 14 anos	7.412	7.162	14.574
15 a 19 anos	8.280	8.676	16.956
20 a 24 anos	11.099	12.158	23.257
25 a 29 anos	14.015	16.237	30.252
30 a 34 anos	14.566	16.871	31.437
35 a 39 anos	11.230	12.860	24.090
40 a 44 anos	9.896	10.753	20.649
45 a 49 anos	9.032	9.990	19.022
50 a 54 anos	8.044	8.917	16.961
55 a 59 anos	6.509	7.662	14.171
60 a 64 anos	4.716	5.728	10.444
65 a 69 anos	3.315	4.581	7.896
70 a 74 anos	2.599	3.800	6.399
75 a 79 anos	1.902	3.004	4.906
80 anos ou mais	2.308	4.527	6.835
Inconsistente	1	0	1
Total	130.612	148.256	278.868

Fonte: Datasus

A rede hospitalar privada e conveniada conta com 5 Hospitais exclusivos para a rede suplementar, e encontra-se em construção mais 1 hospital no município.

Figura 16 - Distribuição de leitos hospitalares, Ribeirão Preto, 2012.



Fonte: http://cnes.datasus.gov.br/lista_Es_Nome.asp?VTipo=0. Acesso em: 23/07/2013

Entretanto, apesar do número de beneficiários da rede suplementar, muito destes também utilizam o SUS, com destaque para os serviços de imunização, assistência farmacêutica, assistência domiciliar, internações de alta complexidade como oncologia, terapia renal substitutiva, além dos processos judiciais para aquisição de órteses, próteses, meios de locomoção, medicamentos (não padronizados pela RENAME) e fraldas.

3.3.8 – Auditoria

O processo de mudanças das práticas de auditoria, na perspectiva da saúde coletiva, incorpora a avaliação da qualidade das ações de promoção, prevenção e assistência visando, especialmente, a redução de iniquidades, a garantia de direito de acesso e a eficiência das ações e serviços.

O compromisso da auditoria para o fortalecimento da gestão se estabelece na orientação ao gestor quanto à aplicação eficiente do orçamento da saúde, o qual objetiva a melhoria dos indicadores epidemiológicos e de bem estar social no acesso e na humanização dos serviços.

Compreendendo a importância da consolidação da relação com controle social, como forma de melhor cuidar da gestão do SUS, a auditoria deve realizar ações de cooperação técnica com conselho municipal, estadual e nacional de saúde e também com os gestores, nas três esferas de gestão.

O Departamento Nacional de Auditoria SUS estabelece como principais diretrizes:

- Capilaridade, descentralização e integração para garantir atuação em todo território nacional, com divisão de tarefas para cada esfera de gestão SUS;

- Integração com outros órgãos das estruturas gestoras do SUS, como planejamento, controle e avaliação, regulação e vigilância em saúde;

- Foco na qualidade de ações e serviços e nas pessoas, enfatizando a mensuração do impacto das ações em saúde, respectiva aplicação de recursos, qualidade de vida e satisfação do usuário.

O relatório é o produto final da auditoria, que deve ser claro e objetivo, considerando as funções elencadas: auditoria; regulação; controle; avaliação, fiscalização; inspeção, supervisão, consultoria, acompanhamento, perícia, ação preventiva e ação corretiva.

Tendo em vista as novas atribuições da Auditoria, provenientes do **Decreto nº 7.508/2011** e da **Lei Complementar nº 141/2012**, visando melhorar a gestão dos recursos públicos, a Divisão de Auditoria deve ser estruturada demandando:

- Organizar estrutura com equipe multiprofissional, infra-estrutura e logística que atendam as necessidades da demanda de trabalho;

- Contratação de assessoria jurídica pela Secretaria Municipal da Saúde que trabalhe com a auditoria, nas áreas de contratos e direito sanitário melhorando o relacionamento com prestadores de serviço, tribunal de contas, poder judiciário e usuário;
- Contratação de um contador especialista na área de auditoria financeira;
- Estruturar um corpo de auditoria que consiga auditar a rede assistencial própria e contratada;
- Sugerir ao núcleo de educação permanente que promova atualização e desenvolvimento de novos métodos de trabalho relacionado às novas atribuições da auditoria;
- Criar um plano de carreira, cargos e funções na auditoria.

3.3.9 - Atenção às Urgências

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Regional de Ribeirão Preto compreende hoje setores como: Pronto Atendimento (Unidade Básica e Distrital de Saúde - UBDS e Unidade de Pronto Atendimento - UPA), Transporte Sanitário, Central de Regulação Médica Primária e Secundária, Núcleo de Urgência e Emergência (NEU), Serviço Avaliação do Usuário (SAU) e o SAMU propriamente dito. Como forma de agregar todos estes serviços objetivamos a criação do Departamento de Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde.

- **Pronto Atendimento:** serviço de pronto atendimento em urgência e emergência distribuídas nas 04 UBDS e 01 UPA que visam o atendimento inicial e estabilização aos agravos agudos ou crônicos descompensados;

- **Transporte Sanitário:** serviço de remoção e transporte de pacientes em seguimento de hemodiálise, quimio/radioterapia, tratamento de feridas crônicas, fisioterapia e alta hospitalar;

- **Central de Regulação Médica Regional:** é um sistema de acolhimento e análise das solicitações de atendimento pré-hospitalar, efetuado por uma equipe médica com o propósito de avaliar, distribuir e monitorar o socorro de forma efetiva, com recursos apropriados, de acordo com um interrogatório sistematizado. Funciona 24h diariamente, setorizado em Regulação Primária e Regulação Secundária:

- **Regulação Primária:** análise da solicitação de atendimento de urgência em domicílio, estabelecimentos ou via pública definindo o recurso necessário, ou seja, orientação ou despacho de ambulância tipo A, USB (Unidade de Suporte Básico) ou USA (Unidade de Suporte Avançado).

- **Regulação Secundária:** análise da solicitação de avaliação médica ou laboratorial de urgência após atendimento em unidade pré-hospitalar, definindo o recurso necessário.

- **NEU:** setor didático com o objetivo de ensinar, treinar e capacitar os profissionais que trabalham diretamente com urgências e emergências médicas. Compreende também o SAMUZINHO que é um projeto social direcionado as crianças na faixa escolar cujo objetivo é contribuir para a melhoria da cidadania, responsabilidade social e atendimento às urgências.

- **SAU:** serviço de verificação e avaliação da satisfação e melhorias nos atendimentos oferecidos pelo SAMU realizados através de questionários via contato telefônico;
- **SAMU Regional:** serviço de atendimento móvel pré-hospitalar em urgências e emergências médica que conta atualmente com 14 Unidades de Suporte Básico (USB) e 02 Unidades de Suporte Avançado (USA) no período diurno e 11 USB e 01 USA no período noturno para a cidade de Ribeirão Preto e 25 USB e 02 USA para as cidades compreendidas pelo DRS XIII.

3.3.10 - Vigilância em Saúde

De acordo com a Portaria MS nº 3252 de 22 de dezembro de 2009, a Vigilância em Saúde tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde. Constitui-se de ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde.

Considerando o conceito abrangente da vigilância em saúde, o processo de descentralização e regionalização é fundamental, bem como trabalhar os conceitos de risco e de vulnerabilidade e promover a democratização da definição de prioridades e estratégias de intervenção, monitoramento e avaliação das ações.

Em um contexto socioeconômico diverso e complexo, com altas taxas de morbidade e de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, a emergência de novas doenças, o crescimento da violência e dos acidentes de transporte e o envelhecimento da população, torna-se imperioso repensar a organização das ações e dos serviços de saúde, associando promoção, vigilância e atenção à saúde no dia a dia de todos os atores do sistema, especialmente dos tomadores de decisão. Diante desse quadro, as ações de Vigilância em Saúde vêm passando por profunda reorganização normativa e operacional para adequar-se aos princípios e diretrizes constitucionais do SUS de descentralização e integralidade, bem como adequar-se às necessidades de saúde da população.

No município de Ribeirão Preto, no ano de 2006, a Vigilância em Saúde iniciou o processo de distritalização das ações de promoção da saúde, prevenção e controle dos agravos, reforçando as equipes da Divisão de Vigilância Epidemiológica, que já atuavam nos Distritos de Saúde do município, com os técnicos da Divisão de Controle de Vetores e Animais Peçonhentos. A principal diretriz desse processo foi a aproximação das ações e equipes da vigilância em saúde com a atenção básica.

Dando continuidade a esse processo está prevista a distritalização da Divisão de Vigilância Sanitária e da Divisão de Controle de Zoonoses, quando for possível a contratação de técnicos e fiscais sanitários.

Considerando este processo de reorganização, as equipes do DEVISA realizaram o estudo dos **“Fatores de Risco Relacionados à Saúde da População Residente na Zona Urbana de Ribeirão Preto/SP”** entre os anos de 2008 e 2011, que teve como objetivo detectar alguns fatores de risco de natureza ambiental, infraestrutural, sanitária e social, cuja análise contribuiria para o diagnóstico e o planejamento de intervenções em saúde.

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas com a população residente nos imóveis cadastrados no IPTU, nos cinco Distritos de Saúde do município de Ribeirão Preto. O levantamento foi realizado em imóveis residenciais, comerciais, industriais e de serviços e pela observação de praças, parques e terrenos. As informações oriundas da consolidação dos dados foram analisadas e georreferenciadas, possibilitando às equipes o acesso a informações para o planejamento estratégico das ações a serem desenvolvidas nos Distritos de Saúde e na zona urbana de Ribeirão Preto.

As informações obtidas deste estudo apresentam limitações por não abrangerem o universo da população e dos imóveis não cadastrados no IPTU e também a população residente em comunidades, as quais estão presumivelmente submetidas a maiores situações de risco. Mesmo assim, as informações referem-se a uma parte importante da cidade e os resultados deste estudo podem contribuir para melhorar o conhecimento de algumas especificidades do território de cada Distrito de Saúde e do município como um todo, fornecendo subsídios para implementar o planejamento das ações de atendimento, prevenção e promoção da saúde.

O referido estudo está disponível na página da Secretaria Municipal da Saúde (<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaudef/vigilancia/vigep/fatores-risco.pdf>).

Tendo como referência os resultados do estudo, o processo de consolidação do SUS e a qualificação das ações de saúde, o Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento tem como diretrizes de trabalho:

- I.** Manter as ações de prevenção, vigilância e controle de endemias e epidemias;

- II.** Evitar a ocorrência de óbitos por dengue, prevenir e controlar processos epidêmicos, por meio da:
 - a)** Organização das ações de prevenção e controle da Dengue;
 - b)** Definição de estratégias para redução da força de transmissão da doença, por meio do controle do vetor e seus criadouros;
 - c)** Capacitação dos profissionais de saúde e dos gestores;
 - d)** Sistematização das atividades de mobilização e de comunicação;

e) Fortalecimento da articulação das diferentes áreas e serviços, visando a integralidade das ações para o enfrentamento da dengue e demais doenças e agravos à saúde;

f) Fortalecimento das ações de articulação intersetorial em todas as esferas de gestão.

III. Realizar o diagnóstico situacional e promover, em articulação com a atenção básica, ações para a prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) na população de Ribeirão Preto – SP, a saber:

III.1 Prevenção de Acidentes e Violências e Estímulo à Cultura da Paz:

a) Digitar, investigar e analisar as Declarações de Óbitos por acidentes de trânsito/transporte para aprimoramento do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM);

b) Integrar inter e intra setorialmente com órgãos e instituições que atuam em áreas afins;

c) Reforçar a integração com órgãos e entidades de atendimento em casos de violência, bem como Conselhos Tutelares, APAE e SEMAS (Secretaria Municipal de Assistência Social), para melhorar as notificações oriundas destas entidades;

d) Desenvolver parceria com programas específicos da Secretaria Municipal da Saúde, como NADEF (Núcleo de Assistência à Pessoa com Deficiência), Programa de Assistência ao Portador de Necessidades Especiais e Atenção Básica e outros parceiros como: APAE e SEMAS (Secretaria Municipal de Assistência Social), para estabelecimento de fluxo de atendimento às crianças e adolescentes portadores de necessidades especiais e vítimas de violência;

e) Manter programas educativos, campanhas, projetos e eventos;

Disponibilizar os dados sobre acidentes de trânsito e violências no site da Secretaria Municipal da Saúde.

III.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis: O objetivo é conhecer a prevalência e propor ações, em parceria com a atenção básica, para a prevenção e o controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e promoção da saúde da população de Ribeirão Preto – SP, por meio do desenvolvimento das seguintes ações:

a) Compor um colegiado multidisciplinar para conhecer a magnitude das DCNT e propor ações de prevenção e promoção da saúde, com representantes dos programas de diabetes e hipertensão, saúde da mulher, atividade física, saúde da criança e do adolescente, alimentação e nutrição, tabagismo, saúde mental; além de representantes do DACA, Central de Regulação, Divisões Médica, de Enfermagem e Vigilância Epidemiológica e serviço de atenção domiciliar;

b) Estimular a alimentação dos sistemas de informação do Ministério da Saúde que disponibilizam dados referentes ao perfil de saúde da população (SIM, SINASC, Hiperdia, SISCOLO, SINAN, AIH e APAC);

c) Consolidar e analisar dados provenientes dos Sistemas de Informação de Vigilância em Saúde em articulação com os demais Sistemas;

d) Divulgar as equipes das unidades de saúde os dados analisados por meio de boletim e/ou outros meios de comunicação;

e) Construir um inquérito epidemiológico de prevalência de álcool e outras drogas psicoativas na população de Ribeirão Preto.

IV Reduzir o número de óbitos pelas cepas do vírus influenza preveníveis por vacina nos grupos de pessoas com maior risco de complicação pela doença.

V Estruturar a Unidade de Vigilância de Zoonoses (UVZ) no município de Ribeirão Preto, por meio das ações abaixo:

V.1 Definição e adequação da estrutura organizacional da UVZ em relação às equipes multidisciplinares envolvidas nos processos de trabalhos já existentes;

V.2 Adequação da área física do atual CCZ para as necessidades do novo modelo da UVZ.

V.3 Definição de ações voltadas para a vigilância e o controle de zoonoses, doenças de transmissão vetorial e agravos causados por animais peçonhentos.

- **Roedores:**

- Manejo e controle de roedores;
- Ações estratégicas de educação em saúde;
- Levantamento e análise da situação local;
- Intervenções ambientais (inclusive química).

- **Animais Zoorrelevantes:**

- Recolhimento e/ou apreensão, quando indicado;
- Controle reprodutivo de cães e gatos, quando indicado;
- Registro de animais atendidos na UVZ, por meio de implantação de microchips;
- Guarda responsável;
- Programa de doação o de animais;
- Investigação epidemiológica e laboratorial;
- Eutanásia de animais, quando indicado;
- Vacinação anti-rábica;
- Educação em saúde.

- **Pragas Urbanas inseridas no contexto de animais zoorrelevantes**

- Quirópteros:**

- Recolhimento dos casos notificados em situação suspeita;
 - Identificação;
 - Investigação epidemiológica;
 - Educação em saúde ambiental.

Animais Peçonhentos:

- Atendimento à notificação de acidente e encontro de animais peçonhentos;
- Identificação;
- Análise ambiental;
- Orientação educativa sobre medidas de controle.

Vetores, Reservatórios e Hospedeiros

- Atendimento de notificações;
- Coleta;
- Identificação;
- Controle químico e mecânico;
- Orientação educativa sobre medidas de controle.

Educação em Saúde: A ser desenvolvida junto às instituições de ensino, comunidade, empresa, ONG, entre outros.

VI. Fortalecer as ações educativas para prevenção junto aos setores regulados.

3.3.11 - 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 o 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, com o objetivo de propiciar o acesso, a segurança e o uso racional dos medicamentos.

Pensar sobre a integralidade das ações e serviços de saúde também significa pensar sobre as ações e serviços de assistência farmacêutica. Considerando que a maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos e que este uso pode ser determinante para a obtenção de melhor resultado, é imperativo que a assistência farmacêutica seja vista sob ótica integral.

Não é suficiente considerar que se está oferecendo atenção integral à saúde quando a assistência farmacêutica é reduzida à logística de medicamentos (adquirir, armazenar e distribuir). É preciso agregar valor às ações e aos serviços de saúde, por meio do desenvolvimento da assistência farmacêutica. Para tanto é necessário integrar a assistência farmacêutica ao sistema de saúde; ter trabalhadores qualificados; selecionar os medicamentos mais seguros, eficazes e custo-efetivo; programar adequadamente as aquisições; adquirir a quantidade certa e no momento oportuno; armazenar, distribuir e transportar adequadamente para garantir a manutenção da qualidade do produto farmacêutico; gerenciar os estoques; disponibilizar protocolos e diretrizes de tratamento, além de formulário terapêutico; prescrever racionalmente; dispensar (ou seja, entregar

o medicamento ao usuário com orientação do uso); e monitorar o surgimento de reações adversas, entre tantas outras ações.

Para garantia do acesso consideramos a organização e qualificação dos serviços e o desenvolvimento profissional como fatores determinantes. O acesso envolve várias dimensões, entre as quais destacamos: estrutura, capacidade aquisitiva, acessibilidade geográfica, qualificação de serviços e de pessoal, utilização adequada dos recursos e promoção do uso racional. A organização da assistência farmacêutica nos moldes citados demanda recursos financeiros que são escassos para o SUS como um todo. Surge aí a necessidade de otimizar o uso dos recursos (financeiros, humanos, etc.) que dispomos e, para tanto, o planejamento é fundamental para pensar a realidade e agir sobre ela.

As normas de financiamento e de execução do Componente Básico do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, como parte da Política Nacional de Assistência Farmacêutica do SUS, são regulamentadas pela Portaria nº 4.217/GM/MS, de 28 de dezembro de 2010. O Elenco de Referência Nacional, composto por medicamentos integrantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME 2010), destina-se a atender aos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica, sendo responsabilidade das três esferas de gestão o financiamento destes medicamentos, devendo ser aplicados os seguintes valores mínimos:

I - União: **R\$ 5,10** por habitante/ano;

II - Estados e Distrito Federal: **R\$ 1,86** por habitante/ano; e

III - Municípios: **R\$ 1,86** por habitante/ano,

Totalizando: **R\$ 8,82** por habitante/ano.

Em 2012, o gasto com a assistência farmacêutica básica foi de R\$ 18,74 por habitante, sendo o financiamento municipal R\$ 9,92 por habitante (cerca de 500% do pactuado).

Os estados e os municípios são responsáveis pelo financiamento dos insumos complementares tiras reagentes, lancetas e seringas com agulha acoplada, definidos pela Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, destinados aos usuários em uso de insulina, cujo valor a ser aplicado por cada uma dessas esferas de gestão é de R\$ 0,50 por habitante/ano. O Ministério da Saúde financia ainda, com recursos distintos dos valores indicados as Insulinas Humana NPH 100 UI/mL e Regular 100 UI/mL e os medicamentos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher.

A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) disponibiliza mais de 350 itens, que são distribuídos nas 38 farmácias da Secretaria Municipal da Saúde SMS), as quais atendem mensalmente cerca de 160.000 pessoas. O Programa do Automonitoramento da Glicemia Capilar também é gerenciado pela equipe de farmacêuticos da SMS, garantindo aos pacientes diabéticos o atendimento e o acompanhamento farmacoterapêutico, e quando em insulino terapia

são fornecidos todos os insumos necessários para o automonitoramento da glicemia. Atualmente, 5.000 pacientes já são beneficiados com este programa.

Com objetivo de qualificar o acesso e humanizar o atendimento, a Divisão de Farmácia implantou novos modelos de dispensação de medicamentos, sendo um dos pilares a reestruturação da área física das farmácias. As novas farmácias reduziram as barreiras físicas do atendimento, estreitando o vínculo entre o profissional e o usuário, proporcionando conforto e privacidade. O novo modelo já está implantado em cerca de 50% das farmácias, sendo que as novas unidades em construção já estão planejadas dentro desta proposta.

As farmácias são informatizadas, com dados interligados e novos mecanismos de gestão, possibilitando o acesso de toda equipe responsável pelo cuidado do paciente às informações referentes ao uso dos medicamentos.

Todas as farmácias da rede (UBS, UBDS e ambulatórios especializados) têm farmacêuticos, estando pactuado com o Conselho Regional de Farmácia que até 2017 todas estas farmácias terão a assistência do profissional farmacêutico durante o período integral de funcionamento.

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 2.000 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 ou adequação de novas instalações e ampliação deste serviço. Desta forma, esta nova situação vai ao encontro dos objetivos da Portaria MS/GM nº 971, de 3 de maio de 2006, na qual foi aprovada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS 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.

3.3.12 - Produção de Serviços

O Quadro 34 apresenta a produção realizada nos últimos 4 anos na rede municipal de saúde:

Quadro 34 – Produção de atendimentos realizados na rede municipal própria, Ribeirão Preto, 2008 a 2012.

Descrição	Nº de Atendimentos Realizados/Ano				
	2008	2009	2010	2011	2012
Consultas Médicas na Atenção Básica	616.340	629.527	624.123	646.044	611.801
Consulta Médicas no Pronto Atendimento	660.488	732.407	779.340	798.406	774.699
Consultas Médicas Especializadas	207.895	231.264	237.818	235.603	228.632
Consultas de Odontologia	130.212	121.141	140.083	144.833	134.707
Consulta Plantão de Odontologia	13.375	15.264	14.307	14.320	18.423
Consulta Profissionais de Nível Superior (exceto médico e dentista)	169.368	178.167	170.390	184.834	222.872
Atendimentos de técnicos e auxiliares de enfermagem	441.225	733.013	723.650	734.279	871.820
Atendimentos da assistência farmacêutica	3.196.288	3.666.613	3.975.873	4.219.790	4.471.612

Fonte: PMRP-SMS – Departamento de Informática Estatística Controle e Auditoria – Divisão de Informática e Estatística Vital – Sistema Hygia Web

- Imunização

Das 45 unidades que compõem a rede de Atenção Básica do município, apenas 12 delas (26,7%) não contam com sala de imunização própria, sendo a população referenciada para os serviços mais próximos. Apresentamos no Quadro 35 as coberturas vacinais dos últimos 5 anos:

Quadro 35 - Cobertura vacinal, Ribeirão Preto, 2008 a 2012.

Vacina	2008		2009		2010		2011		2012	
	Doses	Cob.	Doses	Cob.	Doses	Cob.	Doses	Cob.	Doses	Cob.
BCG	7.786	110,68	8.002	117,76	8.191	111,67	8.246	111,01	8.305	110,47
HEPATITE B	6.596	93,76	7.420	109,20	7.036	95,92	7.596	102,26	7.328	97,47
ROTA VIRUS	6.345	90,19	6.803	100,12	6.810	92,84	7.053	94,95	7.229	96,16
PNEUMO 10	-	-	-	-	4.329	59,02	6.745	90,81	7.334	97,55
MENINGO C	915	13,01	1.081	15,91	996	13,58	10.014	134,81	7.990	106,28
POLIO + SALK + PENTA	6.596	93,76	7.466	109,87	7.219	98,42	7.596	102,26	7.526	100,11
TETRA + DPaT + PENTA	6.659	94,66	7.444	109,55	7.257	98,94	7.641	102,87	7.379	98,15
FEBRE AMARELA	6.506	92,48	7.124	104,84	6.902	94,10	7.391	99,50	7.185	95,57

Fonte: PMRP – SMS – Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento – Programa de Imunizações – doses: API e Pop. < 1 ano estimativas do IBGE

- Procedimentos de Média Complexidade Ambulatorial

Os procedimentos de média complexidade ambulatorial, realizado por todos os prestadores (municipal, estadual, conveniados e contratados) para municípios de Ribeirão Preto e também para os de outras localidades, no período de 5 anos (2008 a 2012), apresentou um aumento de 2.298.174 procedimentos quando comparado a produção do ano 2008 com a produção do ano 2012. O Quadro 36 apresenta aos procedimentos por subgrupo deste período:

Quadro 36 - Frequência de procedimentos ambulatoriais de média complexidade da rede SUS segundo subgrupo realizados em Ribeirão Preto, 2008 a 2012.

Procedimentos por Subgrupo	2008	2009	2010	2011	2012
Ações coletivas/individuais em saúde	13.674	10.860	13.137	14.003	14.885
Coleta de material	5.385	5.724	4.996	3.602	4.541
Diagnóstico em laboratório clínico	2.703.552	2.957.527	3.039.280	3.183.962	3.456.697
Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	107.228	98.159	106.437	93.160	91.071
Diagnóstico por radiologia	158.525	300.324	314.687	343.268	321.666
Diagnóstico por ultra-sonografia	71.199	78.384	78.068	71.225	69.239
Diagnóstico por endoscopia	12.802	15.131	18.138	17.218	17.918
Métodos diagnósticos em especialidades	167.711	167.777	170.653	192.706	190.492
Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	220.341	246.812	327.595	314.844	306.289
Diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental	692	759	656	303	440
Diagnóstico por teste rápido	1.251	1.746	1.771	1.485	1.096
Consultas / Atendimento / Acompanhamentos	1.165.161	1.386.776	1.881.791	2.381.238	2.378.080
Fisioterapia.	91.012	102.370	96.059	105.896	105.476
Tratamentos clínicos (outras especialidades)	14.786	12.620	10.992	12.589	14.279
Hemoterapia.	142.938	148.528	203.883	205.103	195.361
Tratamentos odontológicos	28.234	32.808	40.249	40.479	34.685
Terapias especializadas	2.856	3.819	3.289	3.489	2.293
Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa.	25.584	29.781	29.041	24.293	21.964
Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	11	111	32	40	106
Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço.	9.934	8.994	9.179	4.188	5.091
Cirurgia do aparelho da visão	6.349	6.340	6.188	6.340	6.280
Cirurgia do aparelho circulatório	1.385	1.514	1.576	1.742	663
Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	1.193	896	1.168	642	1.081
Cirurgia do sistema osteomuscular	1.113	1.103	925	742	873
Cirurgia do aparelho geniturinário	519	884	868	423	619
Cirurgia de mama	21	48	15	4	24
Cirurgia obstétrica	1	0	0	6	0
Cirurgia torácica	125	175	178	124	95
Cirurgia reparadora	828	830	718	512	442

Bucomaxilofacial	2.045	3.472	4.270	2.995	2.203
Outras cirurgias	115	144	384	224	73
Anestesiologia	780	3.068	3.099	2.196	2.676
Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante.	3.389	3.930	4.226	2.682	3.285
Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante	406	311	296	240	270
Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante	4.451	4.800	4.812	3.686	5.352
Órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico.	872	0	0	0	38
Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico.	1	0	0	0	0
Total	4.966.469	5.636.525	6.378.656	7.035.649	7.255.643

Fonte: SIA Ministério da Saúde/DATASUS (Tabwin).

- Procedimentos da Alta Complexidade Ambulatorial

Em relação aos procedimentos de alta complexidade ambulatorial realizado por todos os prestadores (municipal, estadual, conveniados e contratados), para municípios de Ribeirão Preto e também para os de outras localidades, no período de 5 anos (2008 a 2012), houve um aumento de 99.559 procedimentos quando comparado a produção do ano 2008 com a produção do ano 2012, conforme apresentado no Quadro 37:

Quadro 37 - Frequência de procedimento ambulatoriais de alta complexidade da rede SUS segundo subgrupo, realizados em Ribeirão Preto, 2008 a 2012.

Procedimentos por Subgrupo	2008	2009	2010	2011	2012
Coleta de material	1.548	1.923	1.946	2.361	2.196
Diagnóstico em laboratório clínico	18.949	21.144	21.486	21.743	23.710
Diagnóstico por radiologia	3.129	3.008	2.899	4.515	3.859
Diagnóstico por ultra-sonografia	2.634	335	409	281	419
Diagnóstico por tomografia	15.916	17.966	20.287	26.406	28.284
Diagnóstico por ressonância magnética	8.193	9.477	14.067	15.364	14.428
Diagnóstico por medicina nuclear in vivo	4.685	4.749	5.151	5.000	4.282
Diagnóstico por endoscopia	20	22	14	6	3
Diagnóstico por radiologia intervencionista	1.271	1.468	1.929	1.874	1.411
Métodos diagnósticos em especialidades	2.173	2.582	2.554	3.016	3.458
Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	52.001	50.130	50.541	54.343	54.138
Consultas / Atendimento / Acompanhamentos	1.785	2.589	7.964	8.503	8.991
Tratamentos clínicos (outras especialidades)	80	67	80	95	78
Tratamento em oncologia	83.437	101.444	113.824	110.149	129.766
Tratamento em nefrologia	78.544	77.871	72.058	74.731	78.943
Hemoterapia	1.094	1.069	1.421	1.937	2.706
Tratamentos odontológicos	46	44	74	194	277

Terapias especializadas	2.268	1.726	1.624	1.003	1.353
Cirurgia do aparelho da visão	898	2.030	2.392	2.031	2.422
Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal.	1	0	20	89	56
Cirurgia do aparelho geniturinário	0	0	1	0	1
Cirurgia reparadora	18	70	71	17	28
Outras cirurgias	4	0	0	0	0
Cirurgia em nefrologia	860	839	844	972	1.031
Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante.	23.212	28.872	39.280	50.176	42.332
Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante	552	592	567	478	539
Processamento de tecidos para transplante	4.459	3.668	3.560	1.609	3.032
Transplante de órgãos, tecidos e células.	0	13	5	9	3
Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico.	410	0	0	0	0
Total	308.187	333.698	365.068	386.902	407.746

Fonte: SIA Ministério da Saúde/DATASUS (Tabwin)

- Internações Hospitalares

Das internações SUS ocorridas no município de Ribeirão Preto, cerca de 66% destas foram em hospitais públicos estaduais e 34% em hospitais contratados pelo município. Apresentamos a seguir os dados referentes às internações ocorridas no município de Ribeirão Preto, no período de 2008 a 2012, com destaque para o não lançamento das internações realizadas na MATER a partir do ano 2008, o que prejudica a totalização das internações do município.

Quadro 38 - Frequência de internações do SUS segundo prestador, ocorridas em Ribeirão Preto, 2008 a 2012.

Hospitais	Gestão	2008	2009	2010	2011	2012
Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto	Estadual	1.047	874	883	830	841
Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto Mater	Estadual	2.140	609	0	0	0
Hospital São Francisco Ribeirão Preto	Municipal	81	39	12	1	4
Hospital Imaculada Conceição Ribeirão Preto	Municipal	9.124	8.308	9.056	8.588	7.824
Hospital Santa Lydia Ribeirão Preto	Municipal	160	164	249	1.273	2.124
Hospital das Clinicas FAEPA Ribeirão Preto	Estadual	32.046	33.075	36.308	34.187	34.238
Santa Casa de Ribeirão Preto	Municipal	7.801	7.953	9.649	9.438	9.837
Hospital Electro Bonini Ribeirão Preto	Municipal	896	784	710	628	468
Hospital Estadual de Ribeirão Preto Dr Carlos Eduardo Martinelli	Estadual	1.892	3.575	5.248	5.343	4.800
Total		55.187	55.381	62.115	60.288	60.136

Fonte: SIH Ministério da Saúde/DATASUS (Tabwin).

Quadro 39 - Frequência de internações SUS segundo procedência, ocorridas em Ribeirão Preto, 2008 a 2012.

Procedência	2008	2009	2010	2011	2012
DRS 13 - Ribeirão Preto	47.776	46.635	52.200	51.554	51.142
Outras DRS - SP	5.837	7.088	8.060	7.063	7.238
Outros Estados	1.574	1.658	1.855	1.671	1.756
Total	55.187	55.381	62.115	60.288	60.136

Fonte: SIH Ministério da Saúde/DATASUS (Tabwin).

Quadro 40 - Frequência de internações SUS segundo municípios de procedência do DRS 13, ocorridas em Ribeirão Preto, 2008 a 2012.

Municípios do DRS 13	2008	2009	2010	2011	2012
Altinópolis	553	553	733	661	631
Barrinha	852	797	998	847	886
Batatais	897	967	1.135	1.139	1.313
Brodoswki	953	942	921	971	1.094
Cajuru	540	496	640	641	639
Cássia dos Coqueiros	192	171	213	220	187
Cravinhos	1.418	1.417	1.421	1.274	1.282
Dumont	271	301	331	253	287
Guariba	467	584	837	663	684
Guatapar	397	384	494	407	403
Jaboticabal	847	864	961	979	981
Jardinópolis	1.254	1.288	1.583	1.532	1.639
Luís Antônio	486	407	501	415	452
Monte Alto	454	465	579	536	472
Pitangueiras	372	450	519	588	580
Pontal	598	604	652	694	600
Pradópolis	481	475	490	525	445
Ribeirão Preto	32.409	31.109	33.781	34.304	33.495
Santa Cruz da Esperança	32	40	48	44	55
Santa Rita do Passa Quatro	275	290	428	381	366
Santa Rosa de Viterbo	607	590	812	784	716
Santo Antônio da Alegria	247	298	367	329	318
São Simão	567	437	510	420	486
Serra Azul	455	413	504	437	438
Serrana	977	1.025	1.318	1.218	1.231
Sertãozinho	1.175	1.268	1.424	1.292	1.462
Total	47.776	46.635	52.200	51.554	51.142

Fonte: SIH Ministério da Saúde/DATASUS (Tabwin).

3.4 - Gestão em Saúde

A gestão do SUS configura-se em um desafio constante para o gestor municipal, e em Ribeirão Preto a situação não é diferente, devido principalmente à condição de “Pólo de Saúde” e da coexistência de serviços gerenciados pelo Município e serviços gerenciados pelo Estado que geram alguns conflitos.

A desigualdade no tamanho dos municípios e as ofertas de serviços de saúde quando comparados com Ribeirão Preto ressaltam ainda mais as dificuldades encontradas, principalmente em ações da média e alta complexidade. O aumento da necessidade dos serviços de saúde no município pólo sem adequação do repasse financeiro, oneram o sistema público de atendimento e engrossam as filas de espera. Inúmeras tentativas são desenvolvidas para sanar tal questão, sendo que o advento do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) surge como um novo instrumento organizador do sistema.

O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) consiste de instrumento firmado entre os municípios visando à organização, colaboração e pactuação de ações e serviços de saúde, sempre partindo de um diagnóstico realizado pelos entes envolvendo: serviços e recursos financeiros, indicadores e metas, critérios de avaliação de desempenho de forma a possibilitar o seu monitoramento e execução, sempre tendo como finalidade a garantia da integralidade da assistência à saúde e, não esquecendo do princípio da solidariedade e partilha de responsabilidades.

Desta forma, esta nova ferramenta vem trazer a esperança e expectativa de uma melhora na pactuação entre os municípios.

Destaca-se também o início da implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010). O objetivo geral de implantação das RAS é assegurar ao usuário do Sistema Único de Saúde o conjunto de ações e serviços de que necessita de forma efetiva, contínua, integral e humanizada. Dentre as redes temáticas prioritárias em nossa região já foram constituídas as redes de atenção materno infantil, a de urgência e emergência, está em fase de aprovação pelo Ministério da Saúde a rede de atenção à pessoa com deficiência e em fase de elaboração do plano regional a rede de atenção psicossocial.

A gestão de saúde municipal mantém a prioridade de garantir as ações e serviços da atenção básica de qualidade a todos os municípios, com ênfase na saúde da família, através da contratação de profissionais, ampliação/reforma das unidades de saúde, construção de novas unidades e educação permanente aos profissionais que atuam nesta área.

Outro ponto de atenção do gestor, diz respeito ao atual organograma da Secretaria Municipal da Saúde, datado de 1999, que necessita ser revisto e atualizado de acordo com as novas linhas administrativas adotadas por esta Secretaria.

O setor Saúde tende ao crescimento tanto na oferta de serviços, quanto na ampliação dos recursos humanos e rede física, bem como sua adequação. O desafio que se impõe é alinhar este crescimento com os recursos financeiros, uma vez que Ribeirão Preto, a exemplo de outros municípios, vem aplicando em torno de 25% em saúde, havendo necessidade de novas pactuações bipartite e tripartite para garantir a participação Estadual e Federal.

Nos últimos tempos, as ações judiciais no setor Saúde vêm contribuindo para o desequilíbrio orçamentário, mesmo existindo a partilha da despesa com o Estado. Por exemplo, um gasto extremamente polêmico é o realizado com despesas para aquisição e distribuição de fraldas, inclusive a logística para o armazenamento e distribuição de materiais, medicamentos, etc. Estas demandas sobrecarregam o orçamento já restrito, diminuindo os recursos para novos investimentos que se façam necessários.

3.4.1 - Organograma da Secretaria Municipal da Saúde

A organização administrativa da Secretaria Municipal da Saúde está definida pela Lei Complementar nº 826 de 22 de Janeiro de 1999:

Art. 19 - A Secretaria da Saúde fica constituída dos seguintes órgãos:

I – Gabinete do Secretário

II – Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento:

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

III – Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas:

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

IV – Departamento de Informática, Estatística, Controle e Auditoria:

1. Divisão de Avaliação, Controle e Auditoria
2. Divisão de Informática e Estatística Vital

V – Departamento Administrativo e Financeiro:

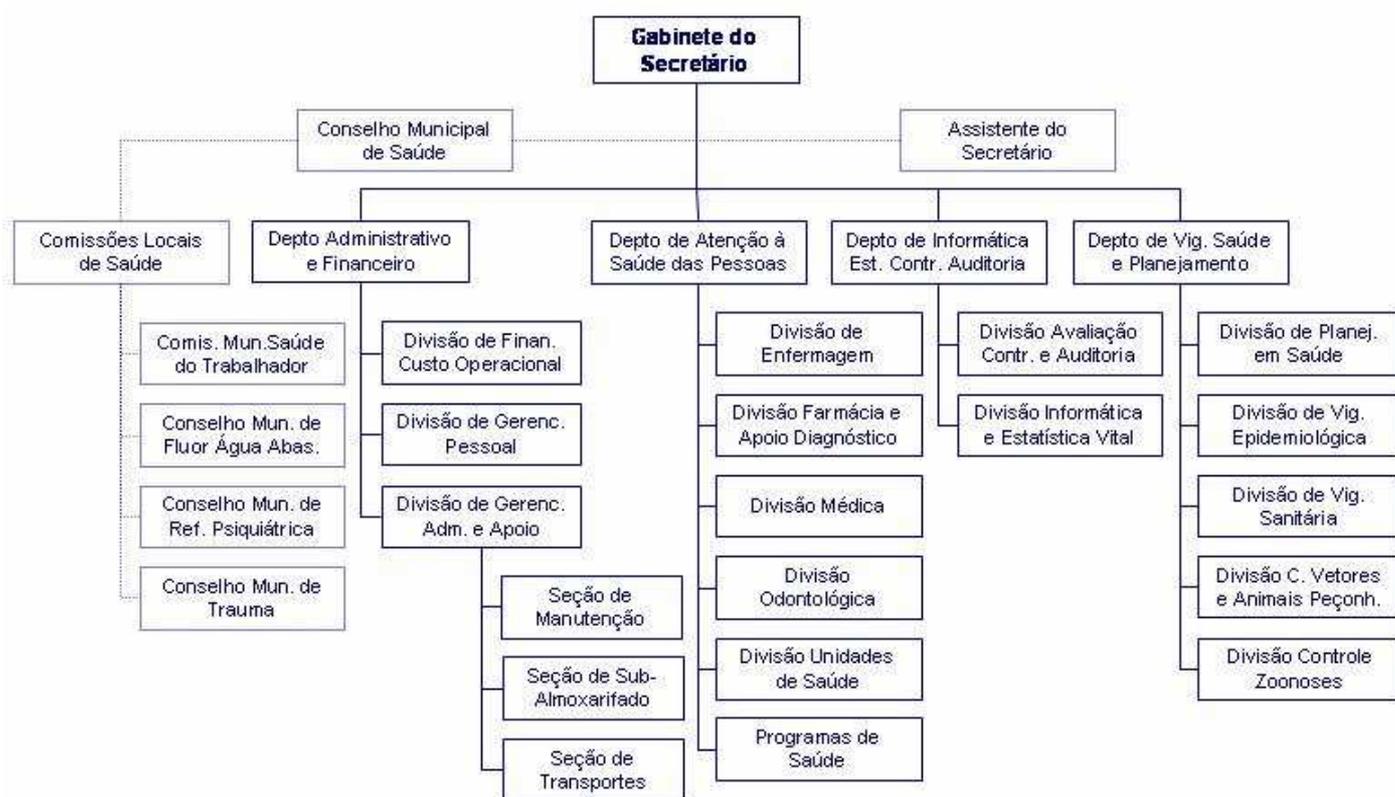
1. Divisão de Gerenciamento de Pessoal

2. Divisão de Finanças e de Custo Operacional
3. Divisão de Gerenciamento Administrativo e Apoio
 - 3.1. Seção de Sub-Almoxarifado
 - 3.2. Seção de Transportes
 - 3.3. Seção de Manutenção

Art. 20 -Vinculam-se diretamente à Secretaria da Saúde, cujo titular representará o Chefe do Executivo no relacionamento de suas atividades, as seguintes unidades administrativas:

- I - Fundo Municipal de Saúde (Lei nº 5.971/91)
- II - Conselho Municipal de Saúde (Lei nº 5.972/91)
- III - Conselho Municipal de Trauma (Lei Complementar nº 446/95)
- IV - Conselho Municipal de Reforma Psiquiátrica (Lei nº 6.820/94)
- V - Conselho Municipal de Fluoretação de Água de Abastecimento

Figura 17 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde.



Fonte: SMS Ribeirão Preto

3.4.2 - Planejamento

O planejamento como ferramenta de gestão visa à organização e ordenação do sistema. Podemos entender que o planejamento promove à formalização de procedimentos para a obtenção de resultado articulado, integrando as decisões participativas umas as outras.

A partir da criação do SUS, os gestores têm desenvolvido estratégias e esforços para a institucionalização do planejamento no SUS. Notadamente avanços foram conseguidos, como ordenamento do sistema, integração das ações, participação social, porém alguns desafios estão presentes.

O planejamento permite ao gestor e equipe a clara perspectiva do que se deseja alcançar, caminhos a serem seguidos, rotas a serem aperfeiçoadas através do acompanhamento e avaliação de todo o processo. Sempre lembrando que estamos modificando nossa cultura organizacional, procurando atingir situações desejadas, utilizando os princípios e diretrizes do SUS, de forma contínua, articulada e solidária nas três esferas de gestão.

O processo de planejamento na trajetória do SUS ganha novo impulso a partir da Portaria nº 399 de 22/02/2006, como uma das diretrizes do Pacto de Gestão.

O Sistema de Planejamento do SUS (PLANEJASUS) foi regulamentado pela **Portaria MS/GM 3.085 de 01/09/2006**. As Portarias **MS/GM 3.332/06** e **MS/GM 3.176/08** aprovaram orientações gerais acerca da elaboração, aplicação e fluxos de seus instrumentos básicos: Plano de Saúde, Programações Anuais e Relatórios Anuais de Gestão. Em 2009, publicou-se a **Portaria MS/GM nº. 2.751**, que regulamentou a integração dos prazos e processos de formulação dos instrumentos do PLANEJASUS, do Pacto pela Saúde e do planejamento de governo, expresso no Plano Plurianual (PPA), Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Leis Orçamentárias Anuais (LOA).

O **Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011**, que regulamentou a **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990**, quanto à organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, em seu Capítulo III, DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE, estabelece que:

Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

§ 1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.

§ 2º A compatibilização de que trata o caput será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.

§ 3º O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.

Art. 16. No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.

Art. 17. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 18. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 19. Compete à Comissão Intergestores Bipartite - CIB de que trata o inciso II do art. 30 pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

3.4.3 - Descentralização/ Regionalização

Ribeirão Preto pertence ao Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII) composto por 26 municípios divididos em 3 Colegiados de Gestão Regional (CGR): Vale das Cachoeiras, Aquífero Guarani e Horizonte Verde.

O município de Ribeirão Preto pertence ao CGR Aquífero Guarani composto por 10 municípios com população total estimada para 2013 de 865.737 pessoas (estimativa IBGE), sendo que a população do município de Ribeirão Preto representa 75 % desta população.

Figura 18 – Região administrativa da saúde DRS XIII.



Com o advento das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) como estratégia de superação da fragmentação da atenção e gestão nas regiões de saúde, visando assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessite de efetividade e eficiência, Ribeirão Preto passou a integrar a RRAS-13, composta por 90 municípios com população estimada de 3.508.793 pessoas em 2013 (estimativa IBGE), das quais 18,5% pertencem a Ribeirão Preto.

Figura 19 – Rede Regional de Atenção à Saúde – RRAS 13 e respectivos DRS, Regiões de Saúde e Municípios



3.4.4 - Financiamento

A Lei nº 8080, no seu artigo 2º prevê: “a Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”, o financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de gestão: União, Estados e Municípios.

A Lei nº 8142 dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, através do Fundo de Saúde.

A partir do Pacto pela Saúde, editado pela Portaria nº 399 de 22/02/2006, o financiamento dos recursos federais passa a ser restrito por bloco de financiamento. Os blocos de financiamento são: Atenção Básica; Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS e Investimento.

A Lei Complementar nº 141 de 13/01/2012, regulamenta os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, segue trecho da Lei que define os recursos mínimos:

Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

A União repassa recursos financeiros aos municípios através do Fundo Municipal de Saúde de maneira regular em todos os blocos de financiamento. Está ocorrendo questionamento à União quanto aos valores repassados aos Estados e Municípios, visando o aumento do recurso transferido e também sobre a atualização da população quando o cálculo do repasse é feito per capita, questiona-se por quê não é utilizada a estimativa populacional atual.

Quanto ao repasse do Estado, foi publicada a Resolução SS - 57, de 7/6/2013 que estabelece o Piso de Atenção Básica Estadual, fixado em R\$ 3,00 por habitante/ano (utilizando dados atualizados de estimativa populacional), com repasse trimestral para o Fundo Municipal de Saúde de forma direta e regular, para o custeio das ações de Atenção Básica. O Estado também repassa para o Fundo Municipal de Saúde o valor de R\$ 2,36 por habitante/ano para a Assistência Farmacêutica. O Estado mantém repasse financeiro periódico apenas em dois blocos de financiamento.

Há necessidade de aumentar o aporte financeiro para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde, pois os municípios não estão suportando o aumento do volume de serviços e não estão ocorrendo correções nos valores dos repasses recebidos, aumentando cada vez mais o investimento do município em saúde.

Quadro 41 - Evolução das receitas de impostos municipais e transferências constitucionais de Ribeirão Preto, 2010 a 2012.

Descrição	2010	2011	2012
Arrecadação municipal (Impostos)	322.402.954,71	400.561.462,61	459.244.612,44
Transferências da União	37.637.210,09	47.355.687,66	49.024.414,92
Transferências do Estado	412.552.328,64	457.530.097,38	495.787.329,03
Total	772.592.493,44	905.447.247,65	999.056.356,39

Fonte: PMRP - SMS - Departamento Administrativo e Financeiro - Divisão de Finanças e Custo Operacional

Quadro 42 - Evolução dos indicadores financeiros de Ribeirão Preto, 2010 a 2012.

Indicadores Financeiros	2010	2011	2012
Participação da receita de imposto total do município	34,18%	27,18%	35,97%
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	60,41%	42,54%	55,29%
Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	14,33%	13,56%	14,12%
Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	98,39%	98,72%	97,49%
Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	57,26%	55,40%	53,40%
Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	81,92%	61,57%	79,14%
Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Município, por habitante.	R\$ 543,29	R\$ 543,88	R\$ 570,98
Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	59,67%	59,88%	59,62%
Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	2,48%	2,46%	3,13%
Participação da despesa com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	32,66%	32,85%	33,38%
Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	1,39%	1,52%	1,44%
Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	27,02%	26,20%	28,28%
Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000	27,41%	25,40%	24,91%

Fonte: SIOPS

Quadro 43 - Evolução das despesas realizadas com saúde, Ribeirão Preto, 2010 a 2012

Subfunção	2010		2011		2012	
	Dotação Atualizada (R\$)	Liquidadas Jan a Dez (R\$)	Dotação Atualizada (R\$)	Liquidadas Jan a Dez (R\$)	Dotação Atualizada (R\$)	Liquidadas Jan a Dez (R\$)
Atenção Básica	236.945.996,16	224.763.942,34	269.076.549,56	247.171.011,59	295.695.598,20	260.240.167,55
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	76.477.500,54	67.775.321,56	77.110.708,84	71.434.955,28	89.601.267,88	77.698.244,70
Suporte Profilático e Terapêutico	12.390.889,30	10.427.264,15	13.785.279,60	10.771.505,33	15.466.678,00	11.972.286,02
Vigilância Sanitária	1.016.942,00	463.563,49	623.000,00	450.182,40	503.000,00	186.261,55
Vigilância Epidemiológica	3.188.418,60	1.766.986,64	4.217.500,00	2.960.446,98	4.521.000,00	3.454.519,30
Alimentação e Nutrição	2.359.127,00	733.703,89	530.000,00	253.381,61	375.000,00	312.033,36
Total	332.378.873,60	305.930.782,07	365.343.038,00	333.041.483,19	406.162.544,08	353.863.512,48

Fonte: SIOPS

Quadro 44 - Evolução das despesas municipais com saúde detalhado, 2010 a 2012.

Tipo de Despesa	2010	2011	2012
Pessoal/Encargos	182.563.519,23	199.426.076,18	210.986.115,41
Prestadores SIH, SIA	63.574.176,41	66.284.902,73	72.898.559,18
Serviços Diversos	38.244.556,55	43.311.967,41	45.412.055,47
Materiais de Consumo Diversos	6.827.018,57	8.492.060,81	5.362.718,20
Medicamentos	7.593.871,91	8.188.499,16	11.192.236,36
Material Judicial	2.809.559,22	1.567.492,47	2.863.874,90
Subvenções	0,00	60.000,00	40.000,00
Investimentos	4.261.422,62	5.064.625,48	5.085.416,32
Despesas Exercício Anterior	56.657,56	17.275,67	22.536,64
Total	305.930.782,07	333.041.480,41	353.863.512,48

Fonte: PMRP - SMS - Departamento Administrativo e Financeiro - Divisão de Finanças e Custo Operacional

Quadro 45 - Demonstrativo das despesas liquidadas por recurso, 2010 a 2012.

Tipo	2010		2011		2012	
	Valor R\$	%	Valor R\$	%	Valor R\$	%
Próprio	225.243.567,13	73,13	249.717.228,61	75	258.082.210,94	73,16
Vinculado	80.687.214,94	26,37	83.324.251,80	25	95.781.301,54	26,84
Total	305.930.782,07	100	333.041.480,41	100	353.863.512,48	100

Fonte: PMRP - SMS - Departamento Administrativo e Financeiro - Divisão de Finanças e Custo Operacional

Quadro 46 - Participação da receita própria aplicada em saúde conforme a EC 29/2000, 2006 a 2012.

Ano	Indicador (%)
2012	24,91
2011	25,40
2010	27,41
2009	27,83
2008	25,48
2007	25,64
2006	25,96

Fonte: SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

Para o período 2014 a 2017, foram estimados os seguintes recursos financeiros a serem aplicados em saúde no município:

Quadro 47 - Aplicação inicial prevista de recursos financeiros para a secretaria municipal da saúde para o período 2014 a 2017.

Fonte	2014	2015	2016	2017
Recurso Próprio	394.137.400,00	419.635.130,00	430.975.004,00	454.844.028,00
Recurso Vinculado	116.923.421,66	122.901.500,00	114.109.255,00	113.697.200,00
Total	511.060.821,66	542.536.630,00	545.084.259,00	568.541.228,00

Fonte: PMRP - SMS - Departamento Administrativo e Financeiro - Divisão de Finanças e Custo Operacional

3.4.5 - Participação Social

O Conselho Municipal de Saúde (CMS), constituído pela Lei Municipal nº 5.972/91, sendo atualmente regido pela Lei Municipal nº 12.929 de 17/12/2012, Lei esta amplamente discutida pelos membros do Conselho, visando a adequá-la aos termos da Resolução CNS nº 333, de 04/11/2003.

A Secretaria Municipal de Saúde destina recursos financeiros, através de dotação orçamentária anual própria, para custear as ações e atividades do CMS.

O CMS é composto por representantes do governo, dos prestadores de serviços de saúde, dos trabalhadores de saúde e dos usuários, cujas decisões, quando consubstanciadas em resoluções, são homologadas pelo Secretário Municipal da Saúde. O CMS é composto por trinta e dois titulares, sendo:

- 50% (dezesesseis) de representantes dos usuários do SUS;
- 50% (dezesesseis) representantes de entidades de trabalhadores da saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde, entidades de prestadores de serviços de saúde, entidades empresariais com atividade na área de saúde, todas eleitas em processo eleitoral direto, bem como de representantes do governo indicados pelos seus respectivos dirigentes.

A nova Lei que rege o CMS estabelece que o Presidente, o vice Presidente, o Conselheiro responsável pela Secretaria Executiva e os integrantes da Comissão Municipal de Saúde serão eleitos, por maioria absoluta de votos dos conselheiros titulares. O mandato do CMS será de três anos, permitida apenas uma recondução.

A Lei Municipal nº 12.929 prevê as seguintes instâncias colegiadas de participação da comunidade:

- I - Conferência Municipal de Saúde;
- II - Conselho Municipal de Saúde;
- III - Comissão Municipal de Saúde;
- IV - Comissão Municipal de DST/AIDS;
- V - Comissão Municipal de Fluoretação;
- VI - Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador;
- VII - Conselhos Locais de Saúde;

VIII - Outras Comissões Temáticas ou Conselhos relacionados à Saúde que venham a ser criadas no âmbito do Conselho Municipal de Saúde.

Um dos desafios encontrados nas instâncias colegiadas de participação da comunidade ocorre na formação e manutenção das atividades dos Conselhos Locais de Saúde.

3.4.6 - Gestão do Trabalho em Saúde

O quadro de funcionários que atuam na Secretaria Municipal de Saúde no início de 2013 é de 3.406 pessoas. 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 48 - Distribuição de recursos humanos da secretaria municipal da saúde, 2013.

Categoria Profissional	2000	2004	2009	2013
Analista de Sistema	5	5	5	3
Assistente Social	19	20	16	22
Auxiliar de Enfermagem	440	539	671	709
Auxiliar de Farmácia	16	15	70	79
Atendente de Consultório Dentário	86	97	100	110
Cirurgião Dentista	214	216	220	198
Enfermeiro	186	180	259	260
Engenheiro	3	3	3	2
Farmacêutico	21	18	42	47
Fisioterapeuta	6	6	7	12
Fonoaudiólogo	14	13	13	17
Médico	538	515	648	646
Nutricionista	2	2	3	4
Oficial / Agente Administrativo	233	197	276	242
Psicólogo	28	21	21	32
Técnico de Enfermagem	60	56	54	61
Terapeuta Ocupacional	8	4	4	6
Veterinário	4	3	4	4

Fonte: PMRP - SMS – Departamento Administrativo e Financeiro - Divisão de Gerenciamento de Pessoal

Analisando o quadro acima que apresenta alguns cargos que compõem a força de trabalho da Secretaria Municipal da Saúde, constata-se que na maioria das categorias, em 13 anos, ocorreu 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.

Houve crescimento das seguintes categorias em relação ao ano de 2000:

- Assistentes Sociais: de 19 para 22;
- Auxiliares de Enfermagem: de 440 para 709;
- Auxiliares de Farmácia: de 16 para 79;
- Atendente Consultório Dentário: de 86 para 110;
- Enfermeiros: de 186 para 260;
- Farmacêuticos: de 21 para 47;
- Fonoaudiólogos: de 6 para 12;
- Médicos (diversas especialidades): de 538 para 646;
- Nutricionistas: de 2 para 4;
- Psicólogos: de 28 para 32.

Destacamos a criação do cargo do Agente Comunitário de Saúde (ACS), através da Lei Municipal nº 2.378 de 23/12/2009.

Com o Decreto nº 169/12, ficou estabelecido o início da implantação da jornada de trabalho de 30 (trinta) horas semanais, sem prejuízo de vencimento, para os servidores de nível médio, ocupantes dos cargos efetivos de: Atendente, Auxiliar e Técnico de Enfermagem; Atendente de Consultório Dentário, Técnico de Higiene Dental e Auxiliar Farmacêutico, em atividade na Secretaria Municipal de Saúde. Com isso, a Secretaria Municipal da Saúde pretende oferecer qualidade de trabalho a seus servidores, esperando-se a diminuição do stress do servidor, adquirido pelas longas jornadas de trabalho. A efetivação da implantação da jornada de trabalho de 30 horas é um grande desafio para a gestão municipal, devido a necessidade de novas contratações para reposição do quadro funcional, visando garantir a assistência integral prestada aos munícipes. A Lei de Responsabilidade Fiscal estabelece que o município não pode exceder a despesa total com pessoal acima de 60% da receita corrente líquida.

A falta de uma política de pessoal específica para o setor de saúde tem acarretado alto índice de rotatividade, principalmente na categoria médica, com destaque na área de pronto-atendimento, e também observamos a falta de profissionais médicos no mercado para algumas áreas como: saúde da família, clínica médica, pediatria, psiquiatria, endocrinologia, dentre outros, dificuldades estas que são detectadas no país como um todo. A Lei nº 12.871 de 22/10/2013 institui o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde.

Destaca-se a criação do Plano de Cargos e Salários, através da Lei Complementar 2515/2012, em fase de implantação, com o incentivo salarial ao servidor que busca o crescimento profissional através de estudos e pela antiguidade da prestação de serviços ao município.

3.4.7 - Educação em Saúde

A Secretaria Municipal da Saúde adota a Educação Permanente como política que identifica e define as ações educativas visando qualificar a atenção e a gestão em saúde. A Educação Permanente é uma prática de ensino-aprendizagem, que por meio de encontros entre os trabalhadores, proporciona uma reflexão crítica da prática, do conceito de ensino problematizador e de aprendizagem significativa, contribuindo para a construção do SUS. A Secretaria Municipal da Saúde adota também a Política Nacional de Humanização – PNH (HumanizaSUS, 2004) empenhando-se na valorização das práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, do trabalho em equipe multiprofissional, do apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos, na construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS, na co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção, no fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias

gestoras do SUS, no compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

Assim sendo, a Secretaria Municipal da Saúde visa atualizar, qualificar, refletir sobre o processo de trabalho na ótica da Educação Permanente e Humanização em Saúde, propondo espaços coletivos de diálogo entre gestores, trabalhadores e usuários, como o incentivo aos colegiados de gestão nas unidades de saúde, ao colegiado de gerentes, ao comitê gestor, aos conselhos locais de saúde e à participação ativa nos diversos conselhos municipais e regionais. Destaca-se algumas ações desenvolvidas na lógica da educação permanente: Procedimento Operacional Padrão (POP) da recepção; Programa de Integração ao Trabalho (PIT); capacitação de enfermeiros e ACS em SISAWEB, geo-referenciamento, inserção das equipes de atenção básica nas fases de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); curso de atualização em hipertensão e diabetes mellitus - atividades da vida diária e adesão ao tratamento, entendendo nossas crenças no atendimento da pessoa diabética e/ou hipertensa; curso de atualização em atendimento de urgência e emergência (intoxicação exógena, suporte básico, urgência clínica, gestante), dentre outros. O município tem participação no núcleo de educação permanente e humanização regional (NEPH) onde desenvolve o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) e Plano de Ação Regional de Humanização em Saúde (PARHS).

O município desenvolve ainda ações através de políticas de inclusão social vinculadas ao Governo Federal:

- **Pró Saúde** - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde cujo objetivo geral é a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população.

- **PET Saúde** - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, constitui-se em um instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do SUS.

- **PROESF Saúde** - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – financiada pelo BIRD com o objetivo de apoiar, por meio da transferência de recursos financeiros fundo-a-fundo, a expansão da cobertura, consolidação e qualificação da Estratégia Saúde da Família, nos municípios brasileiros com população acima de 100 mil habitantes.

- **TELESSAÚDE** - O Programa **Telessaúde Brasil Redes** é uma ação nacional que busca melhorar a qualidade do atendimento e da atenção básica no SUS. O projeto já foi aprovado pelo

Ministério da Saúde, estando em fase de estruturação, em parceria com os municípios pertencentes aos Departamentos Regionais de Saúde – DRS XIII (Ribeirão Preto) e DRS V (Franca).

3.4.8 - Informação em Saúde

A informação é de suma importância para o gestor. A necessidade de informação é inquestionável, sem informação não existe gestão, sendo assim, a necessidade de um sistema informatizado de informações com agilidade, disponível no tempo certo, confiável, coerente e correto se faz necessário para subsidiar a tomada de decisão.

Ribeirão Preto, desde 18/04/1994 dispõe de um Sistema de Gestão de Saúde Pública, o Hygia, que nos anos de 2007 - 2008 migrou para uma versão atualizada do sistema, o Hygiaweb. O novo sistema apresentava como novidade:

- Conexão via web;
- Padronização do cadastro de pacientes com o CADSUS;
- Possibilidade de interfaciamento com sistema de terceiros (Ex. resultado de exames).

Figura 20 – Sistemas de informação utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.



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

Quadro 49 - Ferramentas para extração de dados

Nome	Definição	Utilização
TABWIN	Permite realizar estudos sobre SIA, SIH e CNES.	Diversos Departamentos
TABNET	Disponibiliza dados do SINAN, SIM via portal WEB.	Departamento de Vigilância Epidemiológica e Divisão de Informática

Fonte: Sistemas do Ministério – DATASUS : www.datasus.gov.br

Diante da necessidade de gerar informações aos diversos sistemas do Ministério da Saúde, sendo muitos deles obrigatórios para o recebimento de recursos financeiros, além dos dados necessários para funcionamento, gerenciamento, monitoramento e controle (gestão) das unidades é imprescindível o aperfeiçoamento do sistema Hygiaweb, garantindo os dados mínimos necessários para a geração das informações, com centralização dos dados, evitando que ocorra o retrabalho de alimentação dos sistemas.

Outro tópico importante é garantir que a conexão dos equipamentos a estes sistemas (conexão de rede e internet) seja rápida, constante e disponível 7 x 24 (7 dias por semana e 24 horas por dia). Para que isso ocorra é necessário um planejamento da expansão da rede física de fibra-ótica e a criação de redundâncias que permitam o funcionamento ininterrupto quando houver problema com os meios de comunicação.

Para o período de 2014-2017, em relação ao sistema de gestão atual (Hygiaweb), temos alguns projetos em andamento:

1) Implantação de todos os módulos já existentes em todas as unidades

Atendimento Médico: Anamnese, Exame Clínico, CID, Orientação Geral, Lançamento de Procedimentos, Solicitação de Exames, Prescrição de Medicamentos, Encaminhamentos de Consultas, Atestados e Declaração de Comparecimentos.

1.1) Hiperdia

1.2) Envio de torpedos (SMS) para os pacientes (aviso sobre consultas, campanhas de vacinação, etc.).

2) Interficiar o sistema Hygiaweb com os sistemas do Ministério da Saúde, desde que seja disponibilizado um layout de interfaciamento:

2.1) RAAS - Sistema usado pelo SAD (Serviço de Atendimento Domiciliar) e Centros de Atenção Psicossocial

2.2) SI - PNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização

2.3) SISCAN – Sistema de Informação de Prevenção ao Câncer

2.4) SISPRENATAL WEB – Sistema de Informação do pré-natal

2.5) e – SUS – Sistema de software público de apoio a gestão que objetiva reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional, com integração e acompanhamento de vários sistemas que apoiam a gestão do trabalho

- 2.6) SISTEMA HORUS – Dispensação de Medicamentos
- 2.7) SISTEMA CADWEB – Cadastramento do Cartão SUS.
- 3) Desenvolvimento de Novos Módulos
 - 3.1) Controle de Estoque de Vacina
 - 3.2) Gráficos Biométricos de Pacientes (Peso x Altura, IMC).
 - 3.3) Monitoramento de Diabetes (Glicosímetros)
 - 3.4) Fichas de Atendimento com dados de: Saúde da Criança, Amamentação, Vigilância Nutricional,
 - 3.5) Solicitação de Pedidos de Exames de Imagens / Gráficos
- 4) Implantação da rede de TELESUADE

3.4.9 - Infra-Estrutura

3.4.9.1 – Estrutura Física

Em relação à estrutura física, a Secretaria Municipal da Saúde conta com 59 pontos de atenção à saúde, assim distribuídos:

Quadro 50 – Relação das unidades de saúde segundo a titularidade do imóvel, Ribeirão Preto, 2013.

Nº	Descrição	Titularidade
1	UBDS JOÃO BAPTISTA QUARTIN - CENTRAL	Prédio Próprio
2	PAM II - DRª TERESINHA GARCIA JOSÉ GRADIM	Prédio Federal
3	UBS NELSON BARRIONOVO - CAMPOS ELÍSEOS	Prédio Próprio
4	CSE PROFª DR MARIA HERBÊNIA O. DUARTE - VILA TIBÉRIO	Prédio Próprio (adaptado)
5	UBS WILMA DELPHINA DE OLIVEIRA GAROTTI - VILA TIBÉRIO	Prédio Próprio
6	UBS DR JACOB RENATO WOISKI - JOÃO ROSSI	Prédio Próprio
7	NGA-59 – NÚCLEO DE GESTÃO ASSISTENCIAL	Prédio Estadual
8	CEREST – DR. ROBERTO SALLES MEIRELLES	Prédio Alugado
9	AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL DITRITO CENTRAL DR. NELSON OKANO	Prédio Alugado
10	CAPS II PROF DR. CLÁUDIO ROBERTO C. RODRIGUES (SEMI-INTERNAÇÃO)	Prédio Alugado
11	AMBULATÓRIO REGIONAL DE SAÚDE MENTAL DR. GUIDO HETEM	Prédio Alugado
12	CENTRO DE REFERENCIA EM ESPECIALIDADES CENTRAL - ENFª MARIA CONCEIÇÃO DA SILVA	Prédio Próprio
13	CSE DR JOEL DOMINGOS MACHADO - SUMAREZINHO	Prédio Estadual
14	USF - PROF. DR. BRENO JOSÉ GUANAIS SIMÕES - NÚCLEO 1	Prédio Alugado
15	USF - ENFª MARIA TERESA ROMÃO PRATALI - NÚCLEO 2	Prédio Alugado
16	USF - PROFª DRª CÉLIA DE ALMEIDA FERREIRA SANTOS - NÚCLEO 3	Prédio Alugado
17	USF - MARINA MOREIRA DE OLIVEIRA - NÚCLEO 4	Prédio Alugado
18	USF - PROFª DRª VERA HELOÍSA PILLEGI VINHA - NÚCLEO 5	Prédio Alugado
19	UBS - DR ÁLVARO DE OLIVEIRA PAIVA - JARDIM PAIVA	Prédio Próprio (adaptado)

20	UBS DR SÉRGIO BOTELHO DA COSTA MORAES - PRESIDENTE DUTRA	Prédio Próprio (adaptado)
21	UBS ÁLVARO PANAZZOLO - VILA ALBERTINA	Prédio Próprio
22	UBS ADALBERTO TEIXEIRA ANDRADE - VILA RECREIO	Prédio Próprio
23	UBS RUBENS LISANDRO NICOLETTI FILHO - JOSÉ SAMPAIO	Prédio Próprio
24	USF ERNESTO CHE GUEVARA – MARIA CASAGRANDE LOPES	Prédio Próprio
25	UBS AYMAR BATISTA PRADO - DOM MIELLE	Prédio Próprio
26	USF DRª HELOÍSA MAIA LA ROCCA - PORTAL DO ALTO	Prédio Alugado
27	USF PROF. DR. DOMINGOS ABRAHAÃO LOMÔNACO EUGÊNIO MENDES LOPES	Prédio Próprio (adaptado)
28	UBS DR JOÃO PAULO BIN - IPIRANGA	Prédio Próprio
29	CSE DR. EDGARD ACHE - IPIRANGA	Prédio Próprio (adaptado)
30	CMSC VILA LOBATO	Prédio Próprio
31	CAPS I (INFANTIL)	Prédio Alugado
32	CAPS III	Prédio Alugado
33	CENTRO DE CONTROLE DE ZOOSES - DR CAMILO MÉRCIO XAVIER	Prédio Próprio
34	UBDS ÍTALO BARUFFI - CASTELO BRANCO	Prédio Próprio
35	USF JOSÉ PAULO PIMENTA DE MELLO - JARDIM ZARA	Prédio Próprio
36	UBS RUBENS ISSA HALAK - JARDIM JULIANA	Prédio Próprio
37	UBS JOSÉ RIBEIRO FERREIRA - SÃO JOSÉ	Prédio Próprio
38	UBS HELIO LOURENÇO DE OLIVEIRA - SANTA CRUZ	Prédio Próprio
39	UBS CARLOS CHAGAS - VILA ABRANCHES	Prédio Próprio
40	UBS MAMORO KOBAYASHI - BONFIM PAULISTA	Prédio Próprio
41	UPA 13 DE MAIO – DR. LUIS ATÍLIO LOSI VIANA	Prédio Próprio
42	BASE DO SAMU AV. 13 DE MAIO	Prédio Próprio
43	UBDS DR SÉRGIO AROUCA - DISTRITAL NORTE	Prédio Próprio
44	USF PROF. DR. ALBERTO RAUL MARTINEZ - ESTAÇÃO DO ALTO	Prédio Próprio (adaptado)
45	USF - PROF. DR. JOSÉ AUGUSTO LAUS FILHO - AVELINO ALVES PALMA	Prédio Próprio (adaptado)
46	UBS ALEXANDER FLEMING - SIMIONI	Prédio Próprio
47	UBS OSWALDO CRUZ - VILA MARIANA	Prédio Próprio
48	UBS ZEFERINO VAZ - QUINTINO FACCI I	Prédio Próprio
49	UBS ALBERT SABIN- MARINCEK	Prédio Próprio
50	USF DR LUIZ GONZAGA OLIVÉRIO - HEITOR RIGON	Prédio Próprio
51	USF DR. ÁLVARO CROSTA - GERALDO CORRÊIA DE CARVALHO	Prédio Alugado
52	UBS MÁRIO RIBEIRO DE ARAÚJO - VALENTINA FIGUEIREDO	Prédio Alugado
53	UBS DR. RÔMULO RIBEIRO DA COSTA - JARDIM AEROPORTO	Prédio Próprio
54	UBS HEBERT DE SOUZA - BETINHO - RIBEIRÃO VERDE	Prédio Próprio
55	UBDS MARCO ANTÔNIO SAHÃO - VILA VIRGÍNIA	Prédio Próprio
56	UBS WALDEMAR BARNSELY PESSOA - PARQUE RIBEIRÃO PRETO	Prédio Próprio
57	UBS PROF DR JOSÉ CARLOS SAY - JARDIM MARIA DA GRAÇA	Prédio Próprio (adaptado)
58	UBS LUIZ PHELPE TINOCO CABRAL - ADÃO DO CARMO LEONEL	Prédio Próprio
59	CENTRO DE REFERÊNCIA DST/AIDS DR. JOSÉ ROBERTO CAMPI	Prédio Próprio (adaptado)

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

Destacamos que 71,2% (42 unidades) dos estabelecimentos de saúde funcionam em prédios próprios do município, 23,7% (14 unidades) em prédios alugados, 3,4% (2 unidades) em prédios do Estado e 1,7% (1 unidade) em prédio Federal.

Dentre os prédios próprios do município que desenvolvem ações de Atenção Básica alguns que foram construídos na década de 80, ou antes, necessitam de adequação na sua estrutura física, devido ao dimensionamento dos serviços de saúde hoje ofertados e as normas atuais da vigilância sanitária, código de obras, dentre outras, são eles: CSE Vila Tibério, UBS Vila Abranches, UBS Quintino Facci I, USF Avelino Palma, USF Estação do Alto, UBS Paiva, USF Eugênio M Lopes, CSE Ipiranga e UBS Maria das Graças. O CCZ necessita de ampliação na sua área física, visando atender as novas demandas do serviço.

A mesma situação descrita acima ocorre nos prédios alugados que desenvolvem os serviços de saúde, uma vez que os mesmos não foram construídos para desenvolver ações na área da saúde, a saber: USF Núcleo 1, USF Núcleo 2, USF Núcleo 3, USF Núcleo 4, USF Núcleo 5, USF Geraldo de Carvalho, USF Portal do Alto e UBS Valentina Figueiredo, CAPS II, CAPS III, CAPS Infantil, Ambulatório de Saúde Mental do Distrito Central, Ambulatório Regional de Saúde Mental. Destacamos que no 1º semestre de 2014, a USF Portal do Alto será transferida para um prédio próprio cujo processo de reforma e ampliação encontra-se em fase final de execução.

As Unidades PAM II (prédio Federal) e NGA-59 (prédio Estadual), também necessitam de intervenções.

O Setor de Manutenção da Secretaria Municipal da Saúde realiza algumas intervenções pontuais, na maioria das vezes motivadas pelos problemas apresentados nos serviços de saúde, entretanto, há necessidade de um plano permanente de manutenção preventiva e corretiva dos prédios, o que evitaria o surgimento dos problemas, além de manter a ambiência da rede de Atenção à Saúde.

Em relação à estrutura física dos serviços de apoio logístico para o funcionamento da rede de atenção à saúde, a Secretaria Municipal da Saúde conta com a seguinte estrutura:

Quadro 51 – Estrutura física da logística da secretaria municipal da saúde segundo a titularidade do imóvel, Ribeirão Preto, 2013.

Nº	Descrição	Titularidade
1	SEDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE	Prédio Alugado
2	ALMOXARIFADO CENTRAL	Prédio Alugado
3	CENTRAL DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS, CENTRAL DE DISTRIBUIÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS E ARQUIVO CENTRAL	Prédio Alugado
4	SETOR DE MANUTENÇÃO	Prédio Alugado
5	SEÇÃO DE TRANSPORTE	Prédio Próprio
6	DISTRITO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE MAURI RICCI - OESTE	Prédio Alugado
7	DISTRITO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE ELIAS DE SAOUZA BRITO - LESTE	Prédio Alugado
8	DISTRITO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE ANTONIO SCANDORILLI - SUL	Prédio Alugado
9	DISTRITO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE EURÍPEDES DE LIMA - NORTE	Prédio Alugado
10	DISTRITO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE OSMAR ALVES DOS SANTOS - CENTRAL	Prédio Alugado

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

Atualmente 90% da rede de apoio logístico funciona em prédio alugado, sendo que algumas estruturas como central de imunobiológicos, arquivo e central de medicamentos necessitam de ampliação de espaço.

3.4.9.2 – Apoio Administrativo e Logístico

A Secretaria Municipal da Saúde na área de apoio administrativo e logístico, visando manter o equilíbrio financeiro em relação às necessidades, em termos de abastecimento (materiais e medicamentos), recursos humanos, manutenções em geral, estrutura física (manutenção predial), transportes e equipamentos em relação aos recursos financeiros autorizados realiza diversos estudos e planejamento.

Neste planejamento podemos citar o levantamento anual de necessidades de equipamentos permanentes, com a finalidade de conhecer o parque existente, bem como acompanhar a evolução tecnológica do sistema de assistência à saúde. A aquisição dos equipamentos é avaliada quanto à prioridade, ocorrendo de acordo com a disponibilidade financeira em cada período.

Outra ação realizada é o planejamento de ações conjuntas com a equipe de enfermagem, visando melhorar especificações e padronização de materiais/equipamentos, propiciando melhoria da qualidade e a aquisição através de Registros de Preços, otimizando os recursos financeiros e espaços existentes nos Almojarifados e licitações realizadas.

Através de estudo realizado foi contratada empresa especializada para execução de serviços de higiene e limpeza nas Unidades de Saúde, adequando às normas do Manual de Controle de Infecção Hospitalar e ao disposto na Portaria nº 2616 de 12/05/98 do Ministério da Saúde. A contratação destas empresas vem sendo realizada de forma gradual, conforme disponibilidade orçamentária, com ótimos resultados técnicos e financeiros.

Com o objetivo de minimizar ocorrências de paralisação no atendimento de inalação/odonto/aspiração, bem como economia no consumo de oxigênio medicinal, evitando seu desperdício e consequente redução de custo financeiro, houve a contratação de empresa especializada para manutenção preventiva e corretiva da rede de gases medicinais e ar comprimido de todas as Unidades de Saúde. Com o início das atividades da UPA (13 de Maio) verificou-se que, pelo consumo, o ideal é a instalação de tanque de gás criogênio, o que foi realizado.

Outros estudos visam a contratação de pequenos serviços, tais como: chaveiros e carimbos para atendimento a todas as Unidades da Secretaria evitando-se gastos de Adiantamento para esse fim.

Destaca-se também a ampliação de contratos que realizam o monitoramento de imagens, através de câmeras instaladas nas Unidades de Saúde visando o reforço das mesmas e o acesso simultâneo das imagens pela Guarda Civil Municipal reforçando a segurança nas Unidades de Saúde.

Na área de transportes há formalizados contratos de manutenção corretiva e preventiva de ambulâncias e demais veículos, visando a qualificação dos serviços e economia dos recursos financeiros, com a consequente agilização, impedindo a paralisação dos veículos. Também há contrato de seguro para as ambulâncias e veículos novos, com o objetivo de proteção e manutenção do patrimônio público; tais seguros abrangem tanto a equipe quanto os pacientes transportados e terceiros. Destaca-se também a ampliação da contratação de empresa especializada para instalação de sistema de Rastreamento de Veículos Via Satélite (GPS), destinados às ambulâncias, visando um melhor gerenciamento da frota, com acompanhamento das rotinas de cada viatura, permitindo maior agilização no atendimento ao munícipe.

3.4.10 - Ouvidoria

Desde o dia 01/12/2011, a Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto participa da rede de ouvidorias do Departamento Geral de Ouvidorias do Ministério da Saúde, compartilhando a mesma concepção de trabalho eficaz e humanizado e contribuindo para a melhoria do Sistema Único de Saúde. Após um percurso de quatro anos criando diferentes canais para facilitar o contato da população com a SMS (Fale conosco, Disque-saúde, etc.), em junho de 2005, o gestor da época levou a discussão ao Conselho Municipal da Saúde. Foi então aprovada a implantação de uma ouvidoria que atendesse os usuários do SUS, por ser ela um instrumento de promoção de direitos humanos e de modernização das estruturas vigentes a partir da mobilização da comunidade desses mesmos usuários.

Os cidadãos podem recorrer à ouvidoria para solicitar algo, fazer denúncia, reclamar, propor uma sugestão ou elogiar o sistema. A partir daí os ouvidores usam da persuasão racional para contornar os conflitos ao mesmo tempo em que encaminham as demandas para os setores

responsáveis por elas. A ouvidoria pode ser acessada por telefone, carta, e-mail, formulário *web* ou presencialmente. Um número de protocolo é gerado e o cidadão pode acompanhar o processo até receber uma resposta final para a sua demanda.

Do início de suas atividades até 31 de dezembro de 2012, a ouvidoria da SMS atendeu pouco mais de 4.800 demandas e no primeiro semestre do corrente ano, já somamos um total de 3.433 atendimentos. Acreditamos que em todo o ano de 2013 teremos bem mais do dobro do que foi produzido em 2012, pois ampliamos a divulgação do serviço junto à população.

A primeira proposta para o próximo quadriênio é incluir a ouvidoria no organograma da SMS. Em seguida, teríamos que formalizá-la através de um instrumento normativo, elemento essencial para que se possa fomentar ainda mais a utilização da ouvidoria como o legítimo canal de acesso do cidadão aos serviços prestados pelo SUS. É através dela que o cidadão deverá solicitar esclarecimentos sobre os fluxos do sistema, ou seja, agendamento de consultas e exames, acesso aos prestadores dos serviços mais complexos, obtenção de um procedimento e tantas outras informações. Pretendemos também estreitar as relações com as ouvidorias do Departamento Regional de Saúde, com as duas unidades do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e a ouvidoria do Hospital Santa Tereza.

- Centro de Informação Digital em Saúde - CIDS

O *site* da Secretaria Municipal da Saúde foi criado em agosto de 2001, como parte do portal da Prefeitura Municipal. Com a proposta inicial de integrar, otimizar divulgar e disponibilizar informações à população através da *web* e atender às crescentes necessidades de ampliação de serviços oferecidos pela Secretaria, viu crescer sua importância, e consolidou-se como instrumento efetivo e ativo na saúde pública de nossa cidade.

Desta forma, surgiu a necessidade da criação do CIDS – Centro de Informação Digital em Saúde, realizada, então, em dezembro do mesmo ano, com recursos humanos e materiais que possibilitaram o estabelecimento de um fluxo ágil e permanente de informações, com respostas *online* das dúvidas registradas, *newsletter* semanal, parcerias com ONG, enquetes, etc., o que culminou com um site com mais de 14.000 páginas.

Atualmente, ferramenta e parte da Ouvidoria do SUS e tendo servido de base para sua implantação, o *site* mantém sua proposta de ser um canal de comunicação que propicie aos cidadãos informações precisas, éticas e socialmente responsáveis, comprometido com a saúde da população e com o controle social. Responsável por um número significativo de informações que são atualizadas diariamente faz-se necessária a oficialização do CIDS, bem como o aumento de seu quadro atual de recursos humanos a fim de se atingir um fluxo rápido e oficial de trâmite da informação interna.

4 – DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES DO COAP.

Diretriz 1: Fortalecer a Atenção Básica

Objetivo: Expandir e fortalecer a atenção básica de saúde, com ênfase nas ferramentas da Estratégia de Saúde da Família.

Projetos	Período
Construir 06 novas Unidades de Atenção Básica: - 01 Unidade no Sub setor L10 (Flamboyans) - 02 Unidades no Sub setor O 6 (Sumarezinho em substituição aos 6 Núcleos) - 02 Sub setor L9 (Antônio Palocci + Assentamento da Barra) - 01 Sub setor N1, N5 ou Central (Campos Elíseos ou Central)	2014-2017
Construir 02 Academias da Saúde – modalidade ampliada	2014-2017
Implantar 03 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).	2014-2017
Implantar o 2º (segundo) Consultório na Rua	2014-2017
Implantar Programa Telessaúde Brasil – Redes na Atenção Básica	2014-2017
Ampliar o horário de atendimento da sala de vacina, com imunização de rotina aos sábados, nas UBDS Norte, Sul, Oeste e Central.	2014-2017
Implementar a Política de Alimentação e Nutrição	2014-2017
Implantar Centro de Educação em Diabetes com Equipe Multidisciplinar	2014-2017

Metas	Período
Ampliar a Estratégia de Saúde da Família – ESF de 30 para 46 equipes.	2014-2017
Ampliar a Estratégia de Saúde da Bucal – ESB de 10 para 22 equipes	2014-2017
Ampliar o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) com o cadastramento de 04 Equipes Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) e 01 Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP).	2014-2017
Reformar e ou ampliar 22 Unidades de Atenção Básica	2014-2017
Ampliar de 35 para 42 o número de equipes aderidas ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).	2014-2017
Implementar ações de alimentação e nutrição.	2014-2017
Acompanhar 73% das Famílias do Programa Bolsa Família (PBF)	2014-2017
Implementar o SISVAN em 100% das Unidades de Saúde com PMAQ, 50% das demais Unidades e escolas prioritárias	2014-2017
Manter 19 Equipes de Atenção Básica contratualizadas no Programa de Saúde na Escola (PSE).	2014-2017
Ampliar a rede alimenta e amamenta Brasil para 80% das unidades de Atenção Básica.	2014-2017
Ampliar postos de coleta de leite materno de 01 para 05 unidades de Atenção Básica.	2014-2017

Indicadores COAP

U	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica.
U	Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)
U	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família
U	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal.
U	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada
E	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos
U	Proporção de parto normal

U	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária
U	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária
U	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal
U	Número de testes de sífilis por gestante.
U	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.
U	Taxa de mortalidade infantil.
U	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados
U	Proporção de óbitos maternos investigados
U	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados
U	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade
U	Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)

Nota: Tipo do indicador: **U**= indicador universal e **E** = indicador específico

Diretriz 2: Adequação da Rede de Média e Alta Complexidade, Ambulatorial e Hospitalar, às necessidades estimadas

Objetivo: Oferecer assistência em saúde de média e alta complexidade através dos serviços da rede municipal de saúde e dos serviços complementares.

Projetos	Período
Construir 01 Centro de Reabilitação (CER) tipo III	2014-2017
Implantar o serviço de ortodontia no CEO	2014-2017
Implantar Ambulatório e Centro de Estudos das Práticas Integrativas e Complementares	2014-2017
Implantar rede de Atenção à Gestante Usuária de Álcool e Drogas	2014-2017
Implantar Ambulatório Especializado em Sexualidade, respeitando a diversidade sexual (travestis e transexuais) no Centro de Referência em Especialidades Central “Maria Conceição da Silva”.	2014-2017
Implantar leitos destinados aos pacientes com enfermidades crônicas e ou cuidados paliativos, que necessitam de internação de longa permanência.	2014-2017
Implantar a casa da gestante e bebê em complementação a rede cegonha	2014-2017
Implantar Centro de Avaliação e Recuperação Funcional para Portadores de Neuropatias de Membros Inferiores.	2014-2017

Metas	Período
Reformar e ampliar o ambulatório de Geriatria do NGA	2014-2017
Reformar e ampliar o ambulatório de Nutrologia	2014-2017
Implementar a rede cegonha e a formação do centro de parto normal	2014-2017
Atualizar 100% dos Protocolos de Regulação existentes	2014-2017
Implantar 8 novos Protocolos de regulação de exames e procedimentos de média e alta complexidade.	2014-2017

Indicadores COAP

U	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente
U	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente
E	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente
E	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente
E	Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado.

Nota: Tipo do indicador: **U**= indicador universal e **E** = indicador específico

Diretriz 3: Reformulação do modelo de Pronto Atendimento e de Urgência e Emergência

Objetivo: Implementar a rede de Pronto Atendimento, urgência e emergência e demanda espontânea de baixa complexidade (UPA, UBDS e SAMU).

Projetos	Período
Construir a 3ª (terceira) Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e uma UPA porte I	2014-2017
Implantar 02 (duas) motolância no município	2014-2017

Metas	Período
Transformar 02 Unidades de Pronto Atendimento em UPA (UBDS Central e CSE Sumarezinho)	2014-2017
Ampliar e adequar o serviço de remoção de pacientes para: quimioterapia, radioterapia, fisioterapia, câmara hiperbárica e outros serviços.	2014-2017

Indicadores COAP

U	Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado.
E	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente
E	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)
E	Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas unidades de terapia intensiva (UTI).
E	Cobertura do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192)
E	Proporção das internações de urgência e emergência reguladas

Nota: Tipo do indicador: **U**= indicador universal e **E** = indicador específico

Diretriz 4: Ampliação e aprimoramento da rede de Atenção Psicossocial

Objetivo: Ampliar o acesso da população à Atenção Psicossocial, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais para atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas.

Projetos	Período
Construção de 01 Centro de Atenção Psicossocial tipo III (CAPS III)	2014-2017
Construção de 02 Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad).	2014-2017
Implantar 01 Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i) para atendimento de crianças e adolescentes com doenças psiquiátricas.	2014-2017
Construir o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad III) 24 horas.	2014-2017
Implantar 01 Clínica Municipal para dependentes químicos para crianças e adolescentes.	2014-2017
Implantar 01 Unidade de Acolhimento Infantil em parceria com instituições ou entidades sem fins lucrativos.	2014-2017
Implantar 01 Unidade de Acolhimento Adultos em parceria com instituições ou entidades sem fins lucrativos.	2014-2017
Implantar 01 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.	2014-2017

Metas	Período
Implantar o atendimento de saúde mental no Distrito Norte.	2014-2017
Estimular implantação de projetos de economia solidária.	2014-2017
Adequar as residências terapêuticas conforme legislação vigente.	2014-2017
Fomentar a discussão de ampliação da oferta de leitos psiquiátricos em hospitais gerais	2014-2017

Indicadores COAP

U	Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
---	---

Nota: Tipo do indicador: U= indicador universal

Diretriz 5: Fortalecimento das ações de controle e prevenção de epidemias e endemias (Dengue, HIV/Aids, Tuberculose, hanseníase, Hepatites Virais, Sífilis, Leishmaniose Tegumentar e Visceral).

Objetivo: Fortalecer o Sistema de Vigilância em Saúde por meio das vigilâncias: epidemiológica, sanitária e ambiental (fatores biológicos e não biológicos), ampliando a capacidade de análise da situação de saúde através dos indicadores, direcionando as ações.

Projetos	Período
Construção de 01 Centro de Distribuição de Imunobiológicos.	2014-2017
Construção de 02 Distritos de Vigilância em saúde, em substituição aos existentes que atualmente funcionam em prédios alugados.	2014-2017
Metas	Período
Ampliar e reformar o Centro de Controle de Zoonoses	2014-2017

Indicadores COAP

U	Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas
U	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera
U	Proporção de exame anti-hiv realizados entre os casos novos de tuberculose
U	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida
U	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação
U	Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.
U	Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios
U	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos
E	Proporção de pacientes hiv+ com 1º cd4 inferior a 200cel/mm3
E	Número de testes sorológicos anti-hcv realizados
E	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes
E	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados
E	Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral
E	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina
E	Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários
E	Número absoluto de óbitos por dengue

E	Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue
U	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.
E	Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela vigilância sanitária, no ano.

Nota: Tipo do indicador: **U**= indicador universal e **E** = indicador específico

Diretriz 6: Garantia da Assistência Farmacêutica

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

Projetos	Período
Construção de 01 Centro de Abastecimento de Medicamentos e Laboratório de Manipulação, incluindo medicamentos fitoterápicos e homeopáticos.	2014-2017

Metas	Período
Atender 100% da demanda de medicamentos padronizados pela Relação Municipal de Medicamentos (REMUME).	2014-2017

Indicadores COAP

U	Percentual de municípios com o sistema Horus implantado
E	Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias da atenção básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados.

Nota: Tipo do indicador: **U**= indicador universal e **E** = indicador específico

Diretriz 7: Implantação do Modelo de Gestão em todos os níveis

Objetivo: Adotar mecanismos de gestão participativa nas Unidades de Saúde, com formação de comitês gestores em que participem os diferentes setores de produção e de apoio dessas unidades.

Projetos	Período
Adequar o organograma da SMS, de acordo com as novas portarias, legislação e necessidades estruturais.	2014-2017
Criar cargos e funções em conformidade com as novas portarias e necessidades.	2014-2017
Implantar assessoria jurídica na SMS.	2014-2017
Operacionalizar o gerenciamento do Fundo Municipal da Saúde na SMS, com adequação do quadro de RH compatível para esta finalidade.	2014-2017
Criar protocolo operacional padrão de funcionamento para todas as unidades de saúde da atenção básica, com supervisão permanente.	2014-2017
Implantar sala de treinamento de informática na SMS.	2014-2017
Implantar auditoria interna e externa.	2014-2017

Metas	Período
Garantir recursos humanos para o funcionamento das Unidades e Serviços de Saúde para atendimento às necessidades de saúde da população.	2014-2017
Implementar contrato de metas com as equipes de atenção básica (indicadores quantitativos, qualitativos e resolutividade).	2014-2017

Política de Investimento em equipamentos de informática de pelo menos 25 % do parque já instalado por ano.	2014-2017
Fomentar a implantação e funcionamento em 100% das Unidades de Saúde do Comitê Gestor, com elaboração de regimento interno único.	2014-2017
Renovar a frota de veículos para os diversos setores da SMS conforme estudo custo benefício.	2014-2017
Ampliar o quadro de efetivo de acordo com a necessidade dos serviços.	2014-2017
Implantar a avaliação de satisfação dos usuários em 100% das unidades de saúde.	2014-2017
Ampliar a rede de fibra ótica para 80% das Unidades de Saúde	2014-2017
Garantir os serviços complementares de média e alta complexidade através de contratos e convênios com os prestadores, bem como monitorar, controlar e avaliar 100% dos ajustes firmados.	2014-2017
Implementar a manutenção preventiva e corretiva de estrutura física, equipamentos e veículos.	2014-2017
Desenvolver ações voltadas à capacitação/educação permanente dos profissionais que atuam na rede.	2014-2017
Desenvolver ações educativas com a população.	2014-2017
Implementar o sistema de teleatendimento na rede de saúde.	2014-2017

Indicadores COAP

U	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas
E	Proporção de novos e/ou ampliação de programas de residência de medicina da família e comunidade e da residência multiprofissional em atenção básica/saúde da família/saúde coletiva
E	Proporção de novos e/ou ampliação de programas de residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental
E	Número de pontos do telessaúde Brasil redes implantados
U	Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos.
E	Número de mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento.
E	Proporção de municípios com ouvidorias implantadas
E	Componente do SNA estruturado
E	Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no banco de preço em saúde

Nota: Tipo do indicador: **U**= indicador universal e **E** = indicador específico

Diretriz 8: Aprimoramento das relações inter regionais, com estabelecimento de pactuações de prestação de serviços e contraprestação financeiras com os municípios da regional de saúde e com o gestor estadual.

Objetivo: Promover o atendimento integral a saúde em seus diversos níveis.

Metas	Período
Fomentar a assinatura do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP).	2014-2017

Diretriz 9: Fortalecimento e ampliação de atividades cooperativas com entidades educacionais dedicadas à formação de profissionais técnicos e universitários nas carreiras que tenham afinidade com a prestação de serviços de saúde.

Objetivo: Integrar as atividades da assistência e ensino visando complementar a assistência e estimular a formação de profissionais para o SUS.

Metas	Período
Adequar e monitorar 100% dos estágios realizados na rede municipal de saúde.	2014-2017
Manter e fortalecer parceria com as Instituições de Ensino Superior	2014-2017
Manter e estimular novos projetos de integração ensino-serviço: PRÓ e PET Saúde e outros.	2014-2017
Manter o funcionamento de 100% das Comissões de Acompanhamento dos Convênios com as Instituições de Ensino.	2014-2017

Diretriz 10: Fortalecimento do Controle Social

Objetivo: Implantar Conselhos Locais de Saúde em todas as Unidades Básicas e Distritais de Saúde e de Conselhos de Gestão Participativa em Unidades Especializadas

Projetos	Período
Capacitar 100% dos Conselheiros Locais de Saúde	2014-2017

Metas	Período
Realizar a IX Conferência Municipal de Saúde	2014-2017
Implantar Conselhos Locais de Saúde em 70% das unidades	2014-2017
Reformular o Regimento dos Conselhos Locais de Saúde	2014-2017
Revisar o Regimento e a Lei de Criação do Conselho Municipal de Saúde	2014-2017

Indicadores COAP

U	Proporção de Plano de Saúde enviado ao conselho de saúde
U	Proporção de conselhos de saúde cadastrados no sistema de acompanhamento dos conselhos de saúde - SIACS

Nota: Tipo do indicador: U= indicador universal

Diretriz 11: Adoção de estratégias de intervenção/atuação intersetorial

Objetivo: Integrar as diferentes políticas públicas da gestão municipal

Metas	Período
Estimular a criação de fóruns de discussão intersetorial para enfrentamento dos problemas comuns.	2014-2017
Programação anual de estratégias para o combate de endemias no município através de cronograma de reuniões para avaliação do processo de trabalho com a participação de todas as secretarias.	2014-2017
Elaborar plano estratégico para uma política intersetorial de atenção ao idoso	2014-2017

ANEXOS

5.1 – RELAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE

5.1.1 – Distrito de Saúde Central

UNIDADE DE SAÚDE	BAIRRO	ENDEREÇO	HORÁRIO
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	Rua 21 de Abril, 779	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 Prudente de Moraes, 475	07/17 h
Centro Referência Saúde do Trabalhador Prof. Dr. Roberto Meirelles Salles	Centro	Rua Visconde do Rio Branco, 638	07/17 h
Centro de Referência em Especialidades Central - Enf ^a Maria Conceição da Silva	Centro	Rua Prudente de Moraes, 35	07/18 h

5.1.2 – Distrito de Saúde Sul

UNIDADE DE SAÚDE	BAIRRO	ENDEREÇO	HORÁRIO
UBDS Dr. Marco Antônio Sahão	Vila Virgínia	Rua Franco da Rocha, 1.270	24 horas
UBS Dr. Luiz Phelipe Tinoco 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

5.1.3 – Distrito de Saúde Norte

UNIDADE DE SAÚDE	BAIRRO	ENDEREÇO	HORÁRIO
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, 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 C. de Carvalho	Rua Jovino Campos, 40	07/17 h
USF Dr. Luiz Gonzaga Olivério	Heitor Rigon	Av. Maestro Alfredo Pires, 391	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, 3.461	07/21 h
UBS Mário Ribeiro 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

5.1.4 – Distrito de Saúde Leste

UNIDADE DE SAÚDE	BAIRRO	ENDEREÇO	HORÁRIO
UPA Dr Luis Atílio Losi Viana	Jdm Paulistano	Av. Treze de Maio, 353	24 horas
UBDS Dr. Ítalo Baruffi	Castelo Branco Novo	Rua Dom Luis do A. Mousinho, 3.300	07/19 h
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	Jdm Juliana	Av. Dr. Marco Antônio Macário dos Santos, 602	07/17 h
USF José Paulo Pimenta de Mello	Jdm 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 Ribeirão	Rua Adolfo Zéo, 287	07/17 h

5.1.5 – Distrito de Saúde Oeste

UNIDADE DE SAÚDE	BAIRRO	ENDEREÇO	HORÁRIO
CSE Dr. Joel Domingos Machado	Sumarezinho	Rua Cuiabá, 601	24 horas
USF Prof. Dr. Breno J. Guanais Simões - Núcleo 1	Sumarezinho	Rua São Salvador, 1.293 e 1303	07/17 h
USF Enf ^a . Maria Teresa Romão Pratali - Núcleo 2	Sumarezinho	Rua Cameté, 49	07/17 h
USF Prof ^a . Dr ^a . Célia de Almeida Ferreira - Núcleo 3	Vila Amélia	Trav. Nossa Senhora da Penha, 55	07/17 h
USF Marina Moreira de Oliveira - Núcleo 4	Alto do Ipiranga	Rua Salto Grande, 20	07/17 h
USF Prof ^a . Dr ^a . 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
USF 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 Infantil Thalita Lima da Silva	Ipiranga	Av Dom Pedro I, 1997	07/17 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
<ul style="list-style-type: none"> • 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

– Relação de participantes da Oficina “SUS – EU PARTICIPO”, realizada nos dias 05 e 06 de junho de 2013, com o objetivo de elaborar propostas para o Plano Municipal de Saúde 2014-2017.

Adriana Gonçalves	Daniel Benez Ricieri	Heloisa Helena de Almeida Batista
Adriana Mafra Brienza	Daniel de S. Maziero	Hercília Renata M. de Mattos
Adriana S. Bispo e Silva	Daniela Elias G. de A. Miranda	Humberto Grecca Neto
Aldaísa Cassanho Forster	Daniela Santos de L. Pereira	Ilka Barbosa Pegoraro
Altacílio Aparecido Nunes	Dário H. Teófilo Schezzi	Isis Fernanda Arenhart
Amaury Lelis Dal Fabbro	David R. Bulgari	Jacqueline de Souza
Ana Carolina da Silva	Deise Cristina Albuquerque Lins	Jael de P. Guimarães
Ana Carolina U. Vanzella	Denise Furlan Silva	Jaime Augusto Cerveira
Ana Emilia Moreira	Denise Sarreta Ignácio	Jane Aparecida Cristina
Ana Livia Teixeira	Diva Gonçalves dos Santos Palucci	Jany Mary Pila dos Santos
Ana Lúcia Silva Marçal	Dondson Amancio Filho	Joab Jefferson da Silva Xavier
Ana M. Jábali Marques	Edi Anelli	João Terra Filho
Ana Paula Neroni Stina	Edila Muniz Retamal	José Olavo Felipe
Ana Paula Silveira Gericó Speri	Edmar Palviqueres	José Willian D. Silva
Ana Silvia Ciscato Camillo	Edna Cristina C. Patucci	Josiane A. F. da Costa Montans
Anali D. O. C. P. Martini	Eduardo Francon	Juliana Darahem
Andréia M. T. Ribeiro	Elaine M. Baptista	Julieta Ueta
Ane Elisa L. M. Freire	Eliana M. F. de Aguiar Tonetto	Júlio José Cunha
Angela Aparecida Benício	Elisabete Rissato Narciso	Jurandy dos Santos Garcia
Angela Maria Ap. Serafim	Ellen Cristina Masahkas	Karina Bueno De Godoy
Angélica Daisy Rosa	Elza de Oliveira	Keila U. Menezes
Anna Thaiza F. M. Rosa	Emilly Rasquini Arnas	Kelly Andressa de Paula
Aparecida Heloisa C. Ferreira	Érica Amanda Garcia Gobatti	Lara Lucia Bonini Ribeiro
Aracele da S. Nascimento	Erika R. V. Moura	Larissa Gerin
Arianny da Silva Fonseca	Érika Ressano Vasoncelos	Leandra A. Sousa
Áurea Moretti Pires	Eurípides A. Silva	Leandra Marinelli Cardoso
Bárbara Grazielle Ramos	Fabiana Carla Pontim Catani	Leandra Sousa
Bruna Barsalobres Bottaro	Fátima Aparecida de Bonifácio Heck	Leila Ap. da Costa Pereira
Bruna Reis Banzi	Fátima Regina de Almeida L. Neves	Letícia Bizari
Camila Toscano	Fernanda Bergamini	Liliana Alves Pereira
Carlos Eduardo de Oliveira	Fernanda C. Padiál	Lis Ap. de Souza Neves
Carlos Gilberto Carlotti Junior	Fernanda M. da Silva	Lívia Maria Lopes
Carolina Maria da S. Brasil	Gabriela Miron Barcelos	Luana Letícia Capato
Célia Mara G. Lima	Gilda Ap. Cremonex Tahan	Lúcia Helena F. Rodrigues
Cláudia S. Vassimon	Giovanna Teresinha Candido	Luciana Mazucato Fontes do Patrocínio
Cleide Nunes Mendonça	Gláucia T. Braghetto	Luciano Marcelino
Conceição Ap. de Souza	Glauco G. F. de Carvalho	Lucieli Dias Pedreschi Chaves
Corina Fontes	Guilherme Gonçalves Conceição	Lucila L. K. Elias
Cristiane Carlos Mor	Gustavo Trevisan Silva	Magali Augusta Perez
Cristiane S. Andrade	Helena Yuri Nishinari Mello	Marcelo Alves Borges
Cristina Andrade Alencar	Hélia Maria de O. Zucolotto	Márcia Cristina Guerreiro dos Reis

Márcio Reinaldo Pereira da Silva	Mirian da Silva Carvalho	Sarah Cristina Andrade Silva
Mari Ângela Gonçalves	Mônica Zechin O. Toniello	Silvia Helena Possati Moraes
Maria Alice de Freitas Colli Oliveira	Natalia Ceconello Vaz Soncini	Silvia Maria Vilela de Lima
Maria Alice S. Marim	Nayara Cristina Pereira Henrique	Silvia Sidnéia da Silva
Maria Aparecida Amancio de Mendonça	Nelson Macedo Liporaci	Sinval A. Santos
Maria Claudia M. Borges	Nelson Sebastião Fávero	Stefania Dallas G. de Brito Almeida
Maria Cristina Bárbaro	Neusa Maria Rodrigues	Suely Francisco
Maria Cristina Ferreira	Patrícia Mara Nossa	Suzi Volpato Fábio
Maria de Lourdes M. Evangelista Mauad	Patrícia Mengele	Talita Carolina Pimenta Braulio
Maria de Lourdes Vilela de Faria	Paula Garcia Chiarello	Tânia Silva Gomes Carneiro
Maria do Carmo G. Caccia Bava	Priscila Maria O. Marques	Tatiane S. C. Silva
Maria Eliane B. da Silva	Rachid R. R. Cury	Telma Maria Braga Costa
Maria Elizabeth Monteiro	Rafaela Azenha Teixeira de Oliveira	Teresa Cristina Lima Baptista Donha
Maria Estela Roma	Ramon Paiva Ribeiro	Thaiane S. Gerra Caetano
Maria Helena dos Santos Stella	Raquel Maria Cordeiro Bassora	Thalita de Melo Rosa
Maria Joselita do Nascimento	Regina Célia Granato F. Cerveira	Tiemi Arakawa
Maria Nazareth G. Vieira da Silva	Renata Cerri	Tufik José Magalhães
Maria Renata G. B. Villela	Renato Dantonio Paciência	Vânia Cantarella Rodrigues
Mariana Pereira Nóbrega	Renato Tardelli	Vera Lúcia da Silva
Mariana Rocha	Rinaldo Eduardo Machado de Oliveira	Verônica Diniz Hayashi
Mariana Rocha Bertola	Rita Ap. F. Camargo da Cruz	Vitório Eduardo A. Santos
Mariane Kiyoto Moysés	Rita Ap. Ferreira Camargo da Cruz	Vivian Rosie de Sousa
Marina de Felipe Antônio	Rita Rocha Capucho	Viviane Macedo Constantino
Maria Cristina G. B. Garcia	Rosangela Aparecida Tortul Pereira	Vivien Marques do Nascimento
Mauricio Martins de Andrade	Rosyan Carvalho Andrade	Waldomiro Roberto Tavares
Mércia Barbosa	Rute Aparecida Casas Garcia	Wilson Mestriner Junior
Milena Domingos de Oliveira Rodarte	Samira Janis Eugenio	
Miriã A. Prado	Sandra Fachin	

5.3 – Referências

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS 2012-2015/** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. - Brasília DF - 2011.

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.

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. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2009**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus**. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: jun/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus: Sistema de Informações Hospitalares – SIH**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/miuf.def>>. Acesso em: ago/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa populacional ano 2000 e 2010** – DATASUS. Disponível em < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popsp.def> > . Acesso em: jun 2013.

INPAD. **II LENAD Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**, INPAD Instituto Nacional de Ciências e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas. UNIFESP Universidade Federal de São Paulo. Disponível em <http://www.inpade.org.br>, acessado em jul 2013

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010 - 2013**, Ribeirão Preto: Divisão de Planejamento em Saúde, Secretaria Municipal da Saúde, 2009.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Municipal de Saúde**, Conselho Municipal de Saúde, Secretaria Municipal da Saúde, Ribeirão Preto: 01,02 e 03 de julho de 2011.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatórios da Oficina SUS Eu Participo: trabalhadores, gestores, usuários e instituições de ensino para composição do Plano Municipal de Saúde 2014-2017** – realizada nos dias 05 e 06/06/2013.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde, Estado de São Paulo. **Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015**, Secretaria de Estado da Saúde, Estado de São Paulo, versão revisada até 06/10/2011.

SEADE. Perfil Municipal, **Fundação SEADE** – SP. Disponível em < <http://www.seade.sp.gov.br/produtos/perfil/perfil.php> >. Acesso em: jul 2013.