



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2022 - 2025



**CIDADE DE
CARAPICUÍBA**

PREFEITO DO MUNICÍPIO DE CARAPICUÍBA

MARCO AURELIO DOS SANTOS NEVES

VICE-PREFEITA

GILMARA GONÇALVES RIEVRS OLIVEIRA

GABINETE DO SECRETÁRIO

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE

DIOGO ALVES FERNANDES

SECRETÁRIO-ADJUNTO MUNICIPAL DA SAÚDE

KELLI CRISTINA LOPES

Elaboração do Plano Municipal de Saúde

PMS 2022-2025

Nome	Formação	Cargo
Adriana da Silva Santos	Enfermagem	Diretora da Atenção Básica
Audrei Ravena Borges	Enfermagem	Diretor da Saúde Mental
Bárbara Fernanda Ordine Anjos	Psicologia	Chefe de Gabinete
Diogo Alves Fernandes	Administração Hospitalar	Secretário de Saúde
Elaine da Silva Gomes	Direito	Diretora Administrativa
Eliezer Amós da Silva	Enfermagem	Diretor de Urgência e Emergência
Erika Carolina Fernandes Lima	Enfermagem	Coordenadora PSF
Fernando César de Sousa Fonseca	Medicina	Diretor Médico
Flávio Menezes Marques	Farmácia	Coord. Assist. Farmacêutica
Gisele Cardoso dos Santos	Administração	Diretora de RH
Katia Biscuola Campos Riente	Odontologia	Dentista
Kathleen Gomes de Lima	Administração	Diretora da Atenção Especializada
Kelli Cristina Lopes	Direito	Secretária Adjunta
Kleber Gonçalves Naia	Enfermagem / Fisioterapia	Diretor de Vigilâncias em Saúde
Leila Yumi Uehara	Farmácia	Farmacêutica
Marília da Silva Santos Pires	Gestão Hospitalar	Coord. UAC
Mayra Vieira Rodrigues	Matemática	Aux. Administrativo
Roberta C. Hipolide das Neves	Pedagogia	Diretora Adm. Saúde Mental

Identificações e Informações Territoriais

UF:	SP
Estado:	São Paulo
Área:	34,97 km ²
População:	405.375

Fonte: cidades.ibge

Secretaria de Saúde

Nome do Órgão:	Secretaria Municipal de Saúde
Número CNES:	7456700
CNPJ:	44.892.693/0001-40
Endereço:	Avenida Antonio Roberto 53 - Jardim das Belezas - Centro Carapicuíba - CEP 06315-270
E-mail:	secretaria.saude@carapicuiiba.sp.gov.br
Telefone:	(11) 4164-1210

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

Lista de Siglas:

- ACS:** Agente comunitário de saúde
- AD1:** Modalidade de Atendimento Domiciliar sendo esse aquele que requer cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais.
- AD2:** pacientes que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado.
- AD3:** destina-se aos pacientes semelhantes aos da AD2, mas que façam uso de equipamentos específicos.
- AP:** Atenção Primária
- APS:** Atenção Primária em Saúde
- CAPS:** Centro de Atenção Psicossocial
- CBAF:** Componente Básico da Assistência Farmacêutica
- CEAF:** Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
- CESAF:** Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
- CEO:** Centro de Especialidades Odontológicas
- CREAS:** Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- DRS:** Diretoria Regional Saúde
- EAP:** Equipe de Atenção Primária
- ESF:** Equipe Saúde da Família
- IPVS:** Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
- LME:** Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento do Componente Especializado.
- NAIC:** Núcleo de Atendimento de Infectologia de Carapicuíba
- NEPS:** Núcleo de Educação Permanente em saúde
- NIR:** Núcleo Interno de Regulação
- PAGLI:** Programa de Auto monitoramento Glicêmico
- PCDT:** Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas

PEP: Profilaxia Pós-Exposição

PMPB: Programa Mais médicos pelo Brasil

POP: Procedimento Operacional Padrão

PREP: Profilaxia Pré-Exposição

PSVD: Pronto Socorro Vila Dirce

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

REMUME: Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de saúde

USF: Unidade Saúde da Família

Sumário

Carta do Secretário.....	11
1. Introdução	13
2. Diagnóstico situacional	15
2.1. Perfil Sócio Demográfico	16
2.2. Os grupos de vulnerabilidade social	18
2.3. Aspectos Geográficos.....	20
2.4. Condições de Vida e Ambiente	21
2.5. Habitação.....	22
2.6. Renda.....	23
3. Condições de Saúde da População	25
3.1. Nascido Vivo.....	25
3.2. Mortalidade Geral do Município	26
3.3. Mortalidade Infantil	26
3.4. Mortalidade Materna.....	37
4. Doenças e Agravos de Notificação Compulsória	39
4.1. Fatores de risco aos agravos de saúde	43
5. Principais fatores de risco à saúde	45
5.1. Infraestrutura e condições ambientais	45
5.2. Hábitos de vida e alimentação	46
6. Grupos populacionais	48
6.1. Saúde da criança e do adolescente	48
6.2. Saúde da mulher.....	53
6.3. Saúde do idoso	54
6.4. Outros grupos Populacionais.....	56
7. Acesso às ações e serviços de saúde	58
7.1 Estruturação da Rede Física	58
8. Redes de Atenção à Saúde.....	60
8.1. Atenção Primária em Saúde.....	62
8.2. Cobertura da Atenção Primária	64
9.0. Programas de Saúde	66

9.1. Estratégia de Saúde da Família	66
9.2. Equipes de Atenção Primária (EAP).....	67
9.3. Programa Saúde na Hora	68
9.4. Programa Saúde na Escola	68
9.5. Consultório na Rua	69
9.6. Rede Cegonha	69
9.7. Programa Hiperdia	70
9.8. Programa Médicos pelo Brasil	71
9.9. Informatiza APS	71
9.10. Saúde Bucal.....	72
9.11. Psicologia	73
9.12. Assistência Social	75
9.13. Fonoaudiologia	78
9.14. Terapia Ocupacional.....	79
9.15. Nutricionista	79
9.16. Laboratório.....	79
10. Serviços Especializados de Atenção à Saúde.....	81
10.1. Atenção Especializada	81
10.2. Policlínica	84
10.3. Central de regulação ambulatorial	88
10.4. Centro de fisioterapia e estimulação precoce.....	89
10.5. Centro de especialidades odontológicas – CEOs.....	92
11. Saúde Mental	95
11.1. CAPS Infantil	95
11.2. CAPS III Adulto	96
11.3. CAPS AD III Álcool e Drogas	97
11.4. Projeto Acolhe.....	98
11.5. Casa do Adolescente	98
11.6. Residência Terapêutica I	99
11.7. Residência Terapêutica II	100
12. Atendimento de Urgência Adulto e Pediátrico.....	101

12.1	Regime de Observação Clínica.....	101
12.2.	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT	102
12.3.	Serviço de Exames de Imagem – Radiografia	102
12.4.	Pronto Socorro Da Vila Dirce (PSVD)	102
12.5.	Pronto Socorro COHAB II.....	105
12.6.	Pronto Socorro Infantil	107
12.7.	Serviço Atendimento Móvel De Urgência (SAMU)	109
12.8.	Serviço de Transporte Inter Hospitalar (SETIH)	111
12.9.	SAD – Serviço de Atenção Domiciliar	111
12.10.	Atenção Hospitalar.....	114
12.11.	Função Cross	115
13.	Assistência Farmacêutica	116
13.1.	Acesso e Serviços oferecidos.....	116
13.2.	Componente Especializado e Saúde Mental – Farmácia Especializada.....	118
13.3.	Componente Estratégico – NAIC.....	119
13.4.	Urgência e Emergência – PAS e SAMU.....	121
13.5.	Saúde Mental (CAPS E Residências Terapêuticas)	121
13.6.	Almoxarifado	122
13.7.	Farmácia Judicial	122
13.8.	Ferramenta de Apoio	123
14.	Vigilância em Saúde	124
14.1.	Vigilância Sanitária	124
14.2.	Vigilância em Zoonoses	126
14.3.	Vigilância Epidemiológica.....	128
14.4.	NAIC - Núcleo de Atendimento de Infectologia de Carapicuíba	130
15.	Gestão em saúde	132
15.1.	Estratégia na Saúde.....	134
15.2.	Mapa Estratégico	135
15.3.	Relações Inter setoriais	136

15.4. Relações Interfederativas	136
16. Planejamento	138
17. Participação e Controle Social	144
19. Gestão e Apoio ao Trabalho e Educação Permanente em Saúde	146
19.1. Gestão de Pessoas.....	146
19.2. Educação Permanente em Saúde.....	147
19.3. Qualidade de Vida do Servidor	148
19.4. Padronização dos Processos de Trabalho	148
20. Financiamento e Principais Despesas Municipais.....	149
20.1. Histórico do financiamento do SUS	149
20.2. Mudanças no Financiamento da Saúde - Blocos de Financiamento.....	150
20.3. Aporte de recursos em Ações e Serviços Públicos de Saúde	155
20.4. Orçamento	159
20.5. Emendas Parlamentares	159
20.6. Contratos	160
20.7. Judicialização da Saúde	161
21. Diagnóstico Geral.....	162
22. Relatório Final IX Conferência de Saúde.....	163
23. Diretrizes, Objetivos e Metas	180
24. Monitoramento e avaliação.....	192
25. Referências	193

Carta do Secretário

A Gestão da Saúde é um grande desafio em todo o Brasil, seja por insuficiência de financiamento ou por fragilidade de gestão, somado à inerente complexidade que a atividade possui e ao volume de pessoas que dependem do sistema público de saúde. Em Carapicuíba esta dificuldade se amplia, devido à escassez de recursos, já que é o município com a menor arrecadação do estado de São Paulo.

Entretanto, com a pandemia da Covid-19 ficou ainda mais evidente que é possível realizar grandes ações de saúde, mesmo com recursos limitados, sendo que num cenário de incertezas técnicas e administrativas, Carapicuíba foi destaque nacional no combate ao Coronavírus, por sua organização, planejamento e efetividade na oferta de serviços, que salvaram muitas vidas, tais como a testagem em massa, bloqueio de contágio, implantação do Centro de Enfrentamento ao Coronavírus, implantação do Hospital de Campanha e Contratação de leitos clínicos e de UTI da rede privada, garantindo acesso a todos que precisaram, em quaisquer níveis de assistência, com decisões assertivas, em tempo hábil e até mesmo antecedendo orientações do Ministério da Saúde.

Este imponente resultado é proveniente de um trabalho técnico, focado na qualidade assistencial e atendimento humanizado, tendo o paciente como centro das atividades e ações de saúde, proporcionando direção na qual são pautadas as decisões diariamente, buscando sempre o cumprimento de nossa missão: **Desenvolver ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde, norteadas pelas diretrizes do SUS, em todos os níveis assistenciais, proporcionando atendimento humanizado.** Este trabalho envolve não somente gestores dos serviços, mas sim toda a equipe de trabalhadores da saúde, das áreas assistenciais, áreas de apoio e áreas

administrativas, que se dedicam incansavelmente às melhorias da saúde do nosso município.

Com a participação da sociedade na construção de novos desafios para a saúde de Carapicuíba, teremos resultados ainda mais assertivos, focados nos anseios e necessidades da população. O Plano Municipal de Saúde (PMS) é o instrumento que define as prioridades da gestão e foi elaborado com base nas propostas definidas na IX Conferência Municipal de Saúde, que ocorreu no dia 05 de novembro de 2021, de forma democrática e participativa, evidenciando a importância da participação e controle social. Também se faz imprescindível uma gestão estratégica, com uso de ferramentas administrativas para planejamento da efetivação do alcance e viabilização dos objetivos e metas estabelecidas, focando sinergicamente na nossa visão de futuro: **Ser referência em qualidade nos serviços de saúde, oferecendo atendimento humanizado, atingindo alto nível de satisfação da população.** Desta forma, a equipe técnica da saúde também tem grande importância na construção do futuro da saúde do nosso município, com olhar voltado aos princípios e diretrizes do SUS e com ampla visão de regionalização. Portanto, o presente "Plano Municipal de Saúde 2022 – 2025" vai além de um documento norteador de gestão, trata-se de um poderoso marco na história de Carapicuíba.

Agradeço a todos os conselheiros municipais de saúde, munícipes e trabalhadores da saúde, que se dedicaram durante vários dias na elaboração de propostas e sonhos para um SUS acessível e de qualidade para todos!

Diogo Fernandes

Secretário Municipal de Saúde de Carapicuíba

1. Introdução

O Plano Municipal de Saúde representa uma oportunidade de verificar as aspirações na saúde pública municipal e também de avaliar os avanços alcançados no Sistema Único de Saúde (SUS), uma das principais políticas públicas de inclusão social no Brasil.

Nesse sentido, a elaboração, a execução e o monitoramento devem observar os princípios do SUS estabelecidos na Constituição Federal de 1988 e em outras normativas, bem como a universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular. Esses são princípios que devem sempre guiar a atuação da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), e que foram diretrizes nesse processo de elaboração.

O Plano Municipal de Saúde é configurado como base para execução, acompanhamento e avaliação da gestão do sistema de saúde, contemplando todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade da assistência. O “Plano Municipal de Saúde 2022-2025” traz como ações estratégicas de qualificação da oferta de serviços na atenção básica à saúde, a ampliação e a qualificação dos serviços da atenção especializada ambulatorial, o aperfeiçoamento do serviço de urgência e emergência, bem como o fortalecimento do sistema de vigilância em saúde, da gestão do SUS e da participação popular.

Este Plano Municipal de Saúde considerou as propostas do Relatório Final da Conferência Municipal de Saúde, realizada no município de Carapicuíba em 05 de novembro de 2021, momento de amplo debate com participação social na formulação da política de saúde, e contemplará o detalhamento das propostas nas Programações Anuais de 2022-2025, conforme a disponibilidade orçamentária e financeira do poder público.

Sabe-se que o planejamento no setor saúde adquire maior importância, na medida em que se configura como um relevante mecanismo de gestão que visa conferir e direcionar ao processo de consolidação do SUS, aonde os gestores do setor saúde vêm se empenhando continuamente em planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde. Tais esforços têm contribuído, certamente, para os importantes avanços registrados pelo SUS.

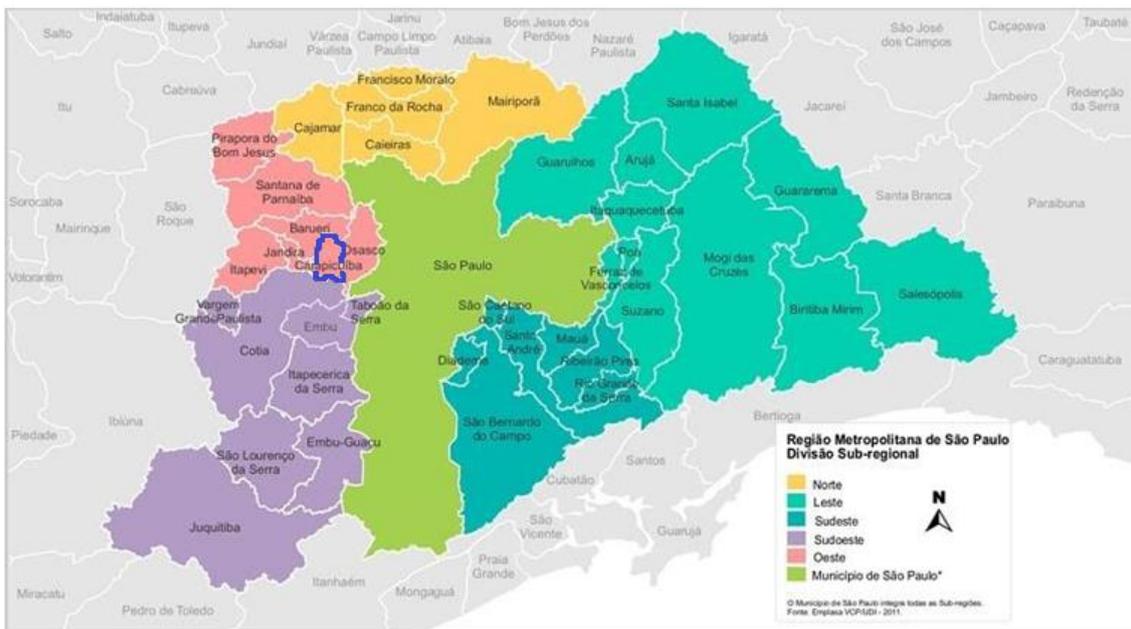
Nos últimos anos a Secretaria Municipal de Saúde tem vivenciado seus maiores desafios, a pandemia ocorrida em 2020/2021 desencadeou um período de incertezas e enormes desafios do sistema de saúde, bem como no campo econômico e social. Os impactos do Coronavírus afetaram o mundo todo, com efeitos gravíssimos em todos os países, inclusive o Brasil. As implicações em curto prazo derivadas desse desafio global são evidentes em todos os lugares, porém as consequências a longo prazo ainda são incomensuráveis.

2. Diagnóstico situacional

A formação do município está ligada à história da Aldeia de Carapicuíba, um marco da resistência indígena diante da ação dos Bandeirantes. Fundada em 12 de outubro de 1580, pelo padre José de Anchieta, foi a única, das 12 aldeias de catequese, que sobreviveu à interferência do homem “civilizado”.

A cidade de Carapicuíba é um município da Região Metropolitana de São Paulo, no estado de São Paulo, Brasil. Tornou-se município em 1965, quando se emancipou de Barueri. A cidade é a segunda mais populosa da Microrregião de Osasco, sendo vizinha de Osasco, Barueri, Cotia e Jandira. Localiza-se na Zona Oeste da Grande São Paulo, sendo 23 km distantes da Praça da Sé, marco zero de São Paulo.

Figura 1 – Mapa da Região Metropolitana de São Paulo e destaque Carapicuíba.



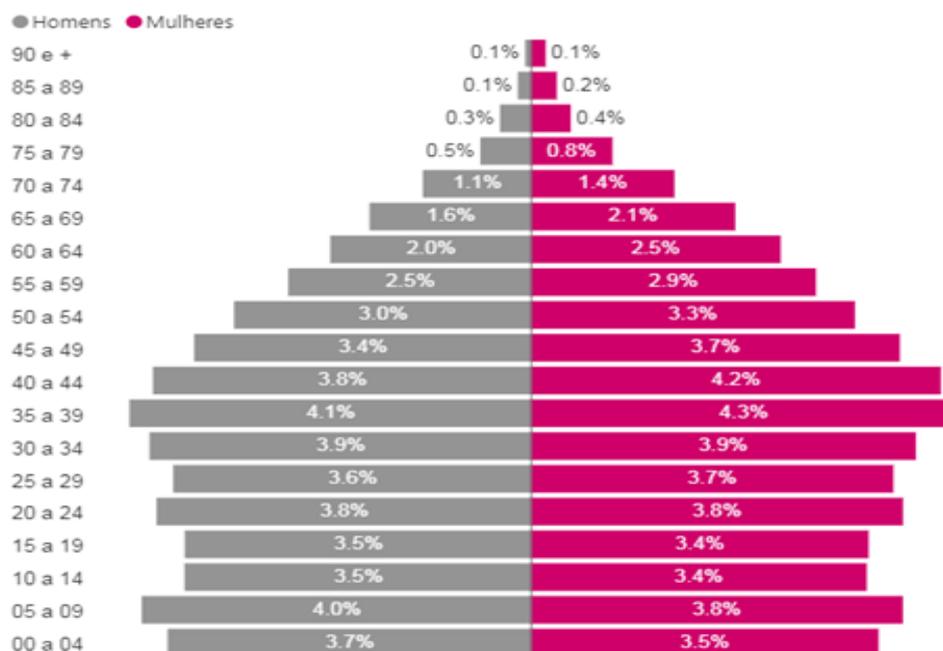
Fonte: *Reprodução/ Governo de SP*

2.1. Perfil Sócio Demográfico

Segundo dados do IBGE, Carapicuíba possui estimativa populacional de 405.375 pessoas em 2021, um aumento considerável em relação ao último censo 2010 quando registrou 369.584 habitantes.

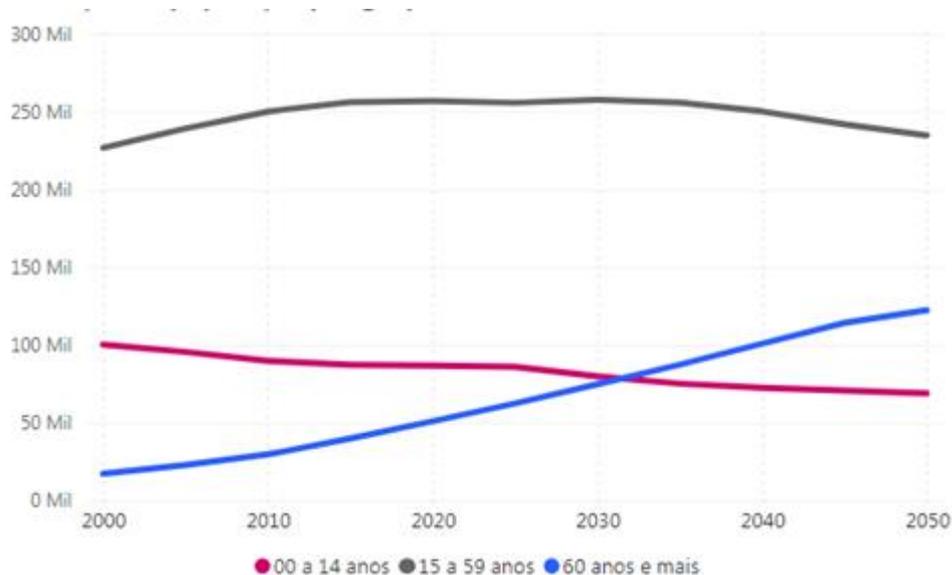
A pirâmide populacional do Município de Carapicuíba demonstra que a concentração de adultos está na faixa etária entre 35 e 44 anos conforme figura 2. Atualmente vivemos uma situação de transição demográfica no país e em especial nas regiões metropolitanas. Essa transição é sentida pela redução da taxa de crescimento populacional e aumento da longevidade e envelhecimento populacional. As transformações na estrutura etária refletem no estreitamento da base da pirâmide indicando queda da mortalidade infantil e diminuição da fertilidade e alargamento gradual da parte superior devido ao envelhecimento. A alta proporção de idosos demonstra a necessidade de políticas públicas que contemplem o aumento de doenças crônicas e o câncer visando a qualidade de vida da população.

Figura 2 – População de Carapicuíba segundo sexo e idade.



Fonte: SEADE 2021

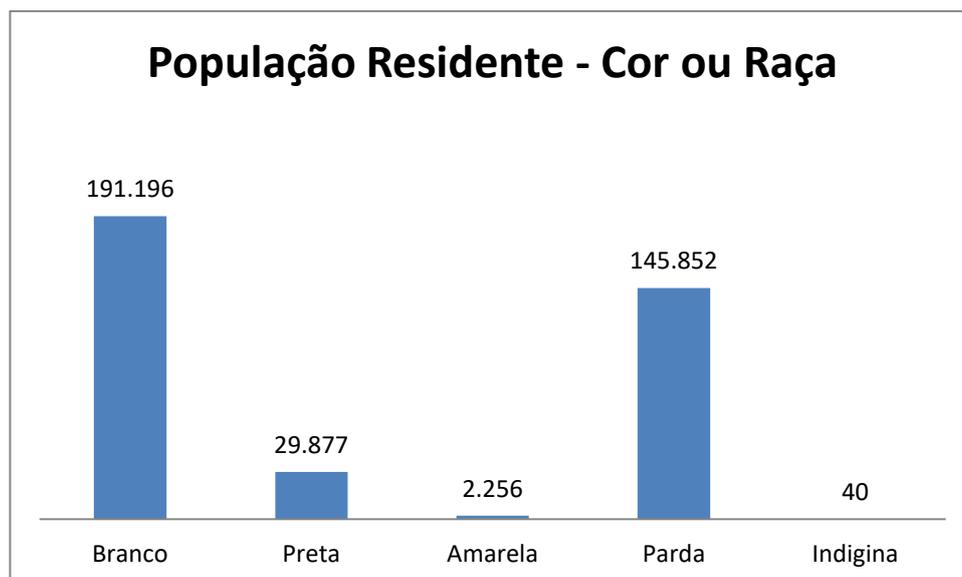
Figura 3 – Evolução da população de Carapicuíba por grupos de idade.



Fonte: SEADE 2021

A distribuição da população segundo raça no Município de Carapicuíba indica maior parte 51,7% de raça branca, 39,5% parda, 8,1% preta e em baixíssimo percentual amarela e indígena, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 1 – População Residente – Cor ou raça



Fonte: IBGE (2010)

Grande parte das causas de doenças e desigualdades em saúde deriva, principalmente, de fatores como: condições em que a pessoa nasce; trajetórias familiares e individuais; desigualdades de raça, etnia, sexo e idade; local e condições de vida e moradia; condições de trabalho, emprego e renda; acesso à informação e aos bens e serviços potencialmente disponíveis.

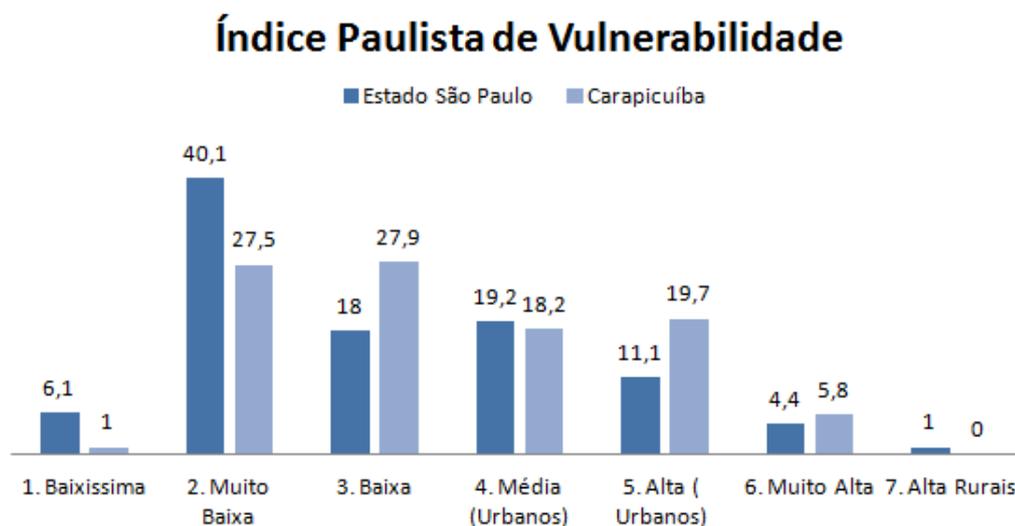
As questões socioeconômicas, raciais e de gênero estão associadas às iniquidades em saúde. Embora nas últimas décadas, as taxas de mortalidade na população em geral tenham diminuído e aumentado a expectativa de vida, a população negra ainda apresenta altas taxas de morbimortalidade em todas as faixas etárias, quando comparadas com a população geral.

Os indicadores de saúde, quando cruzados com as características socioeconômicas, revelam a importante relação entre saúde, seus determinantes sociais e a organização do sistema de saúde. A compreensão deste conjunto é fundamental para instrumentalizar a elaboração de políticas e programas voltados para o combate às desigualdades, principalmente na saúde, em que se busca construir um SUS equitativo no acesso e pautado na integralidade da saúde.

2.2. Os grupos de vulnerabilidade social

Os sete grupos do Índice Paulista Vulnerabilidade Social resumem as situações de maior ou menor vulnerabilidade às quais a população se encontra exposta (Gráfico), a partir de um gradiente das condições socioeconômicas e do perfil demográfico (Tabela). As características desses grupos, no município de Carapicuíba, são apresentadas a seguir.

Gráfico 2 – Distribuição da População, segundo grupos do índice Paulista de Vulnerabilidade Social



Fonte: IBGE. SEADE (2010).

O **Grupo 1** (baixíssima vulnerabilidade): 3.605 pessoas (1,0% do total). No espaço ocupado por esses setores censitários, o rendimento nominal médio dos domicílios era de R\$10.393 e em 1,2% deles a renda não ultrapassava meio salário mínimo per capita.

O **Grupo 2** (vulnerabilidade muito baixa): 100.997 pessoas (27,5% do total). No espaço ocupado por esses setores censitários, o rendimento nominal médio dos domicílios era de R\$2.307 e em 11,0% deles a renda não ultrapassava meio salário mínimo per capita.

O **Grupo 3** (vulnerabilidade baixa): 102.376 pessoas (27,9% do total). No espaço ocupado por esses setores censitários, o rendimento nominal médio dos domicílios era de R\$1.849 e em 15,8% deles a renda não ultrapassava meio salário mínimo per capita.

O **Grupo 4** (vulnerabilidade média - setores urbanos): 66.754 pessoas (18,2% do total). No espaço ocupado por esses setores censitários, o rendimento nominal médio dos domicílios era de R\$1.703 e em 20,9% deles a renda não ultrapassava meio salário mínimo per capita.

O **Grupo 5** (vulnerabilidade alta - setores urbanos): 72.403 pessoas (19,7% do total). No espaço ocupado por esses setores censitários, o rendimento nominal médio dos domicílios era de R\$1.550 e em 25,3% deles a renda não ultrapassava meio salário mínimo per capita.

O **Grupo 6** (vulnerabilidade muito alta - aglomerados subnormais): 21.422 pessoas (5,8% do total). No espaço ocupado por esses setores censitários, o rendimento nominal médio dos domicílios era de R\$1.226 e em 36,4% deles a renda não ultrapassava meio salário mínimo per capita.

2.3. Aspectos Geográficos

A extensão territorial de Carapicuíba é de cerca de 35 Km² totalmente em zona urbana. Caracteriza-se pela alta densidade demográfica 11.474,59 hab./Km², muito superior se comparado com a Região Metropolitana de São Paulo 2.674,27 hab./Km² e com o restante do Estado de São Paulo 180,86. A urbanização não planejada tem como consequência muitas áreas críticas em relação ao desenvolvimento urbano.

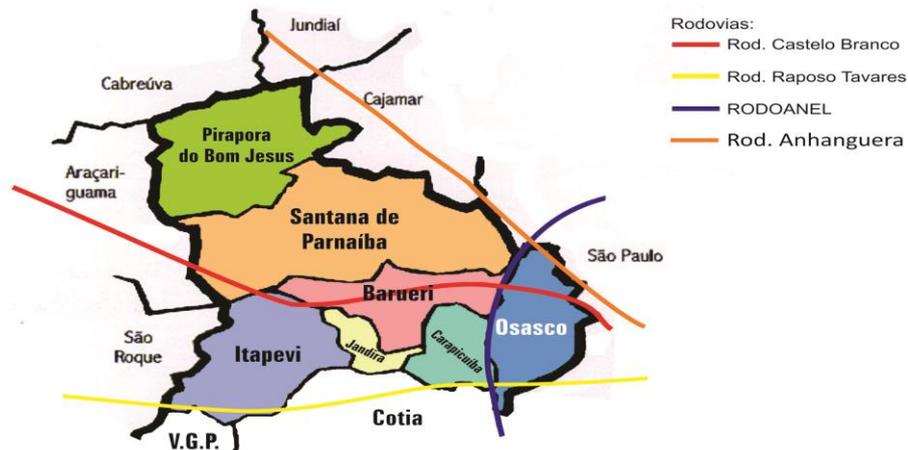
As principais vias de acesso ao Município são:

- Rodoviárias - Rodovia Presidente Castelo Branco, Rodovia Raposo Tavares, Rodoanel Governador Mário Covas, Avenida dos Autonomistas, Avenida Deputado Emílio Carlos e Marginal do Ribeirão Carapicuíba;

- ferroviária (Companhia Paulista de Trens Metropolitanos – CPTM)
- A linha 8 Diamante é a que serve o município com as Estações Miguel

Costa, Carapicuíba e Santa Terezinha. Apesar das melhorias realizadas nos últimos anos, ainda é deficitário, principalmente nos horários de pico.

Figura 4 - Mapa das Rodovias que cruzam a Região da Rota dos Bandeirantes.



Fonte: Wikipédia

O ponto mais alto do Município está a 848 m de altitude em relação ao nível do mar. É circumbanhado pelos rios Ribeirão de Carapicuíba e Cotia, pertencentes à bacia do Tietê.

2.4. Condições de Vida e Ambiente

Há uma íntima relação entre saúde e ambiente. Sendo a homem parte integrante da natureza é certo que depende de um meio ambiente saudável para possibilitar qualidade de vida e saúde. Em diversos exemplos podemos verificar como os danos causados pela degradação do meio ambiente provocando prejuízos à saúde individual e coletiva. Além disso, as condições adequadas no fornecimento de água potável, coleta de lixo, tratamento de esgoto, limpeza das vias públicas, entre outros fatores são fundamentais para evitar o processo de adoecimento.

Figura 5 - Área do Setor de Saneamento

▼ ÁREA DO SETOR DE SANEAMENTO	
▼ ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
▼ Número de economias abastecidas	145.678
NÚMERO DE ECONOMIAS ATIVAS ABASTECIDAS RESIDENCIAIS	138.106
▼ Características do Abastecimento de Água	
▶ COM REDE DE DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA	Sim
Extensão total da rede de distribuição de água	641
▶ Volume de água tratada distribuída por dia	83.619
▶ Volume de água consumido por dia	49.528
Índice de perdas calculado	40,8
▼ ESGOTAMENTO SANITÁRIO POR REDE COLETORA	
▶ Número de economias esgotadas	104.430
▼ Características do Esgotamento Sanitário	
▶ COM REDE DE ESGOTAMENTO SANITÁRIO	Sim

Fonte: IBGE

2.5. Habitação

Carapicuíba tem 100% da população residente em área urbana. Sua infraestrutura urbana é abrangente, sendo que 87% tem acesso ao esgotamento sanitário adequado (IBGE 2010).

A estimativa de 2020 aponta para 130.531 domicílios particulares ocupados, sendo a média de 3,02 hab. por domicílio.

Convive com invasão de áreas livre, território intensamente ocupado de forma desordenada, além de residências feitas por autoconstrução.

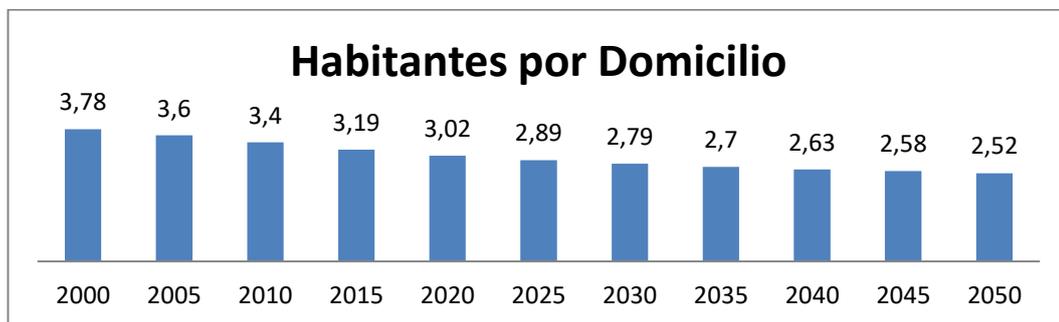
Segundo o IBGE, há em Carapicuíba 27.710 pessoas vivendo em Aglomerados Subnormal, compreendendo formas de ocupação irregular em áreas urbanas, para fins de habitação, de terrenos de propriedade alheia (públicos ou privados). Em geral, são caracterizados por um padrão urbanístico irregular, carência de serviços públicos

essenciais e localização em áreas com restrição a ocupação. Em alguns Municípios, são conhecidos como favelas, comunidades, etc.

A baixa renda dos munícipes e o pequeno orçamento municipal dificultam as ações de correção de infraestrutura e urbanismo.

No gráfico abaixo pode ser observado o número de habitantes por domicílio, podendo ser identificada uma tendência de queda nos últimos anos.

Gráfico 3: Número de habitantes por domicílio em Carapicuíba e projeção até 2050.



Fonte: IBGE (2010)

2.6. Renda

A renda per capita da população é bem menor se comparada ao restante da Região Metropolitana e ao Estado de São Paulo. Em Carapicuíba a renda per capita é de R\$ 577,56, na Região Metropolitana é de R\$ 948,09, significando 61%. Ainda em relação à baixa renda da população, o percentual de domicílios com renda per capita de até $\frac{1}{2}$ é de 25,03% e de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo 10,89%, conforme quadros abaixo.

Figura 6 – Índice de Desenvolvimento Humano e Renda per capita

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM - 2010	
Município	0,749
RG	...
Estado	0,783

Renda per Capita - Censo Demográfico (Em reais correntes) - 2010	
Município	577,56
RG	948,09
Estado	853,75

Domicílios Particulares com Renda per Capita até 1/4 do Salário Mínimo - Censo Demográfico (Em %) - 2010	
Município	10,89
RG	8,91
Estado	7,42

Domicílios Particulares com Renda per Capita até 1/2 Salário Mínimo - Censo Demográfico (Em %) - 2010	
Município	25,03
RG	20,52
Estado	18,86

Fonte: SEADE – Perfil dos Municípios 2010

3. Condições de Saúde da População

3.1. Nascido Vivo

Esse indicador representa o número de nascidos vivos no período de um ano, excluindo o número de crianças que nasceram mortas ou que morreram logo após o nascimento. Representa a relação entre os nascimentos em um ano e o número total da população.

As informações dos nascidos vivos de um Município são essenciais na construção de indicadores de saúde e demográficos, como coeficiente de mortalidade infantil, proporção de baixo peso ao nascer e taxas de fecundidade. Esses indicadores podem ser utilizados em atividades de vigilância epidemiológica e planejamento, assim como na avaliação de políticas e ações de serviços de saúde. A seguir, dados de nascidos vivos em Carapicuíba no período de 01/2018 a 10/2021:

Quadro 1: Proporção de Partos segundo tipo, Carapicuíba, 2018-2021*.

ANO	PARTO VAGINAL	PARTO CESARIANA	TOTAL DE PARTOS	MÉDIA DE PARTOS POR MÊS
2018	3782 (51,5%)	3563 (48,5%)	7345	612
2019	3600 (52,4%)	3269 (47,6%)	6869	572
2020	3140 (51,7%)	2930 (48,3%)	6070	505
2021*	2548 (54,2%)	2151 (45,8%)	4699	470

Fonte: SINASC dados até outubro/2021

Observa-se em Carapicuíba uma alta proporção de partos cesariana, porém esta taxa se mantém nos últimos quatro anos com leve queda em 2021, taxa esta que se sugere ser modificada, ampliando o número de partos vaginais com fortalecimento do Pré-natal e maior empoderamento da parturiente, visto que as complicações pós-parto quando cirúrgicos, podem ser de maior prevalência quando comparados ao parto vaginal.

Analisando a tabela acima, observa-se um dado de extrema importância que é a queda de natalidade nos últimos 04 anos.

Quando as políticas públicas estão atendendo com maior eficiência à população, ou seja, há planejamento familiar, maior inserção de mulheres no mercado de trabalho, maior acesso à saúde e a métodos contraceptivos ocorre uma queda na taxa de nascidos vivos, citam-se também outros fatores responsáveis pela diminuição de natalidade como urbanização e melhoria nas condições de educação.

3.2. Mortalidade Geral do Município

Quadro 2: Total de Óbitos e principais causas, Carapicuíba, 2018-2021*.

ANO	CARDIOVASCULARES	NEOPLASIAS	RESPIRATÓRIAS	COVID-19	OUTROS	TOTAL DE ÓBITOS
2018	730	347	65	-	936	2078
2019	705	325	65	-	987	2082
2020	601	372	61	508	1116	2658
2021*	639	221	40	681	947	2528

Fonte: SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

Na análise do número de óbitos gerais do município, podemos observar que segue a lógica da região, sendo que as doenças do aparelho circulatório são as principais causas que levam a óbito os nossos munícipes, seguida de neoplasias e doenças do aparelho respiratório. Observa-se aumento no total de óbitos nos anos de 2020 e 2021, devido à alta taxa de mortalidade enfrentada em todo o mundo em razão da pandemia do COVID-19.

3.3. Mortalidade Infantil

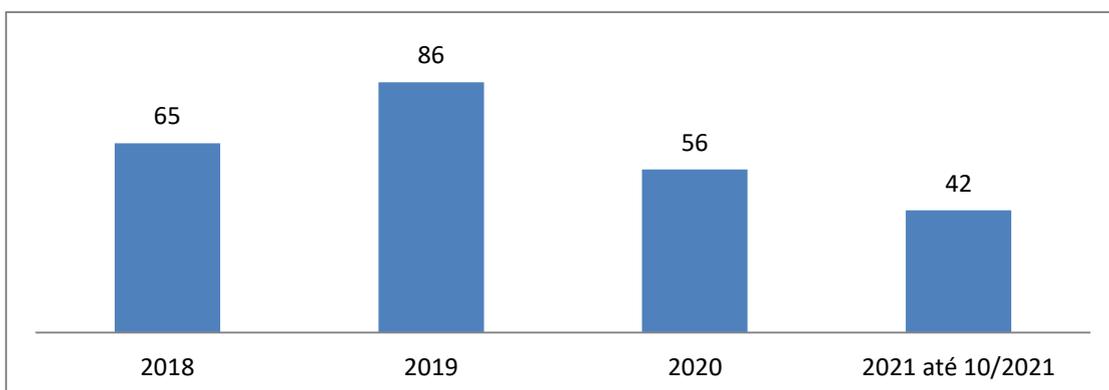
A mortalidade infantil é um indicador muito importante da saúde e condições de vida de uma população. Com este indicador, estima-se o risco de um nascido vivo morrer antes de chegar a um ano de vida. Valores elevados refletem precárias condições de vida e saúde além do baixo nível de desenvolvimento social e econômico.

Com o avanço da qualidade de saúde, observa-se o declínio deste indicador, ou seja, a melhoria nos serviços de atenção primária à saúde proporciona maior acesso ao pré-natal e promoção do aleitamento materno, aumento da cobertura vacinal e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida.

Para reconhecermos este perfil, cabe a Vigilância em Saúde o estudo de cada caso de mortalidade, pois mesmo que este indicador apresente-se declinando, devemos conhecer os casos para analisar as mudanças de necessidades de saúde e questões sociais dentro do município. Com isso, cabe ao serviço de vigilância o direcionamento adequado para melhorias, evitando assim novas perdas em casos de óbitos evitáveis.

A vigilância de óbito acontece inicialmente pela equipe de mortalidade infantil, a qual irá realizar as visitas domiciliares, avaliação de prontuários e apresentação dos casos junto ao Comitê de Mortalidade Infantil. Neste momento, os casos são discutidos tecnicamente e avaliados como evitável ou não evitável e o que fazer para que sejam evitados novos casos:

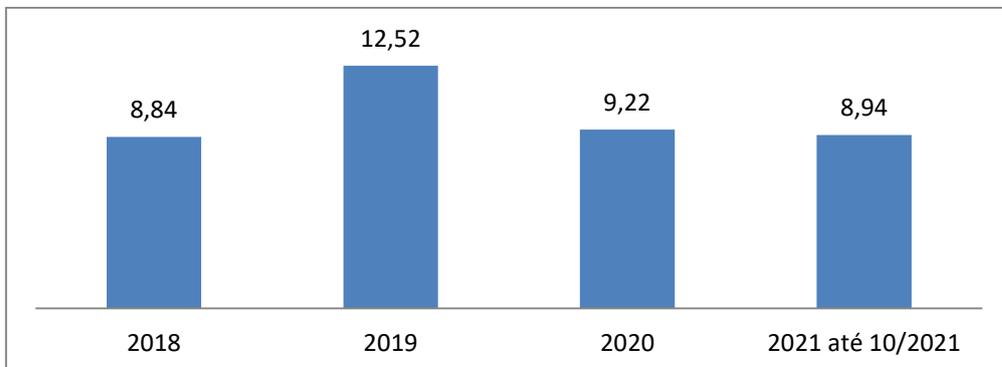
Gráfico 4: Número de óbitos em menores de 1 ano de idade, Carapicuíba, 2018-2021*.



Fonte: SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

No Gráfico acima, observa-se o quantitativo em números reais de mortalidade em menores de um ano.

Gráfico 5: Taxa de Mortalidade Infantil, Carapicuíba, 2018-2021*.

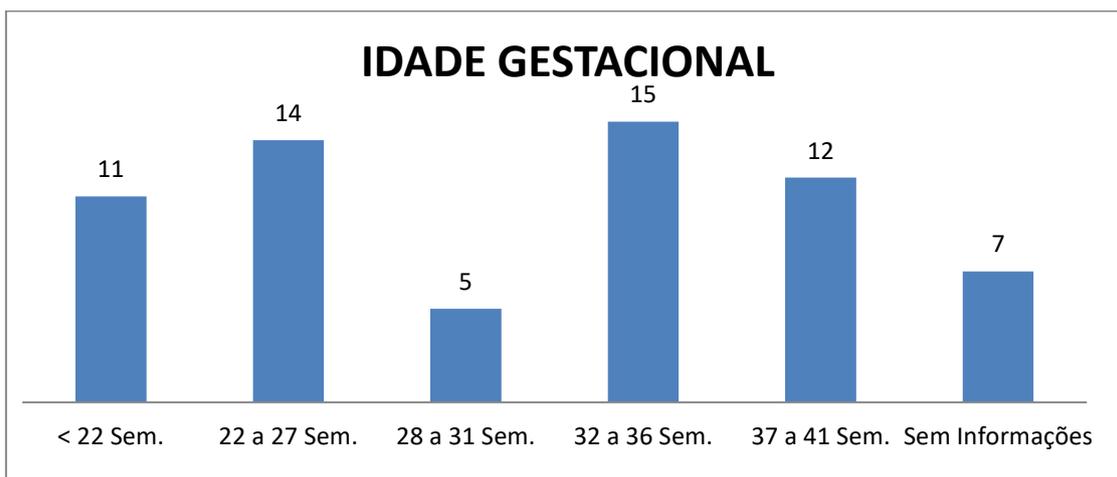


Fonte: SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

Este gráfico apresenta as taxas de mortalidade em Carapicuíba nos últimos 3 anos e 10 meses.

Seguimos com a avaliação das mortalidades de 2018.

Gráfico 6: Número de óbitos segundo idade gestacional, Carapicuíba, 2018



Fonte: SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

Podemos observar que a maior concentração dos óbitos está contida entre de extrema maturidade 25 óbitos que equivalem a

38,9%, seguido dos prematuros com 20 óbitos que equivalem a 30,8%, em por último os de termo com 12 óbitos que equivalem a 18,5%.

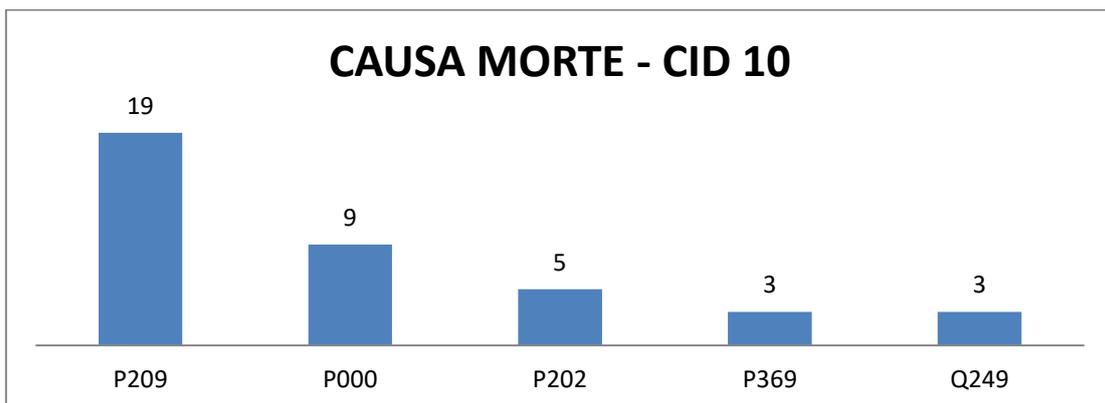
Gráfico 7: Número de óbitos segundo peso ao nascer, Carapicuíba, 2018



Fonte: SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

Quanto ao peso ao nascer observa-se que 65% dos óbitos foram em crianças que nasceram com baixo peso, este fator segue de acordo com a literatura, onde afirma-se que uma criança ao nascer com baixo peso apresenta maior risco de óbito antes de completar 12 meses de vida.

Gráfico 8: Número de óbitos segundo Causa Morte mais frequente, Carapicuíba, 2018.



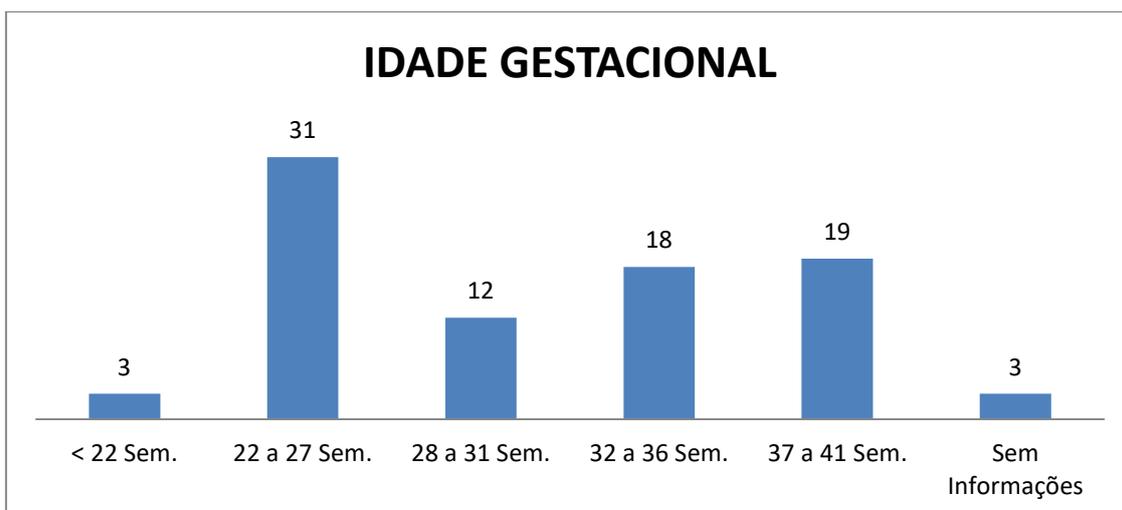
Fonte: SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

Quanto às causas de morte, os CID10, foram os mais variados possíveis. Os mais apresentados foram:

- P209 - Hipoxia intra-uterina não especificada, apresentando 19 óbitos
- P000 - Feto e recém-nascido afetados por transtornos maternos hipertensivos, apresentando 09 óbitos
- P220 - Hipoxia intra-uterina diagnosticada antes do início do trabalho de parto, apresentando 05 óbitos
- P369 - Septicemia bacteriana não especificada do recém-nascido - Apresentando 03 óbitos.
- Q249 - Malformação não especificada do coração, apresentando 03 óbitos.

Seguimos com a avaliação das mortalidades de 2019.

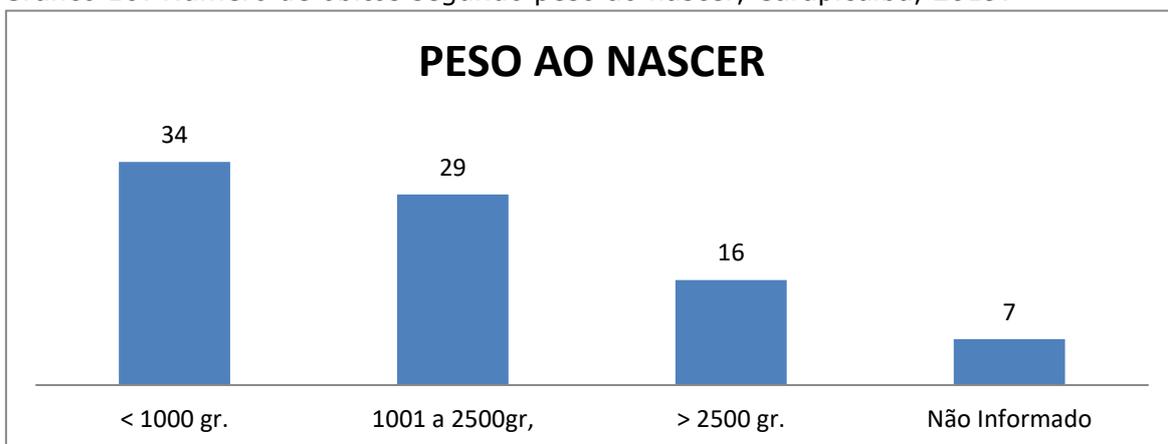
Gráfico 9: Número de óbitos segundo idade gestacional, Carapicuíba, 2019.



Fonte: SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

Podemos observar que a maior concentração dos óbitos está contida entre de extrema maturidade 34 óbitos que equivalem a 39,5%, seguido dos prematuros com 30 óbitos que equivalem a 34,9%, em por último os de termo com 19 óbitos que equivalem a 22%.

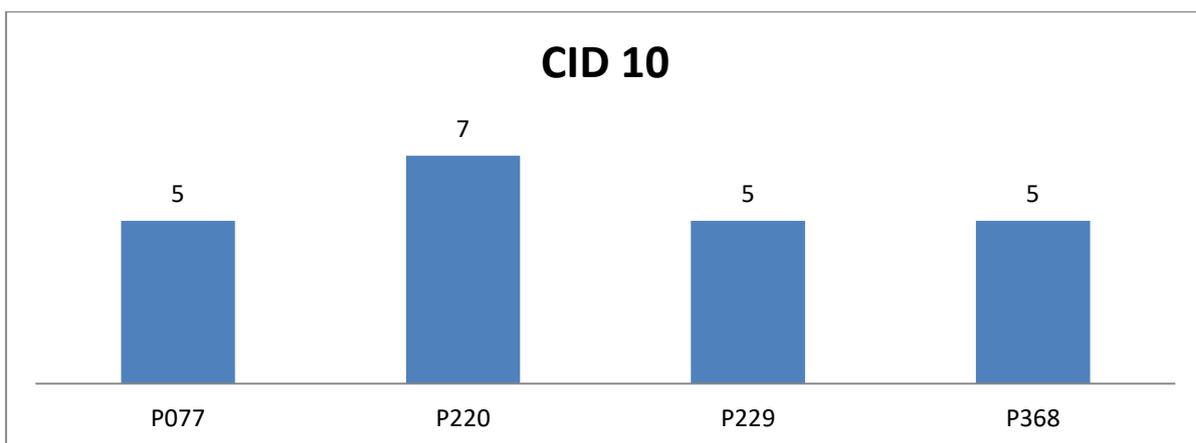
Gráfico 10: Número de óbitos segundo peso ao nascer, Carapicuíba, 2019.



Fonte: SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

Quanto ao peso ao nascer observa-se que 73% dos óbitos foram em crianças que nasceram com baixo peso, sendo que abaixo de 1000gr foram 39%, este fator segue de acordo com a literatura, onde afirma-se que uma criança ao nascer com baixo peso apresenta maior risco de óbito antes de completar 12 meses de vida.

Gráfico 11: Número de óbitos segundo Causa Morte mais frequente, Carapicuíba, 2019.



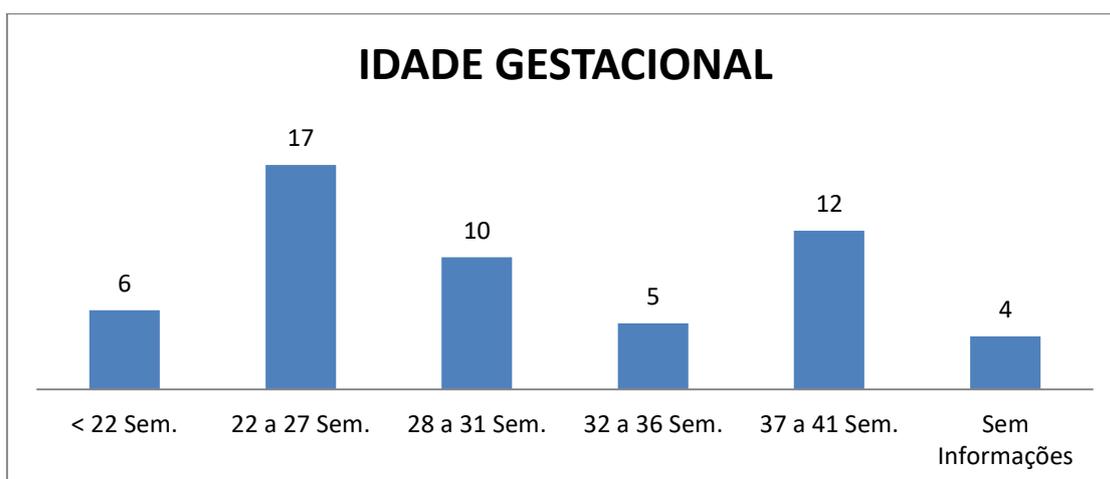
Fonte: SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

Quanto às causas de morte, os CID10, foram os mais variados possíveis. As mais apresentadas foram:

- P369 - Septicemia bacteriana não especificada do recém-nascido - Apresentando 10 óbitos.
- P220 - Hipoxia intra-uterina diagnosticada antes do início do trabalho de parto, apresentando 07 óbitos
- P007 - Enterocolite necrotizante do feto, apresentando 5 óbitos
- P229 - Desconforto respiratório não especificado do recém-nascido apresentando 5 óbitos
- P368 - Outras septicemias bacterianas do recém-nascido, apresentando 5 óbitos

Seguimos com a avaliação das mortalidades de 2020.

Gráfico 12: Número de óbitos segundo idade gestacional, Carapicuíba, 2020.

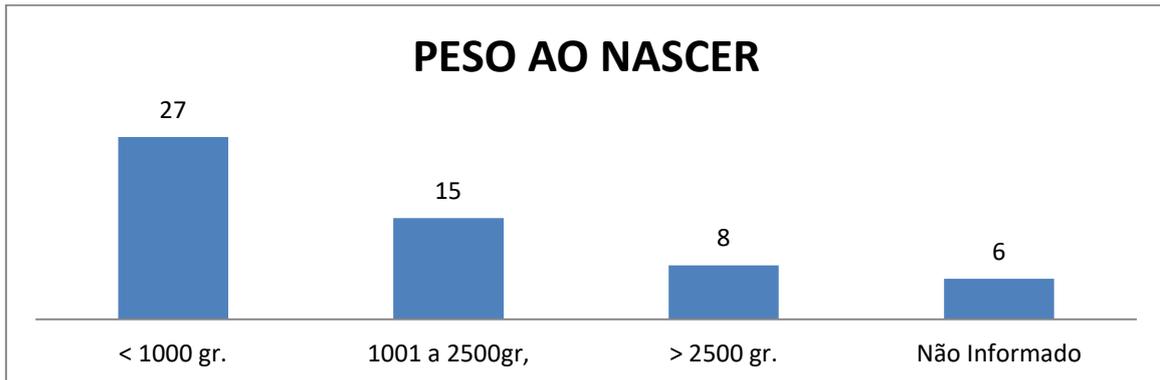


Fonte: SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

Podemos observar que a maior concentração dos óbitos está contida entre de extrema maturidade 23 óbitos que equivalem a 42,5%, seguido dos prematuros com 15 óbitos que equivalem a 17,8%, em por último os de termo com 12 óbitos que equivalem a 22%.

Observa-se que a proporção de óbitos de acordo com a Idade Gestacional não sofre alterações significativas do ano anterior, sugerindo até este momento grande risco para morte antes dos 12 meses para crianças nascidas Pré-termo.

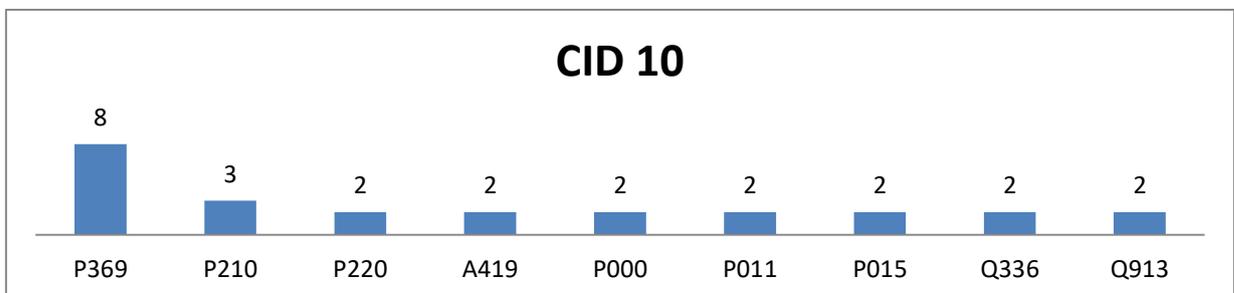
Gráfico 13: Número de óbitos segundo peso ao nascer, Carapicuíba, 2020.



Fonte: SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

Quanto ao peso ao nascer observa-se que 75% dos óbitos foram em crianças que nasceram com baixo peso, sendo que abaixo de 1000gr foram 48%, este fator segue de acordo com a literatura, onde afirma-se que uma criança ao nascer com baixo peso apresenta maior risco de óbito antes de completar 12 meses de vida. Cabe ressaltar também que este padrão tem se repetido nos anos anteriores.

Gráfico 14: Número de óbitos segundo Causa Morte mais frequente, Carapicuíba, 2020.



Fonte: SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

Em 2020 o Cid 10 apresentado foi um total de 40, apresentando assim alta variabilidade de óbitos, houve pouca repetição, o que dificulta os trabalhos preventivos a serem planejados. Os mais apresentados foram:

P369 - Septicemia bacteriana não especificada do recém-nascido, apresentando 8 óbitos.

- P210 - Asfixia grave ao nascer, apresentando 3 óbitos.

- P220 - Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido, apresentando 3 óbitos.

- A419 - Septicemia não especificada, apresentando 2 óbitos.

- P000 - Feto e recém-nascido afetados por transtornos maternos hipertensivos, apresentando 2 óbitos.

- P011 - Feto e recém-nascido afetados por ruptura prematura das membranas, apresentando 2 óbitos.

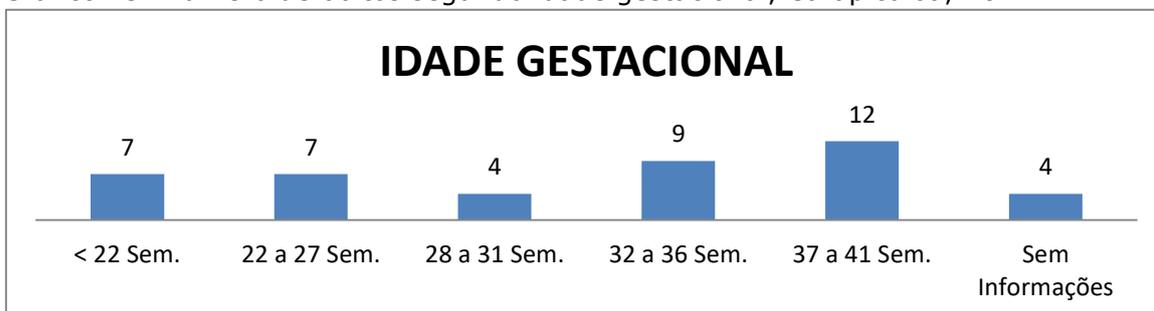
- P015 - Feto e recém-nascido afetados por gravidez múltipla, apresentando 2 óbitos.

- Q336 - Hipoplásica e displasia do pulmão, apresentando 2 óbitos.

- Q913 - Síndrome de Edwards não especificada, apresentando 2 óbitos.

Seguimos com a avaliação das mortalidades de 2021.

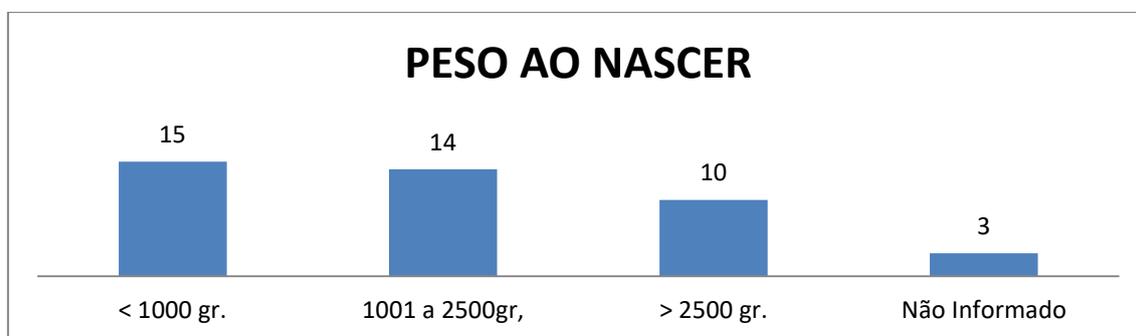
Gráfico 15: Número de óbitos segundo idade gestacional, Carapicuíba, 2021.



Fonte: SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

Podemos observar que a maior concentração dos óbitos está contida entre de extrema maturidade 14 óbitos que equivalem a 32,5%, seguido dos prematuros com 13 óbitos que equivalem a 30,2%, em por último os de termo com 12 óbitos que equivalem a 28%. Observa-se que a proporção de óbitos de acordo com a Idade Gestacional não sofre alterações significativas do ano anterior, sugerindo até este momento grande risco para morte antes dos 12 meses para crianças nascidas Pré-termo.

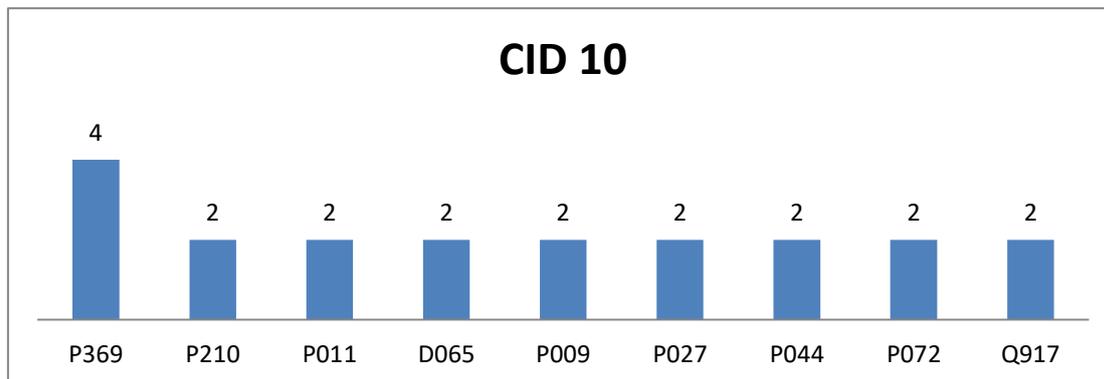
Gráfico 16: Número de óbitos segundo peso ao nascer, Carapicuíba, 2021.



Fonte: SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

Quanto ao peso ao nascer observa-se que 69% dos óbitos foram em crianças que nasceram com baixo peso, sendo que abaixo de 1000gr foram 36%, este fator segue de acordo com a literatura, onde afirma-se que uma criança ao nascer com baixo peso apresenta maior risco de óbito antes de completar 12 meses de vida. Cabe ressaltar também que este padrão tem se repetido nos anos anteriores.

Gráfico 17: Número de óbitos segundo Causa Morte mais frequente, Carapicuíba, 2021.



Fonte: SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

Em 2020 o Cid 10 apresentado foi um total de 32, apresentando assim alta variabilidade de óbitos, houve pouca repetição, o que dificulta os trabalhos preventivos a serem planejados. Os mais apresentados foram:

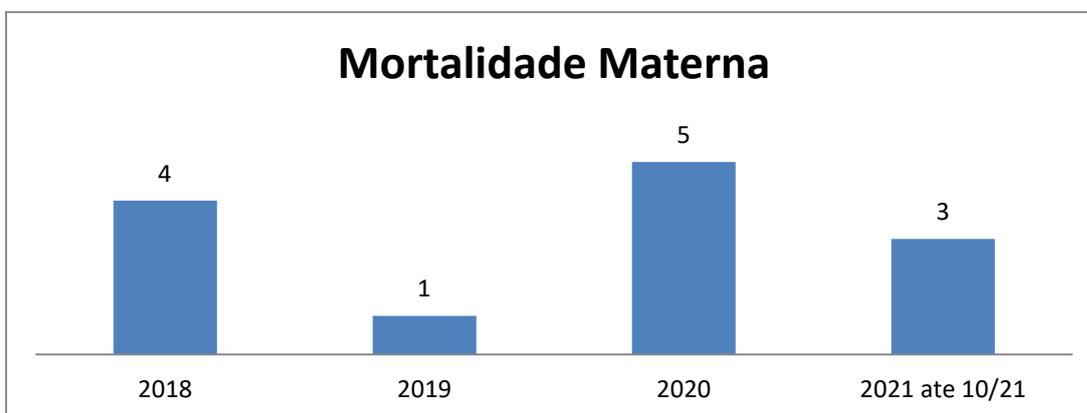
- P369 - Septicemia bacteriana não especificada do recém-nascido, apresentando 4 óbitos.
- P210 - Asfixia grave ao nascer, apresentando 2 óbitos.
- P011 - Feto e recém-nascido afetados por ruptura prematura das membranas, apresentando 2 óbitos.
- D65 - Coagulação intravascular disseminada [síndrome de desfibrilação], apresentando 2 óbitos.
- P009 - Feto e recém-nascido afetados por afecção materna não especificada, apresentando 2 óbitos.
- P027 - Feto e recém-nascido afetados por corioamnionite, apresentando 2 óbitos.
- P044 - Feto e recém-nascido afetados pelo uso de drogas que causam dependência pela mãe, apresentando 2 óbitos.
- P072 - Imaturidade extrema, apresentando 2 óbitos.
- Q917 - Síndrome de Patau não especificada, apresentando 2 óbitos.

3.4. Mortalidade Materna

As estatísticas sobre a mortalidade materna têm sido apontadas como o melhor indicador da saúde da população feminina e, conseqüentemente, a melhor ferramenta de gestão de políticas públicas voltadas para diminuição dos índices ora apresentados.

Este indicador demonstra a morte durante a gravidez ou no prazo de 42 dias após o final da gestação. É um problema de saúde pública global. As principais causas de mortalidade materna, em países subdesenvolvidos, são hemorragias pós-parto, distúrbios hipertensivos, sepse, partos obstruídos e complicações relacionadas ao aborto inseguro:

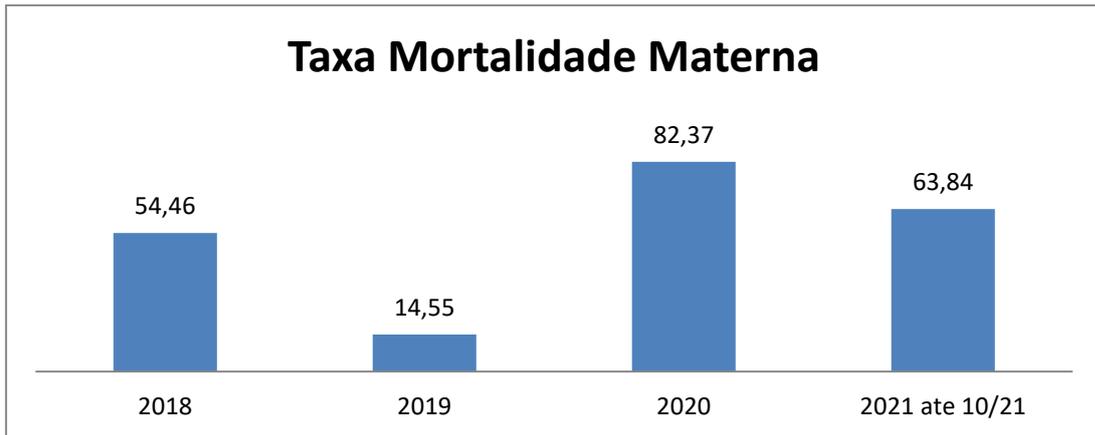
Gráfico 18: Número de óbitos maternos, Carapicuíba, 2018 a 2021*.



Fonte: SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

Podemos observar uma inclinação no gráfico com aumento da taxa em 2020, com melhor período em 2019.

Gráfico 19: Taxa de Mortalidade Materna, Carapicuíba, 2018 a 2021*.



Fonte: SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

4. Doenças e Agravos de Notificação Compulsória

A notificação de doenças e agravos visa fornecer para a Vigilância em Saúde informações de doenças/agravos/eventos, que são transmissíveis, apresentam letalidade ou outro tipo de impacto na saúde. A partir disso, poderão ser tomadas medidas de promoção, proteção e controle, por este motivo, a vigilância em saúde tem trabalhado de maneira sistemática para incentivar o preenchimento adequado das notificações.

As notificações são realizadas por meio de fichas de notificação individuais, que possuem campos para preenchimento essenciais para a compreensão de como ocorreu a doenças/agravos/eventos e sua evolução. Esse procedimento é feito dentro do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan).

Em 1975, foi instituída a Lei Federal nº 6.259, regulamentada pelo Decreto nº 78.231 no ano seguinte, que estabelece a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, do Programa Nacional de Imunizações, prevendo inclusive as normas relativas à notificação compulsória de doenças, dentre outras providências.

Quadro 3: Lista das Doenças ou Agravos de Notificação Compulsória.

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)
1	a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico
	b. Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes
2	Acidente por animal peçonhento
3	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva
4	Botulismo
5	Cólera
6	Coqueluche
7	a. Dengue - Casos
	b. Dengue - Óbitos
8	Difteria
9	a. Doença de Chagas Aguda
	b. Doença de Chagas Crônica
10	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)
11	a. Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza"

	b. Doença Meningocócica e outras meningites
12	Doenças com suspeita de disseminação intencional: a. Antraz pneumônico. Tularemiac. Varíola
13	Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes:a. Arenavírusb. Ebolac. Marburgd. Lassae. Febre purpúrica brasileira
14	a. Doença aguda pelo vírus Zika
	b. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante
	c. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika
15	Esquistossomose
16	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no art. 2º desta portaria)
17	Eventos adversos graves ou óbitos pós vacinação
18	Febre Amarela
19	a. Febre de Chikungunya
	b. Febre de Chikungunya em áreas sem transmissão
	c. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya
20	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública
21	Febre Maculosa e outras Riquetisioses
22	Febre Tifoide
23	Hanseníase
24	Hantavirose
25	Hepatites virais
26	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
27	Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV
28	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)
29	Influenza humana produzida por novo subtipo viral
30	Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)
31	Leishmaniose Tegumentar Americana
32	Leishmaniose Visceral
33	Leptospirose
34	a. Malária na região amazônica
	b. Malária na região extra-Amazônica
35	Óbito: a. Infantil b. Materno
36	Poliomielite por poliovírus selvagem
37	Peste
38	Raiva humana
39	Síndrome da Rubéola Congênita
40	Doenças Exantemáticas:a. Sarampob. Rubéola
41	Sífilis:a. Adquiridab. Congênitac. Em gestante
42	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda
43	Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírusa. SARS-CoVb. MERS- CoV
44	Tétano:a. Acidentalb. Neonatal
45	Toxoplasmose gestacional e congênita

46	Tuberculose
47	Varicela - caso grave internado ou óbito
48	a. Violência doméstica e/ou outras violências
	b. Violência sexual e tentativa de suicídio

Fonte: SINAN

Percebe-se que no ano de 2019, houve um importante quantitativo de notificações no município. Houve, neste período, epidemia de Dengues e altos índices de notificações de Sarampo.

Quadro 4: Distribuição dos Tipos de Agravos/Doenças, Carapicuíba, 2018-2021*

AGRAVO	2018	2019	2020	2021 Até 10/2021
Acidente por Animais Peçonhentos	29	14	32	14
Atendimento Antirrábico	546	546	511	416
Coqueluche	22	7	5	4
Criança exposta ao HIV	23	20	14	15
Rubéola	5	4	3	1
Sarampo	-	914	25	2
Zika	2	25	19	6
Esquistossomose	14	3	-	-
Febre Amarela	13	9	2	1
Gestante com HIV	12	3	5	19
Hepatites Virais	113	66	37	22
Leptospirose	13	42	14	8
Doença Meningocócica	5	6	7	1
Meningites	83	92	44	24
Rotavirus	3	7	-	-
Sífilis Congênita	-	-	-	4
Sífilis em Gestantes	178	180	260	173
Sífilis não especificada	225	213	221	259
Toxoplasmose	5	-	11	17
Toxoplasmose Congênita	4	2	2	-
Violência Interpessoal/Autoprovoçada	144	176	408	247
HIV Adulto	122	29	111	65
HIV Infantil	1	0	2	1
Dengue	95	3483	141	154

Fonte: SINAN – 2021* Até outubro

Estatisticamente podemos fazer algumas observações importantes a respeito das notificações dos últimos quatro anos.

Mesmo sendo uma área urbana, observa-se a constante notificação com acidentes por animais peçonhentos, no ano de 2021 a Vigilância em Zoonoses tem realizado importantes ações para a população a respeito do manejo com escorpiões, o que demonstra uma redução com os acidentes, pois a maioria deles ocorre durante o manejo do animal. Dentre as Zoonoses, temos outros agravos de importante impacto:

Atendimento antirrábico: a maioria destes acidentes se dá por animais de rua, isto tem incentivado o serviço quanto a retomada das ações interligadas a saúde.

Leptospiroses: observa-se no ano de 2019 um importante aumento nas notificações, podemos fazer um paralelo a período de chuva, pois neste mesmo ano o município apresentou grande impacto nas arboviroses (Dengue).

Em 2019, não só Carapicuíba, mas todo o país apresentou importante aumento nas notificações de sarampo, sendo necessárias intensificações nas campanhas até o presente momento, visto que esta é uma doença que facilmente pode evoluir para grave.

O mundo ainda vive uma grande pandemia de HIV/AIDS, sendo assim, este é um dado que merece análise para diagnosticarmos as ações necessárias para serem trabalhadas em nosso município. Carapicuíba tem apresentado um importante número de gestantes com HIV, o que conseqüentemente leva a crianças expostas ao vírus, porém observa-se que quando acompanhados adequadamente, o número de crianças com o vírus acaba se reduzindo bruscamente, pois após o acompanhamento periódico consegue-se dar alta para a criança com seus exames negativos.

Os serviços de infectologia em Carapicuíba têm sido realizados passivamente, ou seja, o paciente é quem vai buscar o serviço, ainda assim, temos um número significativo de casos novos todos os anos para HIV, Sífilis e Hepatites, por esta razão propõe-se que este serviço trabalhe de maneira mais ativa, com buscas de pacientes nas comunidades, ampliação de profissionais capacitados para realização dos testes rápidos. Acredita-se que com estas ações, a demanda suba, ou seja, teremos mais casos notificados, porém teremos melhor qualidade de tratamento e consequente diminuição na transmissibilidade.

Um agravo social muito importante é a violência interpessoal/autoprovocada, os dados demonstram um aumento nas notificações em 2020, com pouca redução em 2021, o que sugere que este aumento esteja relacionado às questões de isolamento social, decorrentes da pandemia.

4.1. Fatores de risco aos agravos de saúde

A situação de saúde da população está intrinsecamente relacionada às condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, como afirma a Organização Social de Saúde (OMS). Segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS) os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Compreender tal conceito é importante para estruturação de planos e ações que visem a redução das iniquidades em saúde, ou seja, das desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são muitas vezes evitáveis, injustas e desnecessárias, como afirmam Whitehead e Dalgren (1991).

Essas relações incluem as relações entre políticas públicas e a saúde dos grupos de populações que devem considerar os comportamentos e culturas, o que pode influenciar os DSS e tornar difícil sua mudança ou reestruturação.

É de suma importância incluir políticas de fortalecimento de redes de apoio a grupos vulneráveis a fim de reduzir os efeitos de condições materiais e psicossociais adversas. Refletir acerca das vulnerabilidades pode ser efetivo quando se busca fortalecer a educação em saúde, ações de prevenção e promoção da saúde para melhorar a qualidade de vida e reduzir os adoecimentos e seus agravos.

Assim, alguns objetivos incluem a produzir conhecimentos e informações sobre DSS no território, apoiar o desenvolvimento de políticas e programas para a promoção da equidade em saúde e promover atividades de mobilização da sociedade civil para tomada de consciência e atuação sobre os DSS. Tais objetivos são essenciais para a elaboração de estratégias e atuação em rede para a melhor qualidade de vida da população.

5. Principais fatores de risco à saúde

5.1. Infraestrutura e condições ambientais

São diversas as condições ambientais e de infraestrutura que podem interferir nas questões de saúde. Lima et al. (2017) mostram que tais interações são consideradas partes e consequências do desordenado crescimento e, à medida que a urbanização avança, ocorrem implicações na saúde das populações.

Algumas situações incluem os tipos de moradia, o saneamento básico, os cuidados com a água, as construções em locais irregulares ou inadequados, entre outras. Dependendo das condições dessas estruturas, alguns grupos populacionais podem ser mais afetados como as crianças, idosos e portadores de doenças crônicas e/ou respiratórias. Segundo o IBGE (2021), em 2016 ocorreram 0,6 internações por diarreia para cada mil habitantes e as mais afetadas foram as crianças.

Segundo publicação da OPAS (2018), estimou-se que no ano de 2012, 26% das mortes e 25% da carga de doença total em crianças menores de cinco anos poderiam ser evitadas pela redução dos riscos ambientais, como poluição do ar, contaminação da água e a falta de acesso aos serviços de saneamento básico, higiene e a exposição a substâncias químicas.

De acordo com o Instituto de Geografia e Estatística (IBGE, 2021), Carapicuíba apresenta 87% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 82,9% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 58% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada, ou seja, apresentam bueiros, calçadas, pavimentação e meio-fio.

Quando se trata de tipos de moradia é importante considerar determinados tipos de doenças que possam estar associadas como tuberculose, hanseníase, entre outras, portanto, tais estruturas podem

ser determinantes, ou mesmo condicionantes, no processo saúde-doença das populações mantendo as relações interativas entre os atores e agentes envolvidos.

A implementação de ações que impactam no controle e prevenção de riscos ambientais tem sido preocupação frequente das gestões, não apenas em âmbito municipal, mas também no empenho em diminuir os impactos na saúde pública humana.

5.2. Hábitos de vida e alimentação

A população tem desenvolvido alguns hábitos de vida e alimentares que podem ser prejudiciais à saúde como uma alimentação rica em sódio e gorduras, por exemplo, aumentando o risco para obesidade. Mas, ao mesmo tempo, estudos mostram que a população vem aumentando a busca por atividades e mudanças de hábitos para uma vida mais saudável, como afirma o Ministério da Saúde (2019).

Contudo, mais da metade da população (55,7%) tem excesso de peso e, de 2006 a 2018, o número de obesos aumentou de forma significativa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). A má alimentação ainda interfere em vários outros problemas de saúde como, por exemplo, o desenvolvimento e agravos das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) que englobam, além da obesidade, a hipertensão, a diabetes *mellitus*, entre outras, e que podem ser evitáveis através do reforço da prevenção e promoção da saúde.

Outro fator de risco importante para as DCNTs é o tabagismo, pois é considerado um dos mais importantes de saúde pública relacionando a aproximadamente cinquenta doenças, entre elas, câncer, infarto agudo do miocárdio (IAM), enfisema pulmonar, etc. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). A OMS afirma que, no mundo, há cerca de 1,5 bilhões de pessoas fumantes e aproximadamente cinco milhões de mortes anuais em consequência das doenças relacionadas ao tabagismo.

No Brasil os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019) mostram que vem ocorrendo uma redução no número de fumantes, porém ainda é uma questão preocupante já que a quantidade de pessoas que tentam parar de fumar teve queda de 51,1% para 46,6% dos participantes da pesquisa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Portanto, é de suma importância atuar no combate ao tabagismo através de campanhas e ações de conscientização.

Associado ao tabagismo está o alcoolismo ampliando os fatores de risco à saúde e no desenvolvimento de diversas doenças, bem como, no agravamento das DCNTs. O alcoolismo consiste em uma doença de natureza complexa, na qual o álcool atua como fator determinante sobre as questões de saúde e se caracteriza pelo consumo excessivo e compulsivo.

A OMS considera o alcoolismo um grave problema de saúde pública que atinge todos os níveis de classes sociais.

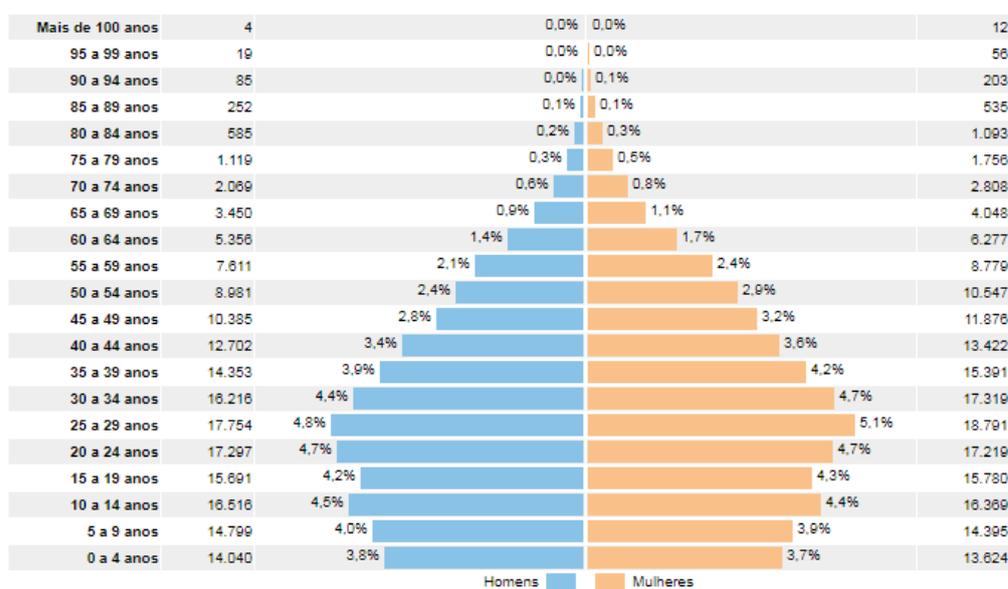
Carapicuíba aderiu ao Programa Estadual de Controle ao Tabagismo e atuará como plano de ação através dos grupos nas unidades de saúde de forma contínua a fim de prevenir os agravos causados pelo tabaco e, conseqüentemente, do uso abusivo de álcool, tendo em vista a forte relação entre ambos.

6. Grupos populacionais

6.1. Saúde da criança e do adolescente

Com sua estimativa de pouco mais 405 mil habitantes, segundo IBGE (2021), Carapicuíba possui uma população predominantemente feminina (51,4%). Porém, o último Censo aconteceu ainda em 2010, dificultando as informações por grupos populacionais, faixa etária e sexo.

Figura 7 – Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade, Carapicuíba (SP).



Fonte: IBGE (2010).

As crianças pertencem a um dos grupos populacionais que mais apresentam fatores de risco, pois são dependentes e vulneráveis às situações que as circulam.

É importante compreender que vulnerabilidade consiste em uma ameaça à autonomia, seja sob o parâmetro social, familiar ou individual. Assim, entende-se por vulnerabilidade uma predisposição individual ou familiar para apresentar resultados negativos no

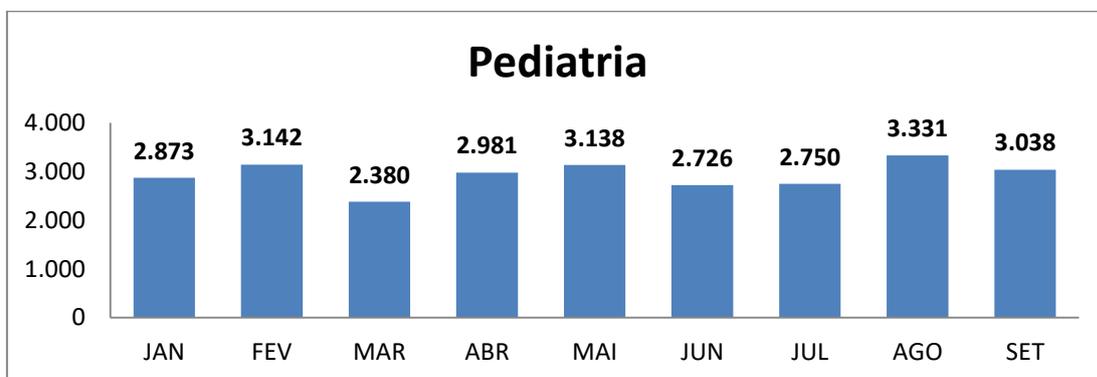
desenvolvimento, portanto, as crianças apresentam tal característica necessitando de um olhar cuidadoso e de planos diversos de ação a fim de atuar preventivamente promovendo a qualidade de vida e melhoria de saúde.

O município atua desenvolvendo atividades que visam proteger e promover saúde às crianças. Um importante programa ao qual foi realizada adesão foi o Programa Saúde na Escola, atuando com crianças com faixa etária de menores de seis anos, desenvolvendo atividades nas escolas, creches e Kolping realizando atividades e acompanhando o desenvolvimento.

Além do Programa Saúde na Escola, atua-se nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com vacinação de segunda à sexta, em horário estendido, consultas agendadas de pediatria e equipe multiprofissional nas referidas unidades.

O Gráfico 20 mostra os números de atendimentos de consultas de pediatria nas UBS no período de outubro de 2020 a setembro de 2021 apresentando uma média de 2.980 atendimentos/mês. A pediatria atende crianças de 0 a 14 anos com uma demanda maior entre crianças < 5 anos. No mês de março de 2021 apresentou uma redução nos atendimentos, porém foi um período em que ocorreu uma elevação importante de agravo na pandemia de COVID-19.

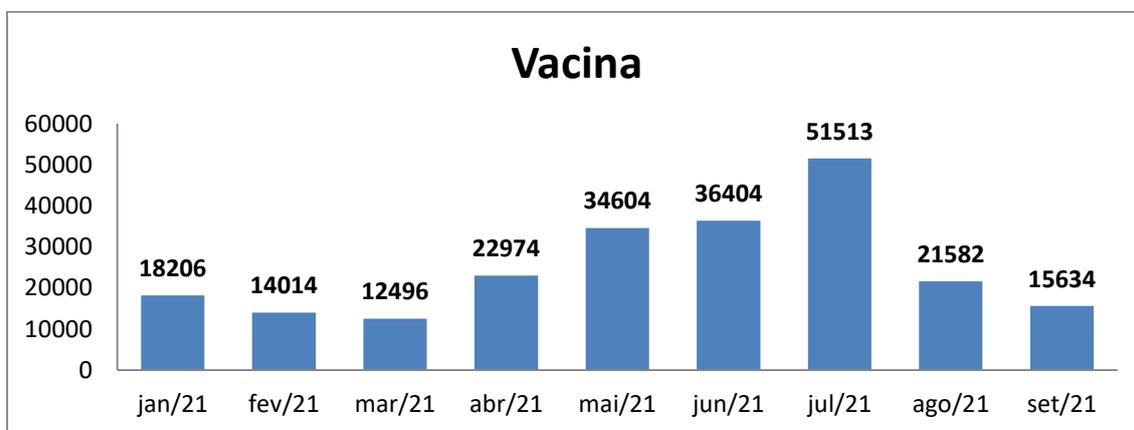
Gráfico 20: Atendimentos de pediatria na Unidade Básica de Saúde no período de outubro/2020-setembro/2021.



Fonte: Plano Estatístico (2021).

Quando se trata de vacinação, as concentrações dos serviços também são nas UBS e, como mostra o Gráfico 21. As vacinas atendem todos os públicos, porém o maior grupo de vacinados é composto por crianças de 0 a 5 anos que recebem tanto as vacinas de rotina quanto as de campanhas.

Gráfico 21: Dados de vacinação da população de Carapicuíba no período de out/2020 a set/2021.



Fonte: Plano Estatístico (2021).

A média de vacinas aplicadas por mês foi de 24.137 considerando todas e para todas as faixas etárias, exceto a da COVID-19. O mês de julho de 2021 apresentou um importante aumento devido a relação com a campanha de vacinação contra a Influenza que alcançou um público muito maior do que os demais períodos.

Para assistência infantil há ainda os locais para referenciamento como o Pronto-Socorro Infantil (PSI), como esclarece o Capítulo sobre Urgências e Emergências no município, o Centro de Fisioterapia, o Projeto Acolhe e outros serviços que atuam em rede a fim de proteger e realizar cuidados em saúde.

Foi considerando a vulnerabilidade das crianças que foram elaborados protocolos e fluxos voltados para o atendimento e cuidado

dessas com ações de acompanhamento e buscas ativas pelas equipes de Saúde da Família do município com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil, bem como, outros adoecimentos evitáveis.

Além das crianças, temos os adolescentes que representam uma parcela da população com características peculiares à faixa etária e uma baixa procura aos serviços de saúde, bem como, de adesão a tratamentos.

A OMS considera a adolescência a faixa etária entre os 10 e os 19 anos, assim como, vulneráveis devido a dependência e as predisposições a alguns agravos. Em 2010, 64.356 era a soma dos adolescentes com faixa etária entre 10 e 19 anos (IBGE, 2010). Estudos apontam que no início da adolescência inicia-se o consumo de álcool apresentando maiores prevalências no fim da fase, o período que coincide com o ingresso e permanência na universidade, para aqueles que têm acesso.

No município de Carapicuíba, como em diversos outros lugares, os maiores desafios nos cuidados à saúde desse grupo são os fatores de risco à saúde mental, principalmente o suicídio que tem sido a terceira principal causa de morte entre adolescentes no mundo, o envolvimento com álcool e outras drogas precocemente, além da gravidez na adolescência.

No último ano, Carapicuíba registrou um número próximo à sessenta gestantes adolescentes, segundo o Plano Estatístico (2021). Porém, sabendo que esse grupo não apresenta uma frequência regular ou inicia o pré-natal tardiamente, muitas vezes comparecem em algum serviço de saúde apenas no momento do parto.

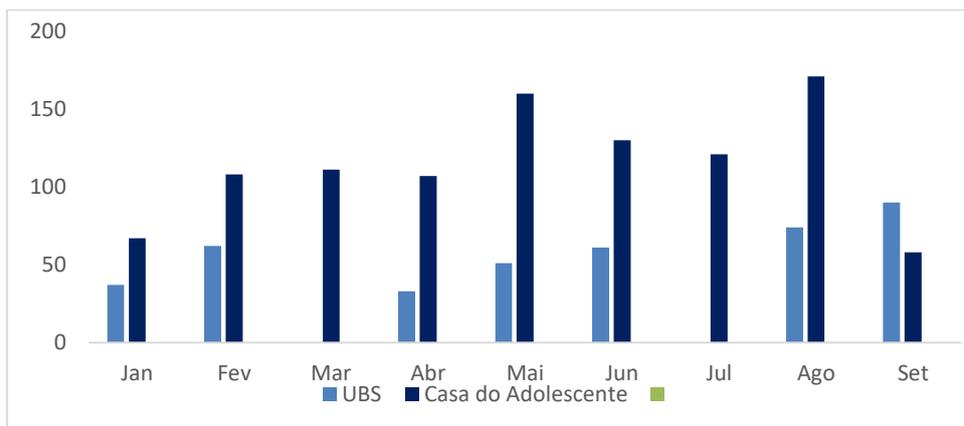
O acompanhamento dos adolescentes nas UBS é realizado pelos profissionais pediatra e hebiatra, além dos médicos generalistas, porém o Gráfico 22 mostra um crescimento nos atendimentos pelo profissional hebiatra nas UBS de Carapicuíba. Além das UBS há a Casa do Adolescente, como descrito na página 90, que oferece assistência

diversa, mas também enfrenta a dificuldade da adesão contínua aos cuidados.

A Policlínica também oferece assistência especializada aos adolescentes com serviços de neurologia pediátrica, pediatria alto risco e psiquiatria pediátrica.

O profissional hebiatra é especialista nessa fase da vida e compreende toda essa mudança e reorganização psíquica, peculiar da idade, afetivo-sexual, comportamental, sociocultural e, esse crescimento nos atendimentos mostra a importância do acompanhamento desse grupo de forma a atuar de forma direcionada e singular às suas demandas.

Gráfico 22: Atendimentos de hebiatra na Unidade Básica de Saúde e na Casa do Adolescente de Carapicuíba no período de jan/2021-set/2021.



Fonte: Plano Estatístico (2021).

A Casa do Adolescente revela através desse Gráfico 22 a importância do equipamento para o fortalecimento e acompanhamento dos jovens dessa faixa etária, tendo em vista, que os meninos adolescentes ainda enfrentam outras dificuldades relacionadas à violência, ao risco para morte por causa externa e como é importante toda a sociedade ampliar o olhar de cuidado à essa população.

Intervenções para promover a saúde dos adolescentes devem visar o fortalecimento dos fatores de proteção e melhorar as alternativas aos comportamentos de risco. Um dos objetivos do município é atuar na ampliação do acesso dos adolescentes aos serviços de saúde, bem como, aproximar as equipes através de ações que os envolvam através da conscientização e adesão aos cuidados.

6.2. Saúde da mulher

As mulheres são as maiores usuárias dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e, para esse grupo, foram elaborados o maior número de programas de saúde. O pré-natal é um dos cuidados mais, delicado devido ser um cuidado voltado ao binômio mãe-feto. No município todas as UBS realizam o cuidado pré-natal e puerperal, além da puericultura.

Visando o fortalecimento dos atendimentos às gestantes, puérperas e recém-nascidos a Estratégia de Saúde da Família (ESF) atua realizando visitas domiciliares, buscas ativas, e outros cuidados necessários, a fim de reduzir os agravos evitáveis nesse período da vida. Estão disponíveis às equipes fluxogramas, protocolos de assistência, protocolos de procedimentos, além das frequentes capacitações realizadas pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS).

Além disso, os cuidados preventivos ao câncer de mama e de colo uterino são importantes programas que vêm se fortalecendo cada vez mais no SUS e, todas as UBS, bem como a Policlínica, realizam os exames preventivos. Pensando na importância desses programas foram elaborados e implantados os protocolos de Papanicolau e de mamografia para enfermeiros ampliando o acesso das mulheres a fim de detectar precocemente os cânceres em questão.

Apenas no ano de 2021, foram realizados mais de 15 mil atendimentos de ginecologia por especialista, segundo o Plano

Estatístico (2021), mais de 2 mil aberturas de pré-natal realizados por enfermeiro, quase cem grupos de planejamento familiar em que recebem orientações e encaminhamentos para laqueadura e vasectomia, conforme indicações.

De forma a assegurar o acesso universal às mulheres ainda são oferecidos os serviços de saúde sexual e reprodutiva que incluem o planejamento familiar, informação e educação em saúde nas UBS e durante as campanhas nacionais de saúde como estratégias de cuidados.

O planejamento familiar e reprodutivo é importante ainda para a proteção, não apenas das mulheres, mas também dos homens na ampliação do conhecimento das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e surgem como ferramenta de educação permanente para a população masculina.

Para os homens é importante ampliar a atuação voltada para ações preventivas visando reduzir as transmissões de HIV/AIDS, hepatites virais, sífilis e outras infecções. Para isso, está em fase de revisão o Protocolo de Pré-natal do Parceiro a fim de aproximar o parceiro no processo de gestação, bem como, realizar atendimentos e orientações de saúde para uma melhor promoção da saúde do homem.

6.3. Saúde do idoso

No Brasil, a pessoa idosa é aquela que tem 60 anos ou mais de idade e, dos 210 milhões de brasileiros, 37,7 milhões são pessoas idosas (DIEESE, 2021). Além disso, a expectativa de vida, em 2016, para ambos os sexos, aumentou para 75,72 anos, em média. Para o homem, a expectativa é de 72,18 anos, enquanto para a mulher é de 79,31 anos.

Esse crescimento representa conquista social e é resultado da melhoria das condições de vida, com ampliação do acesso a serviços de saúde preventivos, avanço da tecnologia, bem como, de outros

serviços como ampliação de saneamento básico, aumento no nível de escolaridade, renda e outros determinantes.

O perfil epidemiológico a nível nacional é caracterizado por uma carga de doenças predominantemente crônicas, não sendo diferente do perfil de Carapicuíba que apresenta uma grande população idosa e com demandas diversas.

A maioria dos idosos são portadores de doenças crônicas, mas não necessariamente causam limitação de suas atividades, restringem socialmente ou da participação no desempenho na sociedade.

Dentre as DCNTs que mais acometem a população idosa estão a hipertensão e a diabetes *mellitus*. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) mais de 16 milhões de brasileiros sofrem de diabetes. E segundo a Fiocruz (2018) a taxa de incidência cresceu mais de 61% nos últimos dez anos.

Com relação à hipertensão, constitui um dos maiores fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares como: infarto, insuficiência renal crônica e acidente vascular cerebral (AVC). Sendo as doenças cardiovasculares a principal causa de morte no mundo, a HAS causa pelo menos 45% das mortes por cardiopatia e 51% das mortes por AVC no mundo (FIORIO et al., 2020).

A população idosa apresenta características quanto à forma de apresentação, instalação e desfecho dos agravos em saúde, traduzidas pela maior vulnerabilidade quando esses agravos levam às limitações e incapacidades, principalmente, de realizar as atividades de vida diárias (AVDs) necessitando de intervenções multiprofissionais e Inter setoriais na realização do cuidado.

A ESF tem como objetivo acompanhar e monitorar essa população-alvo portadora de DCNT e, os hipertensos e diabéticos, recebem visitas de rotina, principalmente, dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a fim de realizar orientações, esclarecer dúvidas,

monitorar os cuidados e ser a ponte entre a equipe e o usuário do serviço.

No último ano de 2021, foram realizadas aproximadamente 28 mil visitas domiciliares de ACS à população com hipertensão e diabetes, sendo que a maior parte desse grupo é composta por idosos.

Essa rotina é uma grande conquista para a população, tendo em vista que, até o início de 2020 havia apenas duas equipes de ESF e, atualmente, temos implantadas 37 equipes e com planos de ampliação a fim de coordenar o cuidado da população.

Dentre uma das atividades implementadas para fortalecer o cuidado foi o Programa Hiperdia que visa acompanhar os munícipes portadores de Hipertensão e Diabetes na Atenção Básica de Saúde, bem como atuar em busca do desenvolvimento da prevenção de agravamentos e promoção da saúde visando uma melhor qualidade de vida.

Os grupos ocorrem nas UBS junto às equipes de ESF com o propósito de orientar, esclarecer, aprofundar o conhecimento da população e ampliar a informação e a educação em saúde.

6.4. Outros grupos Populacionais

Ainda é importante atentar-se para a população indígena, ainda que seja um grupo remanescente e pequeno atualmente no município de Carapicuíba, é um grupo que apresenta necessidades e precisa do apoio da sociedade civil e da atenção dos serviços de saúde.

No município tem um pequeno grupo de aproximadamente 40 (quarenta) pessoas indígenas que vivem na região central da cidade e que representa parte da história e origem de Carapicuíba.

Assim, é relevante atentar-se a população indígena, pois mesmo não havendo políticas públicas direcionadas a esse público, é preciso buscar meios de fortalecer a prevenção de adoecimento a fim de protegê-los de possíveis riscos e agravos de saúde.

Diferentemente, a população negra é um grupo bem maior do que o indígena e, sabe-se que há doenças que são mais agravantes nesse grupo como as cardiovasculares, diabetes *mellitus*, anemia falciforme, entre outras, além das questões socioeconômicas e culturais que agravam os problemas de saúde.

O Ministério da Saúde compreende essa desigualdade e elaborou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) como um compromisso no combate à essas desigualdades no SUS e visando a promoção da saúde de forma integral (BRASIL, 2017).

Os indicadores de saúde, quando cruzados com as características socioeconômicas, revelam a importante relação entre saúde, seus determinantes sociais e a organização do sistema de saúde. A compreensão deste conjunto é fundamental para instrumentalizar a elaboração de políticas e programas voltados para o combate às desigualdades, principalmente na saúde, em que se busca construir um SUS equitativo no acesso e pautado na integralidade da saúde.

O município de Carapicuíba considera importante combater tais iniquidades no âmbito da saúde, principalmente, as questões relacionadas ao racismo que é um dos maiores fatores de risco à população negra.

Para prestar um serviço com excelência é importante qualificar os profissionais que estão assistindo diretamente tais populações, além de outros grupos, o que tem acontecido de forma contínua e deve ser permanente para que sejam atualizados e fortalecidos e, assim, junto à sociedade reduzir agravos.

7. Acesso às ações e serviços de saúde

As ações e os serviços de saúde devem ser solidários e participativos entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

7.1 Estruturação da Rede Física

A rede de atenção à saúde é composta pelos seguintes estabelecimentos:

Quadro 5: Estruturação da Rede Física

Atenção Básica
UBS Cidade Ariston
UBS Florispina P Carvalho
UBS Judith Andrade dos Santos Cohab II
UBS Ivanildes da Silva Santos Cohab V
UBS Elzir Maria de Jesus Vila Menck
UBS Jardim Ana Estela
UBS Dr Adauto Ribeiro
UBS Dom Ercílio Turco Parque Florida
UBS Central
UBS Vila Helena
UBS Raimundo Guedes Novo Horizonte
UBS Dr Joseph Alain Grimberg Vila Cretti
USF Natercio Silva de Arruda
USF Vila Dirce
USF Antônio Simões Pimentel Jandaia

Média e Alta Complexidade
Pronto Socorro Cohab II
Unidade Mista de Atendimento Infantil - PSI
Pronto Socorro da Vila Dirce
Casa do Adolescente Carapicuíba
Policlínica Carapicuíba
Núcleo de Atendimento de Infectologia de Carapicuíba
Centro de Fisioterapia e Estimulação Precoce
Projeto Trilhar CAPS AD Carapicuíba
CAPS I Criac Centro de Ref. da Inf. e Adoles de Carapicuíba
CAPS II Adulto
CTA Móvel
Unidade Móvel
CEO Ariston
CEO COHAB V
Vigilância Epidemiológica de Carapicuíba
Vigilância Sanitária
Vigilância em Zoonoses
Farmácia Especializada
Samu 192 BRAVO 1
Samu 192 BRAVO 2
Samu 192 BRAVO 3
Samu 192 BRAVO 4
SAMU 192 Motolância Carapicuíba
Secretaria da Saúde do Município de Carapicuíba

Fonte: CNES versão 4.3.10

A rede de atenção à saúde conta ainda com duas unidades de gestão estadual com serviços de média e alta complexidade: AME Carapicuíba e o Hospital Geral de Carapicuíba.

8. Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde estavam predestinadas pela Constituição Federal de 1988 a serem implantadas nos serviços de saúde, as Rede de Atenção à Saúde são estabelecidas através de diretrizes e a APS deve garantir o acesso dos usuários, o MS atribuiu a Rede de Urgência Emergência como parte integrante dos níveis de atenção à saúde, os CAPS são serviços essenciais e são articulados aos demais serviços de saúde, a Rede Cegonha se articula com as políticas públicas de saúde e promove mudanças no quadro epidemiológico e nos serviços de saúde.

Figura 8: Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS)

Redes Regionais de Atenção à Saúde- RRAS

As redes ou sistemas de atenção à saúde (RAS) constituem 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.



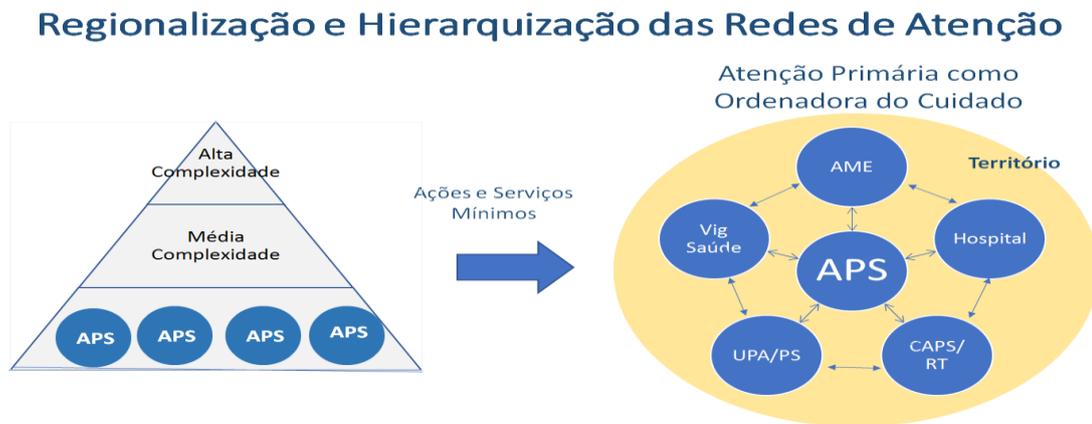
Ninguém faz Saúde Sozinho

Luciano Farnezi

Fonte: Apresentação Flavia DRS - IX Conferência Municipal de Saúde

O conceito de RRAS está presente no artigo nº 198 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, mais precisamente no artigo nº 198 sendo que esta afirma que as ações e os serviços públicos de saúde compõem uma rede hierarquizada e regionalizada de um sistema único e organizado através da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade.

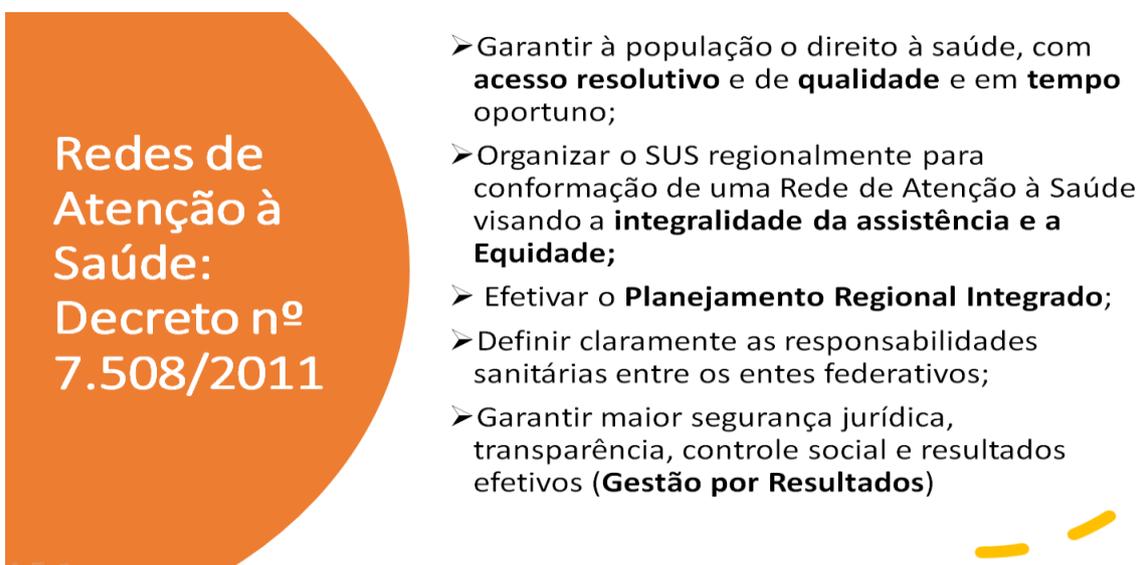
Figura 9: Hierarquização das Redes de Atenção



Fonte: Apresentação Flavia DRS - IX Conferência Municipal de Saúde

As RRAS surgiram através de diretrizes que preconizam a organização dos serviços de saúde, no âmbito do SUS, através de redes de atenção, sendo oficializada pelo Ministério da Saúde (MS), após aprovação da Comissão Inter gestores Tripartite (CIT), através da Portaria GM/MS nº 4.279/10, publicada no Diário Oficial da União em 31 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010).

Figura 10: Principais pontos da Rede Atenção à Saúde



Fonte: Apresentação Flavia DRS - IX Conferência Municipal de Saúde

As ações e serviços devem ser prestados no tempo certo, no lugar certo, com a qualidade e tecnologia adequada, de forma humanizada, com equidade e com responsabilidades sanitária, social e econômica, com algumas especificidades para as situações agudas ou crônicas.

8.1. Atenção Primária em Saúde

De acordo com a Portaria nº 2.488 do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Básica em Saúde (atual Atenção Primária em Saúde) se refere a um conjunto de ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde; a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011a).

A nova PNAB atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da APS na ordenação das Redes de Atenção. Avançou na afirmação de uma APS acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção.

A Atenção Primária em Saúde, fundamenta-se pela otimização das ações em saúde agindo sobre as causas das doenças mais prevalentes que ocorrem na população, manejando as doenças e maximizando a saúde. As Unidades Básicas de Saúde e as Unidades de Saúde da Família constituem-se como os serviços protagonistas da Atenção Primária em Saúde, com o apoio dos Consultórios na Rua, Equipes de matriciamento em Saúde Mental e o Programa de Redução de Danos.

A Atenção Primária em Saúde é considerada a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e responsável pelo cuidado longitudinal em saúde, mas atualmente temos os serviços de urgência e emergência como principal porta de entrada do sistema, mas sem continuidade da sua linha de cuidado, o Município de Carapicuíba busca através das novas políticas públicas adotadas a garantia do acesso à atenção básica e continuidade na linha de cuidado.

A APS no município tem se colocado como a ordenadora do cuidado do usuário junto ao sistema de saúde. O acesso aos serviços de saúde independente de sua complexidade deve ser assegurado, assim como respeitadas as equidades e as reais necessidades da população. Deve-se garantir serviços na APS a toda a população, com capacidade diagnóstica e resolutiva, assim como a existência de redes de apoio integradas e disponíveis.

Por ser reconhecida como a principal entrada do sistema tanto para situações agudas de menor complexidade, como para demandas programadas, com o papel ordenador do cuidado transversal na Rede de Atenção à Saúde, deve ser disperso em quantidade e efetividade suficientes, de acordo com os seus atributos:

Universalidade;

Equidade;

Integralidade;

Longitudinalidade (vínculo);

Foco no usuário, na família e na comunidade.

Além disso, os atributos devem cumprir três funções essenciais:

Função resolutiva - de dar respostas efetivas a, pelo menos, 80% dos problemas mais comuns de saúde;

Função de coordenação - de ordenar os fluxos e contra fluxos dos usuários por todos os níveis da rede de atenção à saúde;

Função de responsabilização - de responsabilizar-se pela saúde da população independentemente do ponto de atenção à saúde em que esteja.

Atualmente Carapicuíba possui 11 Unidades Básicas de Saúde e 4 Unidades Saúde da Família, distribuídas nas regiões do município, sendo responsáveis pelo atendimento da população. As Unidades Básicas de Saúde, atuam em um modelo de atenção ao cuidado, por vezes, segmentado com foco centrado nas equipes multidisciplinares.

8.2. Cobertura da Atenção Primária

Quadro 6: Unidade Básica de Saúde por localização

Nº	UBS/USF	BAIRRO
1	USF Antônio Simões Pimentel	Parque Jandaia
2	USF Natercio Silva de Arruda	Bom Pastor
3	USF Ivanildes da Silva Santos	Cohab V
4	USF Vila Dirce	Vila Dirce
5	UBS Ana Estela	Ana Estela
6	UBS Vila Helena	Vila Helena
7	UBS Florispina P de Carvalho	Jardim Yaya
8	UBS Dr. Adauto Ribeiro	Santo Estevão
9	UBS Dom Ercilio Turco	Parque Florida
10	UBS Ariston	Jd. Ariston
11	UBS Elzir Maria de Jesus	Vila Menck
12	UBS Eurico Souto Cabral	Centro
13	UBS Joseph Alain Grimberg	Vila Cretti
14	UBS Judith Andrade dos Santos	Cohab II
15	UBS Raimundo Guedes	Novo Horizonte

O Município de Carapicuíba possui estimadamente uma população de cerca de 405.375 habitantes, distribuídas para cobertura entre as 11 Unidades Básicas de Saúde e 4 Unidades Saúde da Família;

Quadro 7: Cobertura populacional das equipes de Saúde da Família do Município.

Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
%	19,7	18,8	20,5	38,2	45,2	24,6	17,1	22,3	28,1	37,4

Fonte: Mapa estatístico Municipal

Quadro 8: atendimentos realizados durante o período pandêmico:

Consultas Médicas	3º Quadrimestre de 2020	1º Quadrimestre de 2021	2º Quadrimestre de 2021
CLÍNICO	24.252	23.178	25.050
PEDIATRA	11.313	10.833	15.355
GINECOLOGISTA	11.677	8.990	6.593
TOTAL	47.242	43.001	46.998

Fonte: Mapa estatístico Municipal

Quadro 9: atendimentos por procedimentos

Procedimentos	3º Quadrimestre de 2020	1º Quadrimestre de 2021	2º Quadrimestre de 2021
VACINA	84.077	68.791	144.103
MEDICAÇÃO	29.142	8.610	10.101
CURATIVOS	2.113	2.570	2.641
TOTAL	115.332	79.971	156.845

Fonte: Mapa estatístico Municipal

9.0. Programas de Saúde

9.1. Estratégia de Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada com o intuito de reorganizar o conceito de Atenção Primária no país com base nos preceitos do SUS e como princípio fundamental da equidade, integralidade e universalidade. A ESF busca consolidar, expandir, qualificar a Atenção Primária favorecendo uma reorientação do processo de trabalho, potencializando o aprofundamento dos princípios e diretrizes da Atenção Primária e ampliando a resolutividade dentro do serviço de saúde a fim de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

O município de Carapicuíba adere ao programa, sendo que as equipes de Saúde da Família (eSF) são compostas por um profissional médico; um enfermeiro; um técnico de enfermagem; e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS). No primeiro quadrimestre de 2020 o município tinha apenas 13 (treze) equipes homologadas, somando 6.761 cidadãos cadastrados no sistema PEC E-SUS. Em 2021 foi alcançada a marca de 37 (trinta e sete) equipes de ESF e 11 equipes de EAP, somando 153.016 cadastros individuais. Atualmente, todas as UBS e USF possuem equipes de Saúde da Família compostas com equipe mínima.

Evidências científicas nacionais e internacionais mostram que, dentre as orientações de modelo assistencial para a Atenção Primária em Saúde, a ESF é a que mais contempla seus atributos essenciais e derivados. São eles: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2003).

Desta forma consegue aplicar maior número dos princípios do SUS, com destaque para a integralidade, a equidade, a coordenação

do cuidado, a preservação da autonomia e a participação e controle social (BRASIL, 1990).

As ESF atuam fortalecendo o serviço e servindo como ponte entre o mesmo e a comunidade. Nesse último ano de 2021, as equipes vêm cada vez mais atuantes nos acompanhamentos aos usuários portadores de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, gestantes e crianças, pacientes acamados e classificados como AD1, ações de vacinação nas comunidades, organização dos Programas Saúde na Escola e Hiperdia, entre outras atividades.

Em 2020 foram realizadas as atividades de cadastramento da população e atividades de realização de testagem em massa para o coronavírus de forma itinerante em algumas comunidades. Já em 2021, foram realizadas ações de vacinação contra a Influenza, também de forma itinerante e o início das ações dentro das escolas e o retorno à realização de grupos dentro das UBS. Em todas as atividades as ESF têm se envolvido e se dedicado à população, além do fortalecimento da atuação em rede com outros setores como o CREAS, CRAS e Saúde Mental.

Além disso, processos de qualificação vêm ocorrendo de forma contínua a fim de ampliar os conhecimentos dos profissionais e oferecer suporte teórico e atualização das políticas públicas a fim de promover uma melhor assistência à população.

9.2. Equipes de Atenção Primária (EAP)

As equipes de Atenção Primária (EAP) foram pensadas pelo Ministério da Saúde como forma de incentivo e considerando a ampliação da cobertura populacional da APS no Brasil. As EAP são compostas por um médico e um enfermeiro que cumprem carga horária de 20h ou 30h e devem ter até 2 mil cadastros individuais. Carapicuíba possui, atualmente, 11 (onze) EAP, em fase de

cadastro, com o objetivo de ampliar esse número de equipe a fim de garantir acesso à população na APS.

9.3. Programa Saúde na Hora

Além da ESF, o município aderiu ao Programa Saúde na Hora que foi lançado pelo Ministério da Saúde em 2019, como forma de incentivo à implantação do horário estendido de funcionamento das unidades básicas. Em janeiro de 2021, Carapicuíba passou a assistir a população no horário de 7h às 19h, ampliando sua carga horária de 40 (quarenta) para 60 (sessenta) horas semanais.

Todas as UBS e USF passaram a funcionar neste horário, sem exceção, e estão recebendo as placas de identificação e os totens a fim de identificar e informar a população, como mostra a Figura 11.

Figura 11: Totens de identificação das UBS e do Programa Saúde na Hora.



Fonte: SMS (2021).

9.4. Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial em que as redes de Saúde e Educação atuam conjuntamente e consiste em um programa voltado para crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública unindo promoção da saúde e educação integral.

Esse programa visa fortalecer a intersectorialidade das ações buscando fortalecer vínculos, acompanhar o desenvolvimento e a longitudinalidade visando a cidadania e a qualificação das políticas públicas.

Carapicuíba adere ao PSE e foram incluídas escolas e creches em que as crianças menores de seis anos serão acompanhadas, bem como seus familiares, através das visitas domiciliares às instituições escolares, participação nas reuniões de pais e realização de ações educativas e de saúde em conjunto com os profissionais da Educação (FIGURA 12).

Atualmente, são 32 (trinta e duas) instituições escolares em acompanhamento, neste Ciclo 2020/2021, somando quase 5.000 crianças.

9.5. Consultório na Rua

Ainda foi realizada, em 2021, a adesão ao Programa Consultório na Rua estando em fase de estudo do projeto e de construção dos protocolos assistenciais com o objetivo de assistir à população em situação de rua e vulnerável do município como forma de garantir o acesso desse grupo aos serviços de saúde, compreendendo a situação de vulnerabilidade e vínculos interrompidos ou fragilizados.

9.6. Rede Cegonha

A Rede Cegonha consiste em uma estratégia do Ministério da Saúde que busca implementar uma rede de cuidados às mulheres a fim de assegurar o planejamento reprodutivo e atenção à gestação, parto e puerpério, bem como, às crianças.

A finalidade da Rede Cegonha é estruturar e organizar a atenção materno-infantil nas diferentes regiões do país e, no Estado de São Paulo, essa atuação tem acontecido de forma regionalizada junto à

Rede de Saúde, no caso de Carapicuíba a DRS1, visando a implementação do Programa gradativamente com o objetivo de reduzir as taxas de mortalidade infantil e materna.

Carapicuíba vem participando ativamente das reuniões e discussões junto à Rede Cegonha, cujo Hospital Geral de Carapicuíba – HGC também faz parte estreitando as relações das redes e elaborando planos e ações conjuntas a fim de proteger a saúde materno-infantil no município.

9.7. Programa Hiperdia

Há uma estimativa de que cerca de 20% da população brasileira sofra de Hipertensão e 12% de Diabetes Mellitus e apesar de serem consideradas doenças de baixa gravidade, são caracterizadas por sua cronicidade e por serem fatores de risco para um grande número de morbidades cardiovasculares, tornando-se um grande desafio para o sistema público de saúde atuar na busca do controle dessas doenças.

Assim, o Hiperdia é uma importante estratégia de orientação, acompanhamento contínuo e monitoramento das condições clínicas dos usuários do serviço de Atenção Primária à Saúde. Portanto, a manutenção do programa Hiperdia no município de Carapicuíba é necessária, tendo em vista, o crescente número de portadores de ambas as doenças e que utilizam os serviços de saúde.

O principal objetivo do Hiperdia é acompanhar os pacientes que possuem ambas as doenças ou uma delas a fim de prevenir os agravos e garantir os cuidados, além de promover saúde e ampliar a informação para a população.

O Hiperdia tem como objetivo realizar grupos em todas as UBS e USF e teve início em outubro de 2021 visando um cuidado contínuo e eficiente dentro do âmbito da Saúde Coletiva.

9.8. Programa Médicos pelo Brasil

O Programa Médicos pelo Brasil (PMPB) faz parte de um amplo esforço do Governo Federal, estados e municípios para buscar melhorias no atendimento aos usuários do SUS. O PMPB busca levar médicos para regiões de escassez ou ausência desses profissionais para atuar na rede de Atenção Primária à Saúde.

Busca criar condições de um cuidado continuado e garantir um atendimento qualificado para aqueles que acessam cotidianamente o serviço fortalecendo o vínculo entre pacientes e comunidade.

O Mais Médico conseguiu implantar e colocar em desenvolvimento três eixos: estratégia de contratação emergencial de médicos, expansão do número de vagas para os cursos de medicina e residência médica em várias regiões do país e a implantação de um novo currículo com uma formação voltada para o atendimento mais humanizado, com foco na valorização da APS.

Carapicuíba, atualmente, tem 41 (quarenta e um) médicos do PMM e, tendo em vista a fragilidade financeira do município, é um programa que fortalece a rede de APS local e permite a possibilidade de ampliação do número de equipes de Saúde da Família e de oferta de um maior acesso à população aos serviços de saúde.

Visando o fortalecimento dos conhecimentos desses profissionais o NEPS vem realizando importantes encontros de qualificação com especialistas de áreas diversas a fim de garantir um melhor atendimento à população.

9.9. Informatiza APS

O Informatiza APS faz parte da estratégia de saúde digital do Ministério da Saúde, o Conecte SUS. O programa vai apoiar a informatização das unidades de saúde e a qualificação dos dados da Atenção Primária à Saúde de todo o país. O investimento na tecnologia

da informação vai subsidiar a gestão dos serviços de saúde e a melhoria da clínica.

9.10. Saúde Bucal

Em Carapicuíba, o serviço de saúde bucal na Atenção Primária está organizado da seguinte forma:

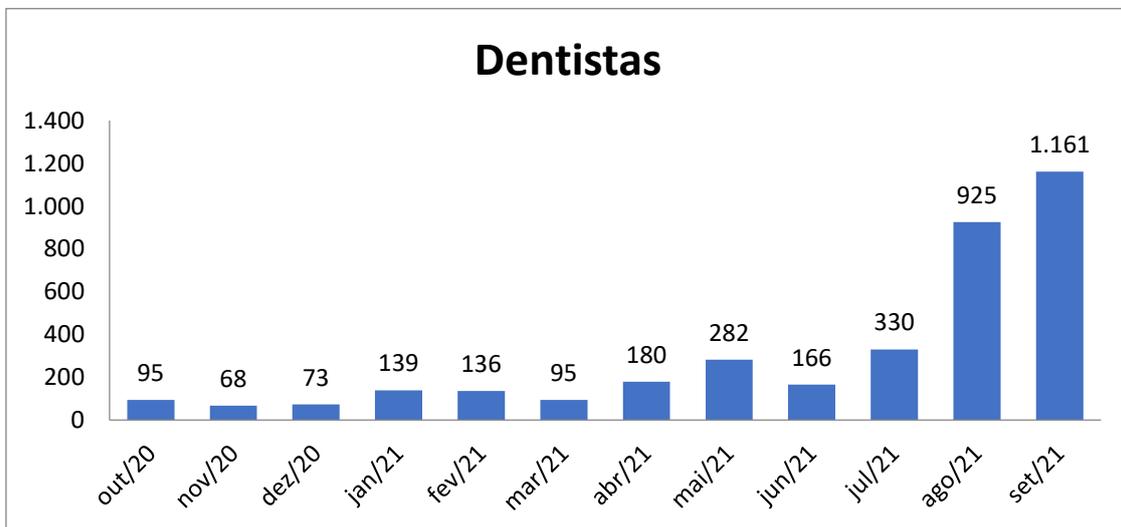
Atendimento odontológico em 11 UBS e 01 USF, com a realização pelas equipes de saúde bucal de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico em lesões bucais e anquiloglossia, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde, individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS, ações em locais comunitários (escolas – PSE), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal, observadas as disposições legais da profissão.

Oferta de procedimentos coletivos, clínicos e cirúrgicos da APS em saúde bucal, tais como: ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel; ação coletiva de escovação dental supervisionada; ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica; acesso à polpa dentária e medicação (por dente); atendimento a gestante; curativo de demora com ou sem preparo biomecânico; exodontia de dente decíduo; exodontia de dente permanente; orientação de higiene bucal; primeira consulta odontológica programática; profilaxia/remoção de placa bacteriana; pulpotomia dentária; raspagem alisamento e polimento supra gengivais (por sextante); raspagem alisamento sub gengivais (por sextante); restauração de dente decíduo; restauração de dente permanente anterior; restauração de dente permanente posterior; selamento provisório de cavidade dentária; tratamento de alveolite; ulotomia/ulectomia.

A pandemia de Coronavírus impactou fortemente a atenção odontológica, pois por questões sanitárias, os serviços tiveram que ficar paralisados (somente com atendimentos das urgências) durante um grande período de tempo, gerando assim uma grande demanda reprimida, tanto na Atenção Primária como na atenção Secundária (CEOs).

Portanto o desafio para o próximo período de anos é diminuir gradativamente a demanda reprimida aguardando por atendimento odontológico em todos os níveis da assistência.

Gráfico23: Atendimentos odontológicos durante o período pandêmico.



Fonte: SMS (2021).

9.11. Psicologia

A Atenção Primária do Município de Carapicuíba conta com o apoio do serviço de Psicologia em 10 Unidades Básicas de Saúde;

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em sua Constituição (1946), define Saúde como: "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade. " A mesma organização compreende a Saúde Mental como "um estado de bem-estar no qual a pessoa percebe suas capacidades e é capaz de lidar com as tensões normais da vida,

trabalhar produtivamente e contribuir para sua comunidade. Nesse sentido positivo, a saúde mental é a base do bem-estar individual e do funcionamento comunitário eficaz. ” (OMS, 2018).

Para os serviços de saúde e os profissionais que atuam nos temas relacionados à saúde mental e atenção psicossocial os impactos da pandemia representam um triplo desafio. O primeiro é o de prevenir o aumento dos impactos na saúde mental relacionados à redução do bem-estar psicossocial provocado pelos efeitos sanitários, sociais e econômicos que vem atingindo toda a população durante a pandemia, sendo que alguns grupos populacionais vêm vivenciando isto de modo mais agudo.

O segundo é o de proteger as pessoas com doenças mentais da COVID-19 e seus impactos associados, que podem resultar no aumento de sua vulnerabilidade.

O terceiro é prover os cuidados necessários aos profissionais de saúde e cuidadores de modo a protegê-los também e permitir que possam salvaguardar e cuidar dos outros (FUNDAÇÃO, 2020)

De modo geral, cabe ao profissional da psicologia que atua na Atenção Primária:

Práticas de Acolhimento realizadas em conjunto com demais profissionais que compõem a equipe multiprofissional da Unidade Básica de Saúde;

Práticas de Triage e direcionamento de casos – diferenciando casos que requerem ações de proteção à saúde daqueles que envolvem a necessidade de tratamento para reabilitação;

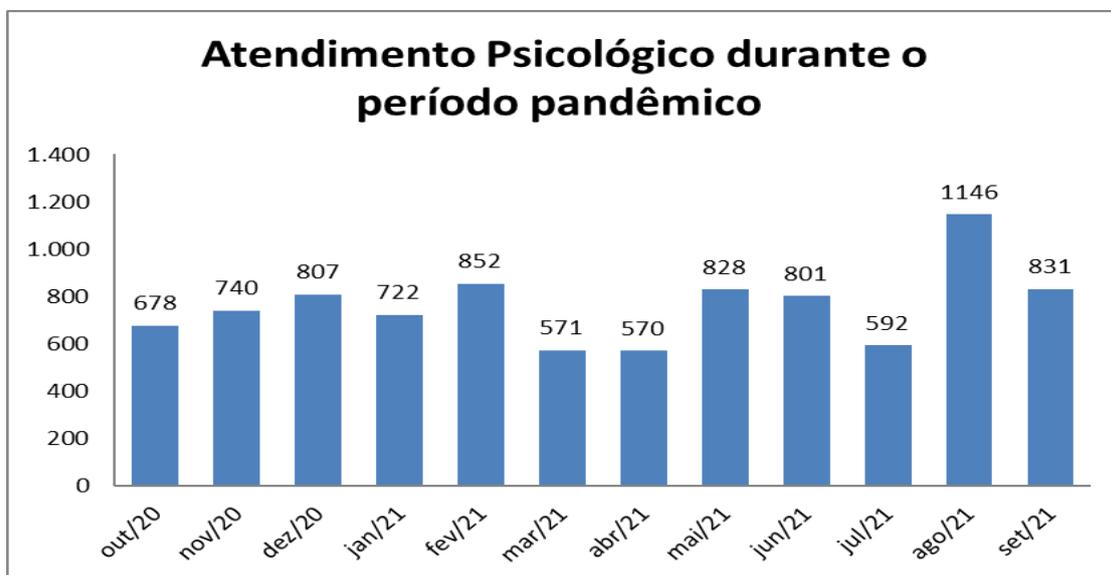
Práticas de Atendimento Psicológico e Avaliações Específicas, quando necessário;

Desenvolvimento, em conjunto com demais profissionais que compõem a equipe multiprofissional da Unidade Básica de Saúde, de Ações de Prevenção, Promoção e Proteção à Saúde em geral, focando,

em especial, nas questões emocionais e comportamentais da parcela da população atendida;

Elaboração de Documentos, quando solicitados, a saber: Relatórios de Atendimento para o próprio paciente, outros serviços municipais (sejam eles de saúde ou não) ou para cumprir exigências judiciais, Laudos para INSS, entre outros, bem como o registro do atendimento realizado no prontuário único, na plataforma E-SUS.

Gráfico 24: Atendimento Psicológico durante o período pandêmico.



Fonte: SMS (2021).

9.12. Assistência Social

A Atenção Primária do Município de Carapicuíba conta com o apoio da assistência social em 8 Unidades da Atenção Primária, com referenciamento das demais, buscando trabalhar o desenvolvimento na construção de propostas voltadas à efetivação de direitos, a questão social, objeto da atuação profissional, é a base de fundação do Serviço Social na sociedade capitalista, estando ela vinculada a questões estruturais e conjunturais, bem como às formas históricas de seu

enfrentamento, que envolvem a ação do capital, do Estado e dos trabalhadores (ALCANTARA; VIEIRA, 2013,p .339).

A inclusão do profissional de Serviço Social na APS vem ocorrendo de forma diferenciada, realizando atividades de promoção da saúde como bem preconiza o Ministério da Saúde. Essa promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal, na qual se pode observar os fatores que colocam em risco a saúde dos usuários e as diferenças entre necessidades e culturas do nosso país.

O Serviço Social propõe atuação na prestação de serviço ao cidadão com a finalidade de ações voltadas para a garantia de acesso aos serviços de atenção à saúde prestada pela Unidade ou na rede por meio de informações relativas aos seus direitos; interesses e necessidades na saúde e ao seu papel ao tratamento, na promoção da saúde, na prevenção de doenças, agravos; riscos e danos – priorizando ações de promoção e prevenção, como está assegurado na legislação, sem prejuízo da orientação, apoio e encaminhamentos necessários na atenção ao usuário.

Tem como objetivo promover a inter-relação da política de saúde com as demais políticas públicas, em especial, a de assistência social, educação, trabalho, habitação, através da criação e desenvolvimento de programas, projetos, rotinas e ações direcionadas aos usuários.

Dessa forma, o serviço social ocupa-se das implicações sociais, emocionais, culturais e econômicas que influem diretamente na situação saúde, ou que possam desencadear agravar ou estagnar a doença ou enfermidade.

Lidando com os fenômenos referentes ao ser humano em seu processo de interação com sua realidade social, objetiva a mobilização e desenvolvimento das potencialidades humanas e sociais através de métodos e técnicas que lhe são específicas.

O Serviço Social proporciona atendimento a usuários e familiares realizando orientações; intervenções e encaminhamentos diversos:

Oferece escuta e acolhimento para o paciente e sua família;

Identifica aspectos da dinâmica familiar, colaborando com outros profissionais da área da saúde, na sensibilização ao indivíduo e família para os aspectos de prevenção e vigilância da saúde;

Realizam orientações sobre benefícios assistenciais e previdenciários, direitos sociais, utilizando recursos da rede, comunidade e serviços;

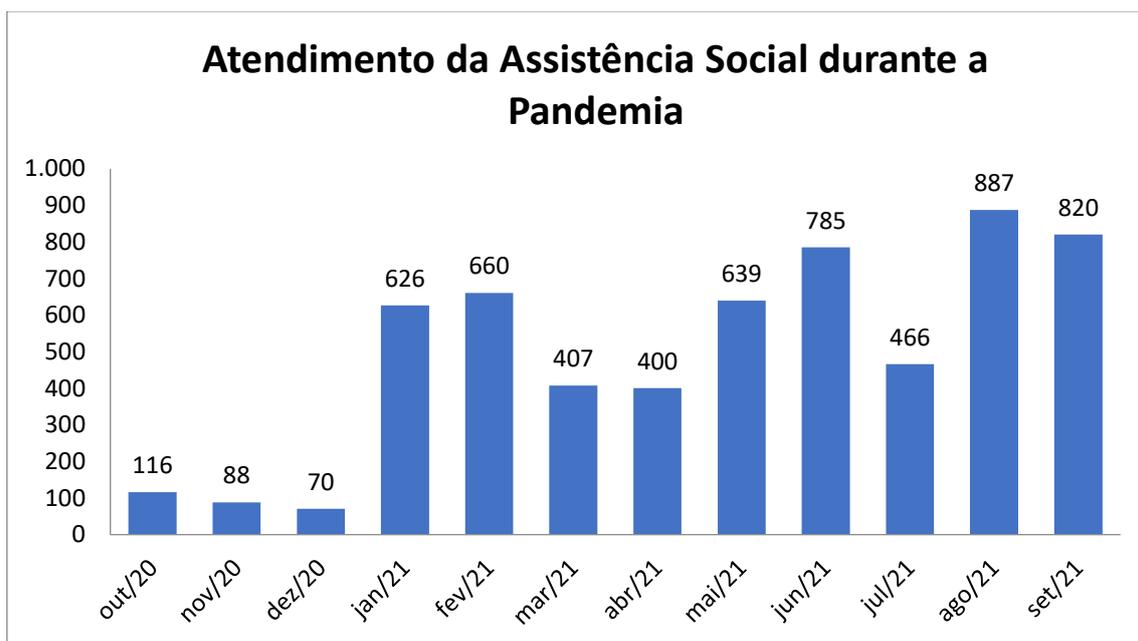
Participa em equipes de recepção integrada, com o objetivo de assegurar ações de prevenção e promoção da saúde;

Realiza aconselhamento e visitas domiciliares, institucionais, em serviços de saúde (leito e enfermaria) acompanhando, de forma sistemática, situações sociais problemáticas em especial, crianças e adolescentes negligenciados ou maltratados com insucesso escolar, idosos, doentes crônicos, doentes de foro psiquiátricos;

Participa em comissão e conselhos;

Promove palestras socioeducativas, sendo referência de informação aos familiares / colaterais;

Gráfico 25: Atendimento Assistência Social durante o período pandêmico.



Fonte: SMS (2021).

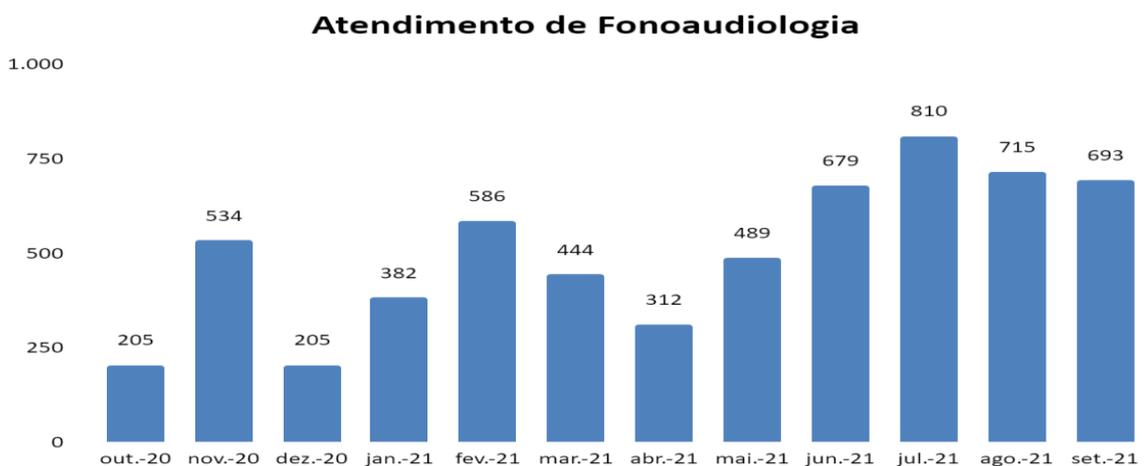
9.13. Fonoaudiologia

A Atenção Primária do Município de Carapicuíba conta com o apoio da assistência social em 6 Unidades da Atenção Primária, com referenciamento das demais.

É a especialidade que trabalha com os aspectos que envolvem a comunicação oral e escrita. O seu desenvolvimento se dá desde a infância até a idade adulta. Pessoas com problemas de comunicação (expressão e compreensão) podem ter dificuldades na sua integração social e profissional.

Doença repentina das nossas vidas e rotinas, sintomas como estresse e ansiedade se tornaram cada vez mais comuns, a ansiedade pode afetar a respiração e a fala.

Gráfico 26: Atendimento Fonoaudiólogo durante o período pandêmico.



Fonte: SMS (2021).

9.14. Terapia Ocupacional

A Atenção Primária do Município de Carapicuíba conta com o apoio da Terapia ocupacional em 1 Unidade da Atenção Primária, com referenciamento das demais e proposta para extensão em outras unidades. A terapia ocupacional, nesse contexto, atua no favorecimento da participação social de indivíduos e famílias na comunidade, com foco em seus projetos de vida e nas ocupações que lhes sejam significativas.

9.15. Nutricionista

A Atenção Primária do Município de Carapicuíba conta com o apoio do serviço de nutrição de 03 profissionais, com atuação em todas as Unidade Básicas de Saúde.

O trabalho do nutricionista na Atenção Primária a saúde se faz em diversos âmbitos, como: na área de segurança sanitária de produtos e serviços, na promoção da alimentação saudável, no monitoramento alimentar e nutricional e no controle dos distúrbios e deficiências nutricionais e reabilitação da saúde.

9.16. Laboratório

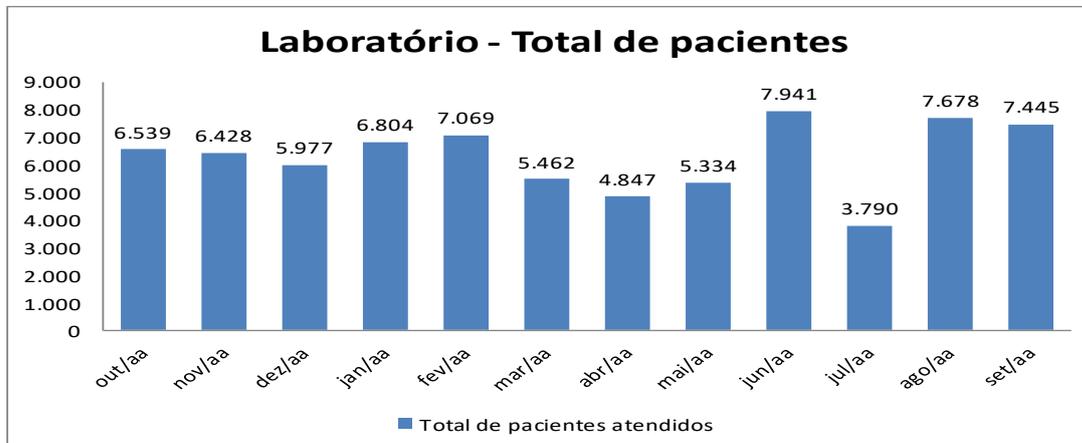
O Município de Carapicuíba conta com o apoio diagnóstico do laboratório estadual e do Laboratório Municipal.

Os Centros Estaduais de Análises Clínicas foram criados pela Secretaria Estadual de Saúde com a finalidade de realizar exames laboratoriais em alta escala, com resultados mais ágeis e menor custo, visando à melhoria da qualidade dos serviços desta natureza prestados a pacientes de Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde – SUS/SP no âmbito de suas áreas de abrangência.

São encaminhados para o laboratório os exames considerados de rotina, gerados tanto em atendimentos ambulatoriais quanto das

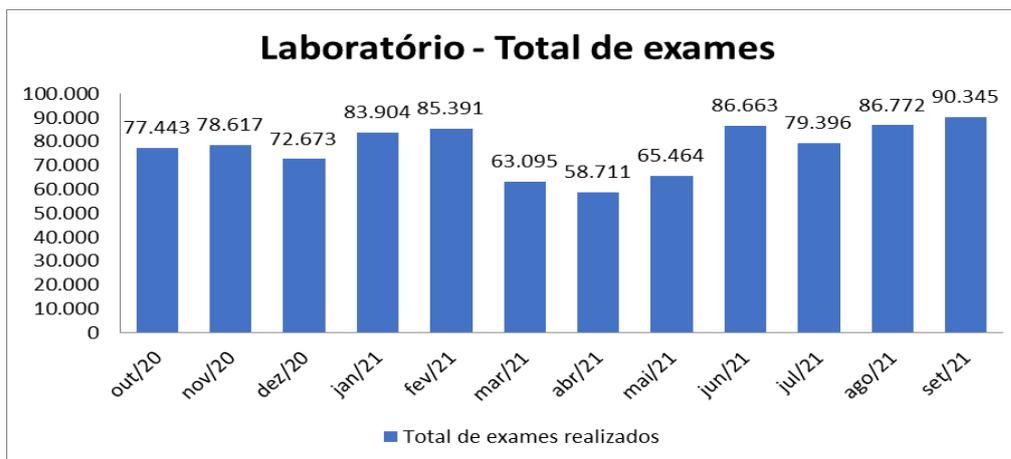
unidades de internação, com resultados previstos para tempos mínimos previamente definidos.

Gráfico 27: Coleta de exames laboratorial por pacientes:



Fonte: Plano Estatístico (2021).

Gráfico 28: Total de Exames realizados:



Fonte: Plano Estatístico (2021).

10. Serviços Especializados de Atenção à Saúde

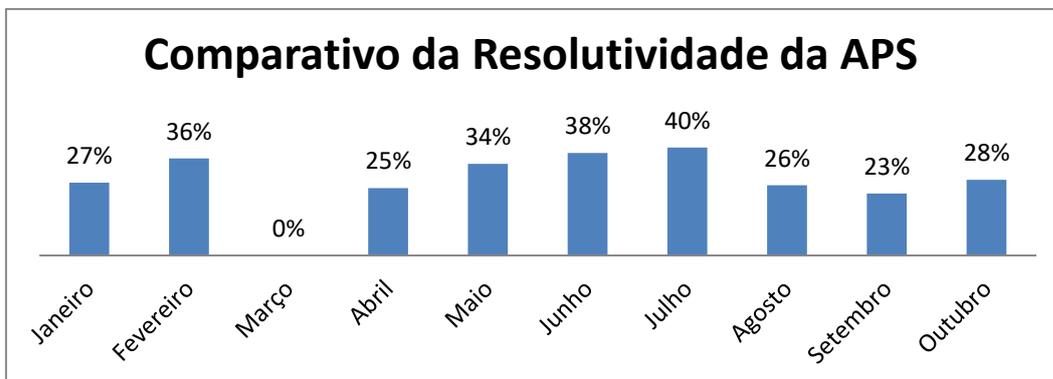
10.1. Atenção Especializada

A atenção especializada no município de Carapicuíba vem se organizando progressivamente, sendo as Unidades Básicas de Saúde a principal porta de entrada do sistema, respeitando os princípios de regionalização e hierarquização. Para tornar a rede mais resolutiva, incorporando serviços, exames e procedimentos de maior complexidade, garantindo a linha de cuidado e a integralidade da atenção.

O perfil e a eficiência da rede de atenção especializada sofrem pressões variadas, seja por encaminhamentos inadequados da rede básica, pela insuficiência de recursos assistenciais e pela gestão pouco otimizada dos recursos disponíveis. Segundo o Ministério da Saúde (MS), a resolutividade esperada dos serviços de Atenção Primária, é de 80%. Uma vez que esse índice é atingido, significa que as Unidades Básicas de Saúde conseguem resolver grande maioria dos problemas sem a necessidade de especialista.

Em julho de 2020 o município de Carapicuíba passou a registrar o indicador de "RESOLUTIVIDADE DA APS". O parâmetro esperado para o indicador é de até 20% de encaminhamentos médicos para serviço especializado. Conforme gráfico a baixo segue resolutividade apresentada nos últimos meses, no mês de março não sendo possível acompanhar os dados devidos manutenção que se fez necessária no sistema.

Gráfico 29: Comparativo da Resolutividade da APS



Fonte: Plano Estatístico (2021).

Existe um absenteísmo importante no município de Carapicuíba, em torno de 27% para as consultas e procedimentos. Vários fatores contribuem para este absenteísmo, destacando a demora para agendamento e a oferta ainda não regionalizada. A organização das listas de espera nas unidades de saúde tem sido feita de modo heterogêneo, com diferentes graus de responsabilização das equipes de saúde pelos encaminhamentos. Convive-se, portanto com o paradoxo da necessidade do atendimento e perda acentuada dos procedimentos existentes.

Quadro10: Regulação de Vagas

Regulação de Vagas	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	MÉDIA
Vagas ofertadas	3892	4473	4582	3325	4413	4279	4229	4436	4850	4433	4413
Vagas agendadas	3853	4061	4408	3337	4774	4256	4306	4436	4320	4753	4306
Perda Primária	-139	-412	-174	12	361	-23	-123	134	-530	-320	-123
Realizado	2298	2606	2690	2293	3136	3148	2930	3492	3181	3449	2930
Absenteísmo	1216	1084	1309	869	1243	1051	1228	1580	1062	1208	1216
% Absenteísmo	32%	27%	30%	26%	26%	25%	29%	36%	25%	25%	27%
Bolsão	1085	952	860	605	1070	509	1427	1597	1597	695	952

Fonte: Plano Estatístico (2021).

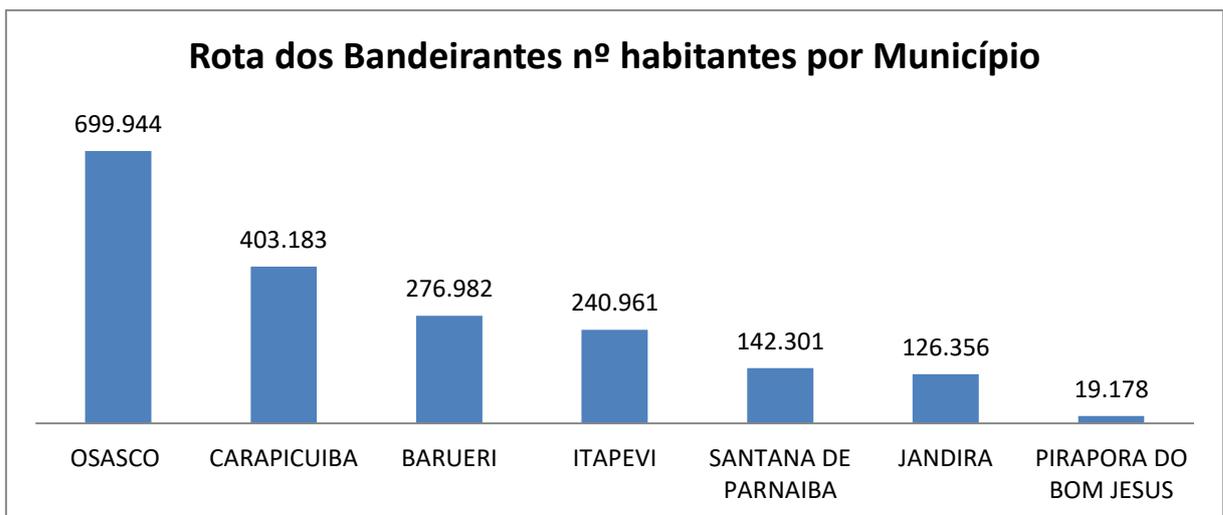
Perda primária: Vagas ofertadas e que não foram agendadas.

Absenteísmo: Ausência do paciente no dia da consulta/exame.

Bolsão: Vagas em aberto de outros municípios que estão disponíveis para agendamento.

É importante salientar que Atenção Especializada Municipal serve como apoio para a Atenção Secundária e Terciária do Estado de São Paulo, onde o município de Carapicuíba compõe a RRAS V (Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde). Atualmente essa rede é articulada pela DRS I (Departamento Regional de Saúde) e é composta por 7 municípios sendo eles:

Gráfico 30: Nº Habitantes por Município da Rota dos Bandeirantes



Fonte: IBGE 2020

Abaixo temos a relação de serviços estaduais que são referências para atender a demanda da região de média e alta complexidade:

3 AMES – Ambulatórios Médicos de Especialidades

AME CARAPICUÍBA

AME ITAPEVI

AME IDOSO OESTE

3 HOSPITAIS ESTADUAIS

HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA

HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI

HOSPITAL REGIONAL DE OSASCO

Além de outras referências estaduais como: Ame Borroul, Ame Barrada, Santa Casa, Hospital das Clinicas, Hospital São Paulo e etc.

A atenção especializada tem como apoio alguns serviços municipais que serão apresentados abaixo:

10.2. Policlínica

A POLICLÍNICA é uma unidade de saúde voltada ao atendimento especializado, com a prestação de serviços exclusivos ao SUS. Configura-se como serviço de saúde com estrutura e complexidade intermediária, entre as Unidades Básicas de Saúde - UBS e o Atendimento de Alta Complexidade Hospitalar com apoio em exames de diagnósticos, integrando uma rede organizada de serviços de saúde do Município de Carapicuíba.

Figura 12: Policlínica Carapicuíba



Fonte: SMS

A Policlínica funciona de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h está localizada na Rua Zacarias de Medeiros, nº 400, Parque Santa Tereza, Carapicuíba, Estado de São Paulo.

Na Policlínica são disponibilizadas Especialidades Médicas, Especialidades Não Médicas e Serviço de Apoio e Diagnóstico Terapêutico – SADT para usuários do serviço encaminhados pela Central de Regulação Municipal para as especialidades previamente definidas, no limite da capacidade operacional do ambulatório.

Os serviços oferecidos são:

Consultas Médicas: Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Geriatria, Ginecologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia Geral, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Psiquiatria, Reumatologia, Urologia e Vascular.

Consultas Não Medicas: Fonoaudiologia e enfermagem.

Procedimentos Ambulatoriais: Cateterismo uretral; cauterização química de pequenas lesões; retirada de pontos de cirurgias; curativos simples; suturas; biópsia/punção de tumores superficiais de pele; retirada de corpo estranho subcutâneo; exérese de calo; debridamento e curativo de escara ou ulceração; curativo com debridamento em pé diabético; anestesia loco regional; cirurgia de unha (cantoplastia); drenagem de abscesso; tratamento de miíase furunculóide; drenagem de hematoma subungueal; tamponamento de epistaxe; remoção de cerume; infiltrações; aplicação e reposição de sondasvesicais e nasogástricas; cuidado de estomas (digestivos, urinários e traqueais).

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT: Eletrocardiograma, Ultrassonografia, Ecocardiograma, Colposcopia, Audiometria e Raio-X.

Quadro 11: Produtividade da Policlínica nos últimos 4 anos:

ESPECIALIDADES	2018	2019	2020	2021
CARDIOLOGIA	2348	4667	2812	4632
DERMATOLOGIA	1718	3831	3000	3560
ENDOCRINOLOGIA	1636	1815	645	883
GASTROENTEROLOGIA	953	951	949	1403

GERIATRIA	602	781	952	1066
GINECOLOGIA	862	1803	600	952
MASTOLOGIA	781	1254	284	857
NEFROLOGIA	0	0	159	974
NEUROLOGIA	2.500	2.394	1350	1318
OFTALMOLOGIA	1506	1718	633	2153
ORTOPEDIA	3163	11758	2902	2917
OTORRINOLARINGOLOGIA	1183	1446	1013	1246
PNEUMOLOGIA	1183	1469	612	658
PEDIATRIA	959	1627	1152	1128
PSIQUIATRIA	737	1491	3065	3274
REUMATOLOGIA	1724	2085	1696	2042
UROLOGIA	1201	1370	585	641
VASCULAR	274	624	250	757
NUTRIÇÃO	0	1954	456	0
FONOAUDIOLOGIA	447	603	470	457
FISIOTERAPIA	0	115	35	0
ALTO CUSTO	0	1904	1487	0
BUCO MAXILO	0	40	104	0
ECOCARDIOGRAMA	0	472	329	515
ELETROCARDIOGRAMA	1242	3116	1167	960
RADIOLOGIA	3778	13862	3151	863
ULTRASSONOGRRAFIA	3119	2289	1142	1295
TOTAL	32.009	65.439	31.000	34.551

Fonte: Plano Estatístico (2021).

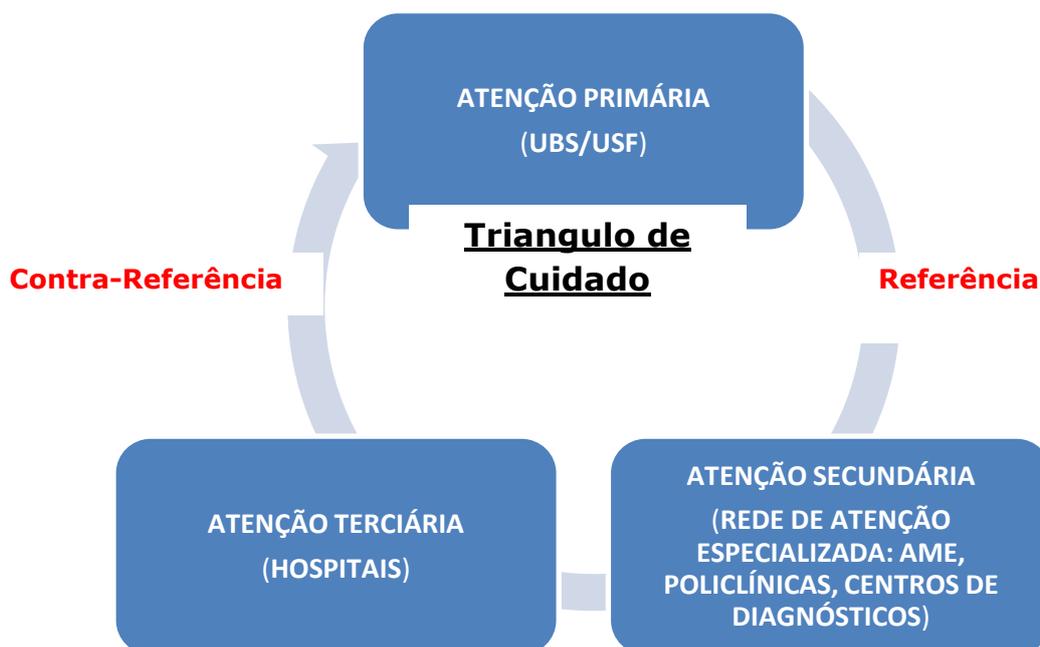
O acesso dos usuários à POLICLÍNICA se deve através de agendamento para serviços especializados pela Central de Regulação de Vagas Municipal. Todo agendamento é realizado através do Sistema Informatizado Integrado de Gestão da Assistência à Saúde do Município de Carapicuíba. O usuário deverá apresentar quando em consulta, GUIA DE ENCAMINHAMENTO.

A organização do cuidado na “POLICLÍNICA” divide-se em dois grandes grupos: um de cuidado crônico-longitudinal e outro de cuidado

imediato-transitório. O primeiro refere-se à organização do cuidado das pessoas com necessidades crônicas e permanentes de cuidado, e que se caracterizam por dependência de acesso, diagnóstico, terapia e acompanhamento longitudinal, como o cuidado para as doenças cardiovasculares e para a doença renal crônica, entre outras. O segundo refere-se às necessidades transitórias, que se caracterizam por necessidade de acesso, diagnóstico e terapia de uma maneira mais resolutiva e imediata, como, por exemplo, em doenças relacionadas às especialidades de urologia, ortopedia, oftalmologia, entre outras, que deverão ser contra referenciados à Atenção Básica de Saúde ou referenciado ao serviço de maior complexidade. Nesse formato, podemos dizer que a atenção ao paciente depende de um triângulo de cuidado, no qual a resolutividade e a satisfação dependem dos tempos entre a consulta com o especialista, o diagnóstico por exame a ser realizado e, muitas vezes, o procedimento terapêutico definitivo.

No cuidado crônico longitudinal uma das medidas é a realização do monitoramento da resolutividade local deste tipo de cuidado. Para isto, a POLICLÍNICA deve adotar procedimentos para a GESTÃO DE ALTAS AMBULATORIAIS, com o objetivo de ampliar a efetividade no cuidado integral. A gestão de altas inclui monitorar as práticas assistenciais dos profissionais do estabelecimento, sob a luz dos protocolos clínicos e de regulação do acesso baseado em evidências instituídas, negociando-se inclusive quando, em que condições e como a UBS receberá de volta este usuário.

Figura 13: Triângulo de Cuidado



Fonte: SMS

10.3. Central de regulação ambulatorial

Responsável pela organização do acesso dos usuários às consultas, exames ou procedimentos especializados. Conduz também os processos de autorização de procedimentos como internação hospitalar, procedimentos de alta complexidade e tratamento médico fora do domicílio do paciente. O trabalho da Central de Regulação consiste em controlar e acompanhar a demanda por serviços de saúde e disponibilizar, de forma ordenada, a oferta existente. A regulação obedece à diretriz da regionalização, que prioriza a proximidade do local de atendimento à residência do usuário e a hierarquização do atendimento de acordo com o grau de complexidade exigido pelo problema de saúde do usuário.

Os procedimentos de alta complexidade são regulados pela Central Municipal de Regulação, com sistemática avaliação de risco, utilizando o sistema Estadual CROSS (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde) para agendamento.

Algumas ferramentas são utilizadas para garantir equidade, ampliar e qualificar o acesso dos usuários aos recursos tecnológicos, visando a integralidade e a continuidade do cuidado. Além da regulação nos diversos níveis do sistema, o apoio matricial como processo contínuo é essencial para qualificação dos encaminhamentos, estabelecendo uma relação mais próxima entre as equipes das Unidades Básicas de Saúde e dos Serviços de Atenção Especializada.

10.4. Centro de fisioterapia e estimulação precoce

Figura 14: Centro de Fisioterapia



Fonte: SMS

O Centro de Fisioterapia e Estimulação Precoce serve como suporte complementar e especializado aos demais serviços básicos de saúde do município. Atende à demanda de pacientes encaminhados diretamente pelo município e no caso da pediatria os recém-nascidos de alto risco e extrema prematuridade do Hospital Geral de Carapicuíba. Atualmente oferece os seguintes serviços:

- **Fisioterapia neurológica (adulto e infantil):** avalia o paciente de forma global através da anamnese, inspeção, exame físico e aplicação de escalas/testes específicos, assim como realizar o diagnóstico cinético funcional. Segue algumas das patologias neurológicas

acolhidas no setor: Acidente Vascular Cerebral, Alzheimer, Esclerose Lateral Amiotrófica, etc.

- **Fisioterapia ortopédica (adulto e infantil):** avalia o paciente de forma global através da anamnese, inspeção, exame físico e aplicação de escalas/testes específicos, assim como realizar o diagnóstico cinético funcional. Segue algumas das patologias do sistema osteomuscular acolhidas no setor: Tendinites, Bursites, Artroses, Fraturas, etc.

- **Acupuntura:** A acupuntura sistêmica trata o indivíduo como um todo e com prerrogativas específicas. Consiste na aplicação de agulhas metálicas nos diversos acupontos referentes aos canais de energia do corpo, a fim de melhorar o seu fluxo energético.

- **Psicologia adulta e infantil:** promove suporte psicológico aos pacientes da estimulação precoce (prematuros) e dos pacientes da fisioterapia neurológica adulta (pós-acidente vascular cerebral, esclerose lateral amiotrófica, esclerose múltipla, Alzheimer, etc.), além do apoio emocional aos familiares buscando aliviar ou minimizar o sofrimento provocado pelo processo de adoecimento, habilitação e reabilitação.

- **Fonoaudiologia (adulto e infantil):** promove suporte fonoaudiológico aos pacientes da estimulação precoce, da fisioterapia infantil e da fisioterapia neurológica adulta.

- **Pediatria Alto Risco e Extrema Prematuridade:** O pediatra cuida de todo e qualquer processo, inicial ou não, tanto de diagnóstico quanto de condutas, que envolvam a saúde da criança, buscando a melhor forma de tratar o pequeno paciente e orientar seus

responsáveis. São dadas orientações quanto à alimentação e cuidados básicos da saúde, aleitamento materno, vacinas, exames periódicos, avaliação do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor, prevenção de acidentes e primeiro socorros, regularidade de consultas, encaminhando para os especialistas quando necessário. São recebidos casos de Síndrome de Down, Hipoglicemias Neonatais, Asfixia ao nascer, Desnutrição Fetal, Broncodisplasia, Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, Síndrome da aspiração de mecônio, etc.

● **Estimulação Precoce** (equipe multiprofissional: 3 fisioterapeutas, 1 psicóloga e 2 fonoaudiólogas): acompanha crianças com alto risco e alterações de desenvolvimento neuropsicomotor e tem como metas a formulação diagnóstica terapêutica e a definição do tipo de intervenção necessária para as crianças atendidas. Considera-se como Estimulação Precoce a faixa etária entre 0 e 2 anos e 11 meses e como neurologia infantil a faixa etária entre 3 e 9 anos e 11 meses.

O acesso aos atendimentos do Centro de Fisioterapia se dá mediante guia de encaminhamento específica da rede municipal que são inseridas na fila de espera e agendadas pela Central de Regulação de Vagas. Em casos agudos o encaminhamento é avaliado pelo médico regulador e constatado a prioridade é efetuado o agendamento imediato.

Outras unidades que atuam no âmbito do SUS com gestão estadual, mas em parceria com o município são: AME (Ambulatório Médico de Especialidades), Hospital Geral de Carapicuíba, AACD e Rede Lucy Montoro, sendo a organização do acesso realizada via central de regulação.

Quadro 12: Produtividade do Centro de Fisioterapia dos últimos anos:

PRODUTIVIDADE FISIOTERAPIA	2018	2019	2020	2021
AVALIAÇÕES	1086	1086	1029	1008
ATENDIMENTOS ORTOPÉDICOS	10704	13620	6188	4465
ATENDIMENTOS NEUROLÓGICOS	1937	23366	1700	2456
ATENDIMENTOS ACUPUNTURA	0	5029	1665	2373
ATENDIMENTOS TAI CHI CHUAN	0	8332	426	0
ATENDIMENTOS TERAPIA OCUPACIONAL	0	3293	379	347
ATENDIMENTOS FONOAUDIOLOGIA	0	176	342	283
ATENDIMENTOS PSICOLOGIA	0	1918	766	1263
ATENDIMENTOS ESTIMULAÇÃO PRECOCE	0	1715	842	1103

Fonte: Plano Estatístico (2021).

Devido a pandemia tivemos que suspender os atendimentos em grupo, realizando apenas atendimentos individuais.

10.5. Centro de especialidades odontológicas – CEOs

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) são pontos de Atenção Secundária Ambulatorial que utilizam os mecanismos de referência e contra referência, contando com o apoio matricial e a educação permanente em saúde como instrumentos, para assegurar a integralidade do atendimento, buscando, desta forma, superar a fragmentação das ações e a descontinuidade da atenção à saúde, organizando assim, uma rede de atenção coordenada pela Atenção Básica.

O município de Carapicuíba tem 02 Centros de Especialidades Odontológicas:

- **CEO Cohab V (tipo II)** com 09 cadeiras odontológicas: oferta as especialidades de Periodontia, Cirurgia oral menor/Semiologia,

Endodontia, Paciente com necessidades especiais, Prótese Dentária e Odontopediatria.

Obs. O CEO Cohab V foi desativado em setembro/2019 para a construção de um prédio novo. Foi reativado apenas em julho/2021, devido à pandemia de Covid 19, abaixo segue o relatório de atendimento dos últimos anos:

Quadro 13: Atendimento CEO COHAB V

Mês	2018	2019	2020
Janeiro	235	436	--
Fevereiro	353	543	--
Março	552	550	--
Abril	495	583	--
Mai	403	497	--
Junho	425	512	--
Julho	493	487	--
Agosto	465	389	--
Setembro	434	258	--
Outubro	362	--	--
Novembro	388	--	--
Dezembro	429	--	--

Fonte: Plano Estatístico (2021).

Figura 15: CEO COHAB V



Fonte: SMS

● **CEO Ariston (tipo I)** com 04 cadeiras odontológicas: oferta as especialidades de Periodontia, Cirurgia oral menor/Semiologia, Endodontia, Paciente com necessidades especiais e Odontopediatria. Os pacientes atendidos nos CEOs devem ser encaminhados pelos cirurgiões dentistas da Atenção Básica, e após o atendimento na especialidade, serão contra referenciados para a atenção básica para continuidade do tratamento.

Obs.: A partir de 17/03/20, os atendimentos eletivos foram suspensos, sendo realizados nesse período apenas atendimentos de urgências odontológicas, segue abaixo o relatório de atendimento, dos últimos anos:

Quadro 14: Atendimento CEO Ariston

Mês	2018	2019	2020
Janeiro	98	220	168
Fevereiro	169	145	139
Março	183	159	78
Abril	191	204	146
Mai	222	189	170
Junho	179	188	248
Julho	182	187	401
Agosto	144	171	346
Setembro	239	150	375
Outubro	279	151	394
Novembro	135	136	402
Dezembro	156	129	370

Fonte: Plano Estatístico (2021).

11. Saúde Mental

De acordo com a Portaria Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) propõe um novo modelo de atenção em saúde mental, a partir do acesso e a promoção de direitos das pessoas baseado na convivência dentro da sociedade. Além de mais acessível, a rede ainda tem como objetivo articular os serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade.

As unidades de saúde mental atendem portadores de sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.

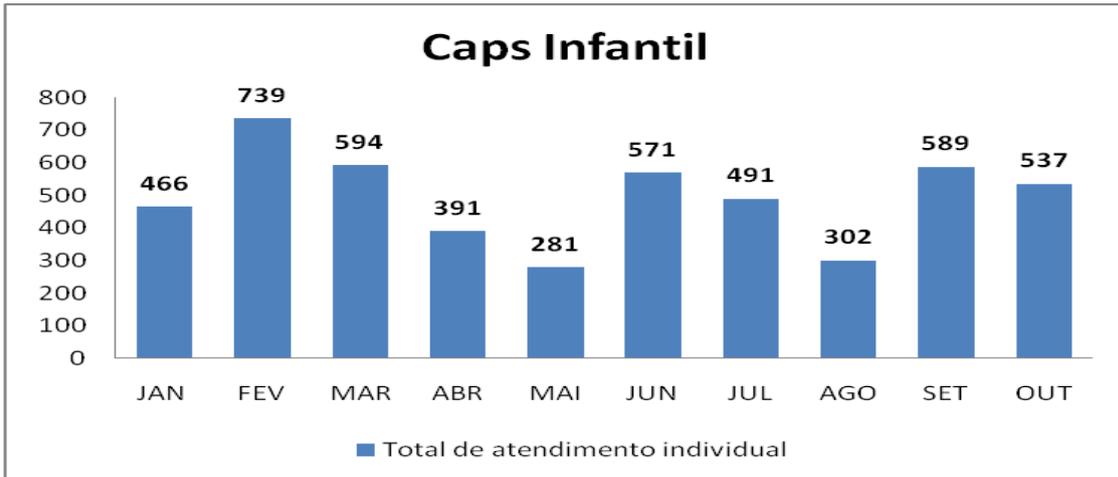
Os CAPS têm papel estratégico na articulação da RAPS, tanto no que se refere à atenção direta visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com a atenção básica, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como no território.

O município dispõe de rede especializada na saúde mental:

11.1. CAPS Infantil

CAPS Infantil, situado na Avenida General Teixeira Lott, 318 - Tucunduva, Carapicuíba-SP, onde realiza atendimento a criança, adolescente e familiar, com horário de funcionamento das 7h às 17h para acolhimento de novos casos, sem necessidade de agendamento, atendimentos individuais e grupos conforme Projeto Terapêutico Singular, tendo como referência para surto/crise o PA infantil ou PA Cohab II, referência para casos leves Unidade Básica de Saúde;

Gráfico31: Atendimento do Caps Infantil



Fonte: Plano Estatístico (2021).

11.2. CAPS III Adulto

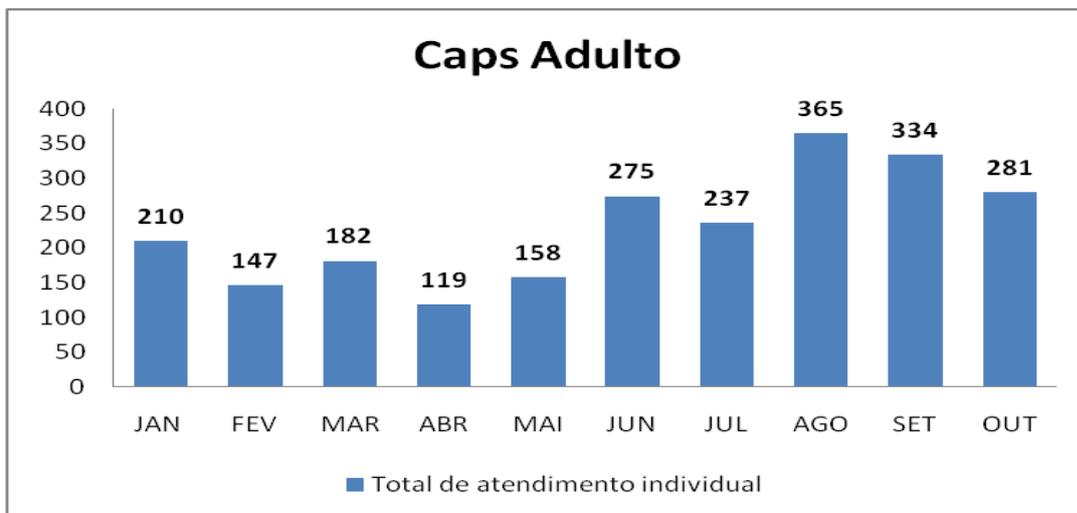
CAPS III Adulto, situado na Rua Ângela Periotto Tolaine, 599, Jardim das belezas, Carapicuíba-SP, funcionamento 24 horas, de segunda a sexta das 7h às 19h, para atividades terapêuticas e acolhimento de casos novos. Sábados, domingos e feriados acolhimento diurno e noturno para pacientes inseridos e que necessitam do leito de hospitalidade, tendo como referência para surto/crise o PA Cohab II, referência para casos leves a Unidade Básica de Saúde;

Figura 16: CAPS III



Fonte: SMS

Gráfico32: Atendimento do Caps III

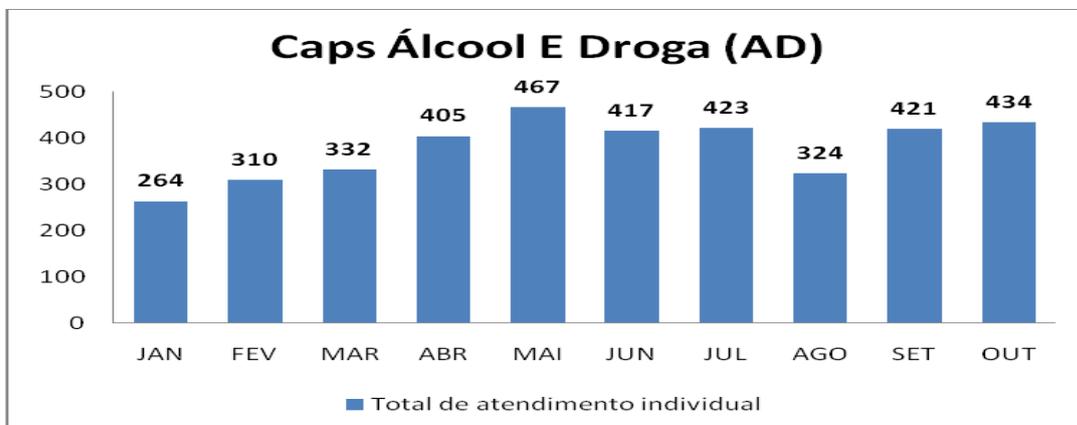


Fonte: Plano Estatístico (2021).

11.3. CAPS AD III Álcool e Drogas

CAPS AD III (Álcool e outras Drogas), situado na Rua José Fernandes Teixeira Zuza, 500 - Vila Creti, Carapicuíba - SP, funcionamento 24 horas, de segunda a sexta das 7h às 19h, para atividades terapêuticas e acolhimento de casos novos. Sábados, domingos e feriados acolhimento diurno e noturno para pacientes inseridos e que necessitam do leito de hospitalidade tendo como referência para surto/crise o PA Cohab II, referência para casos leves a Unidade Básica de Saúde;

Gráfico33: Atendimento do Caps Adulto

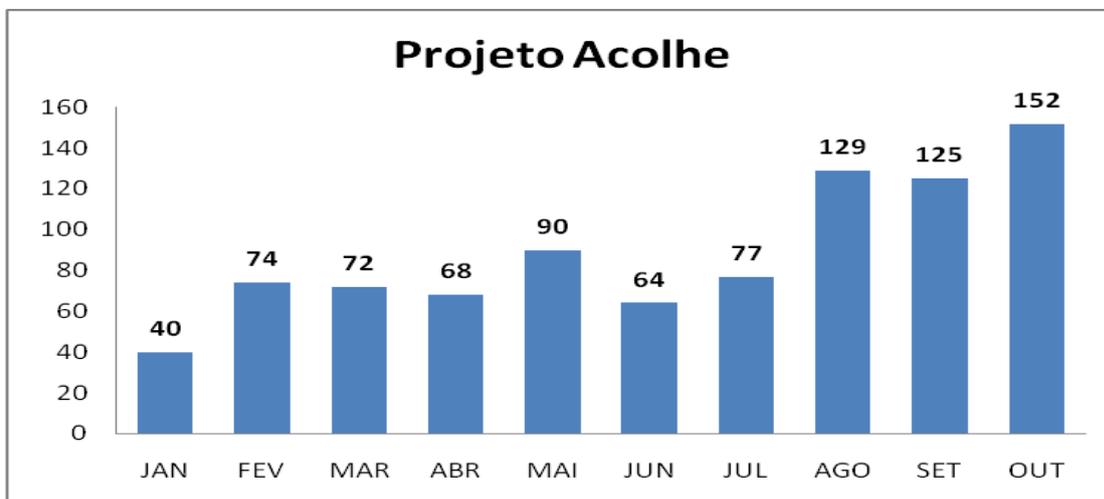


Fonte: Plano Estatístico (2021).

11.4. Projeto Acolhe

Projeto Acolhe, situado na Avenida General Teixeira Lott, 601 - Vila Creti, Carapicuíba - SP, equipe especializada no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de *violência* sexual, com funcionamento de segunda a sexta das 8h às 17h, provenientes do conselho tutelar, judiciário, promotoria, delegacia, encaminhados após terapia para a unidade básica de referência.

Gráfico34: Atendimento do Projeto Acolhe

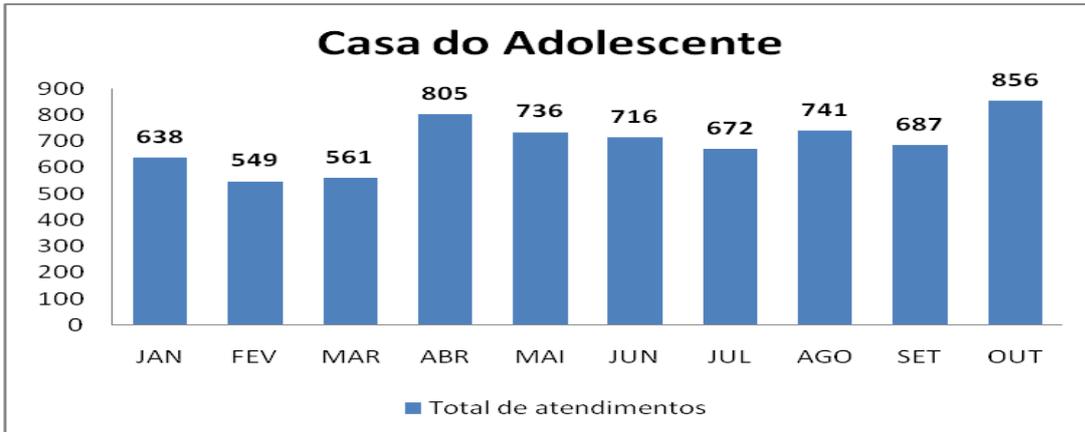


Fonte: Plano Estatístico (2021).

11.5. Casa do Adolescente

Casa do Adolescente, situado na Avenida General Teixeira Lott, 501 - Vila Creti, Carapicuíba - SP, atendimento específico de adolescentes, com funcionamento de segunda a sexta das 7h às 17h, nas especialidades de odontologia, ginecologia, hebiatra, enfermagem, psicologia e terapia ocupacional, referência para todo o município, os casos graves são encaminhados para o CAPS infantil e os leves são acompanhados em conjunto com as unidades básicas e na Policlínica.

Gráfico35: Atendimento da Casa Adolescente

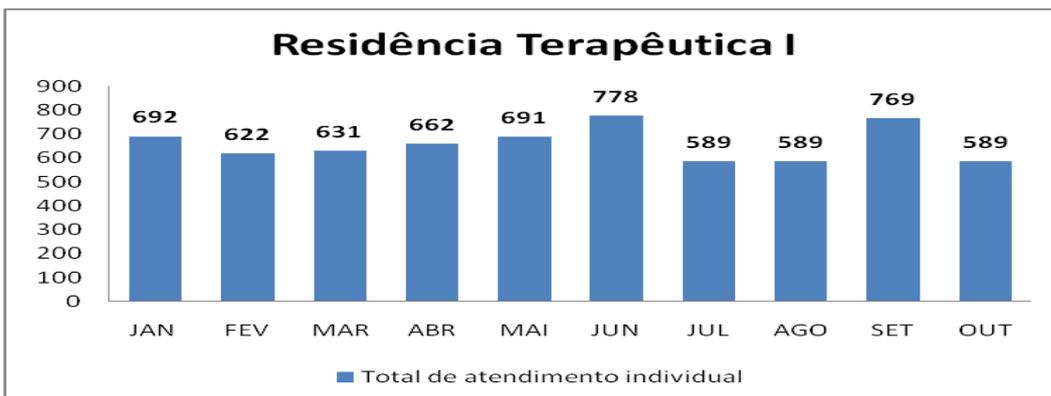


Fonte: Plano Estatístico (2021).

11.6. Residência Terapêutica I

Residência Terapêutica I – Moradia assistida, de caráter permanente ou transitório até a reabilitação plena dos residentes, para atendimento aos egressos de hospitais psiquiátricos e de custódia, com menor grau de dependência para atividades de vida diária, onde conta com 09 (nove) moradores obedecendo ao censo realizado pelo DRS I.

Gráfico36: Atendimento da Residência Terapêutica I

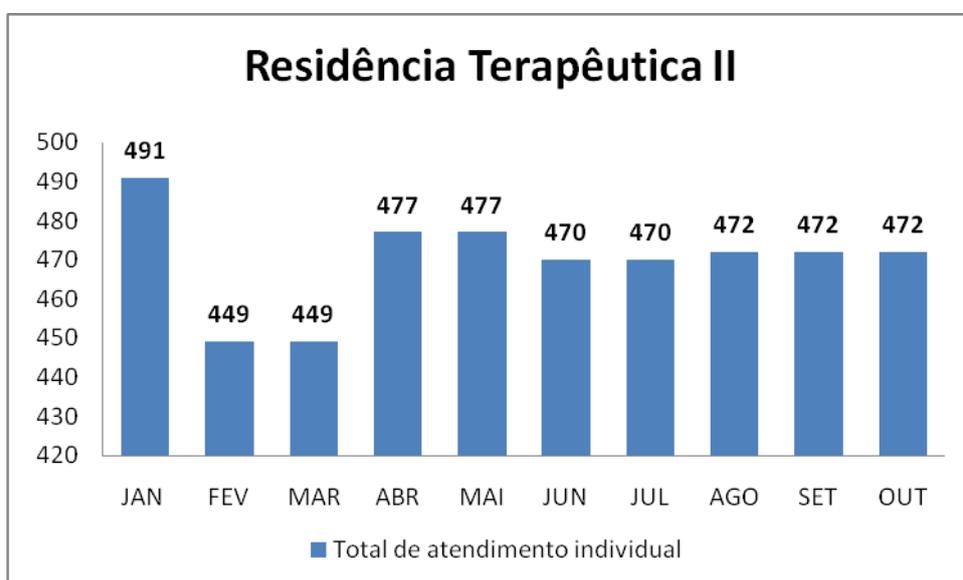


Fonte: Plano Estatístico (2021).

11.7. Residência Terapêutica II

Residência Terapêutica II – Moradia assistida, de caráter permanente ou transitório até a reabilitação plena dos residentes, para atendimento aos egressos de hospitais psiquiátricos e de custódia, com maior grau de dependência para atividades de vida diária, onde conta com 07 (sete) moradores obedecendo ao censo realizado pelo DRS I.

Gráfico37: Atendimento da Residência Terapêutica II



Fonte: Plano Estatístico (2021).

12. Atendimento de Urgência Adulto e Pediátrico

Serão considerados atendimentos de Urgência aqueles não programados, que sejam dispensados pelo serviço de Urgência e Emergência, as pessoas, que procurem tal atendimento por ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial ou iminente de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

12.1 Regime de Observação Clínica

O PA COHABII conta com 6 (seis) leitos de emergência e 9 (nove) leitos de observação adulto, sendo 1 de isolamento adulto. Na ala psiquiátrica dispõe de 9 (nove) leitos observação psiquiátrica, sendo 01 restrições, 2 adolescentes e 6 de observação adulto. Esses leitos são de apoio ao atendimento de emergência destinado à observação de pacientes com quadros agravados por um período de até 24 horas, após esse período os pacientes serão incluídos no Sistema Cross para transferência ou será transferido para o PSVD (Adultos Clínicos).

O PA Vila Dirce conta com 3 (três) leitos de emergência e 15 (quinze) leitos de internação, sendo 3 (três) de isolamento, para apoio ao atendimento de emergência destinados à observação clínica de pacientes com quadros agravados por um período de até 24 horas, inclusive pacientes oriundos do Pronto Atendimento da Cohab II.

O PA Infantil conta com 3 (três) leitos de emergência e com 12 (doze) leitos de internação, sendo 1 (um) de isolamento, para apoio ao atendimento de emergência destinados à observação clínica de pacientes com quadros agravados por um período de até 24 horas.

Os pacientes com indicação de internação, mesmo após geradas AIH, devem ser encaminhados para rede estadual, conforme grade de referências definida, por meio do sistema da central estadual de

regulação (CROSS).

12.2. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT

Entende-se por SADT a disponibilização de exames (análises clínicas) e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a usuários atendidos nos Pronto Atendimentos. A realização das Análises Clínicas 24 (vinte e quatro) horas por dia, sete dias por semana.

Os exames são coletos nas unidades de emergência encaminhadas ao laboratório CEACSUL - AFIP, que fisicamente está situado dentro do HGC, após processo de análise os resultados são liberados via sistema.

Pronto Atendimento da Vila Dirce, segue o mesmo processo de coleta e a análise dos exames é realizado no laboratório Transdusson.

12.3. Serviço de Exames de Imagem – Radiografia

O Serviço de radiografia no Pronto Atendimento funcionará 24h por dia, sete dias da semana. São realizadas as digitalizações e disponibilização das imagens em todos os consultórios da unidade.

12.4. Pronto Socorro Da Vila Dirce (PSVD)

O PSVD é atualmente administrado por meio de Organização Social de Saúde (CEJAM), com prestação de serviços exclusivos ao SUS, atendendo prioritariamente casos de urgência e emergência de adultos em regime de 24 horas por meio de demanda espontânea da população (regime de pronto atendimento) e encaminhados pelos serviços de transportes de urgência e emergência. O funcionamento dos serviços ocorre durante 24 horas, de segunda-feira a domingo, inclusive feriados.

Configura-se como serviço de saúde com estrutura e complexidade intermediária entre a Atenção Primária e o atendimento de Alta Complexidade Hospitalar, integrando uma rede organizada de Atenção às Urgências do Município de Carapicuíba, no Estado de São Paulo.

A Unidade se encontra em local de fácil acesso, situada à Estr. Ernestina Vieira, 70 – Vila Dirce – Carapicuíba.

O PSVD realiza os procedimentos de baixa e média complexidade com ênfase no atendimento de Urgência/Emergência e internações (AIH).

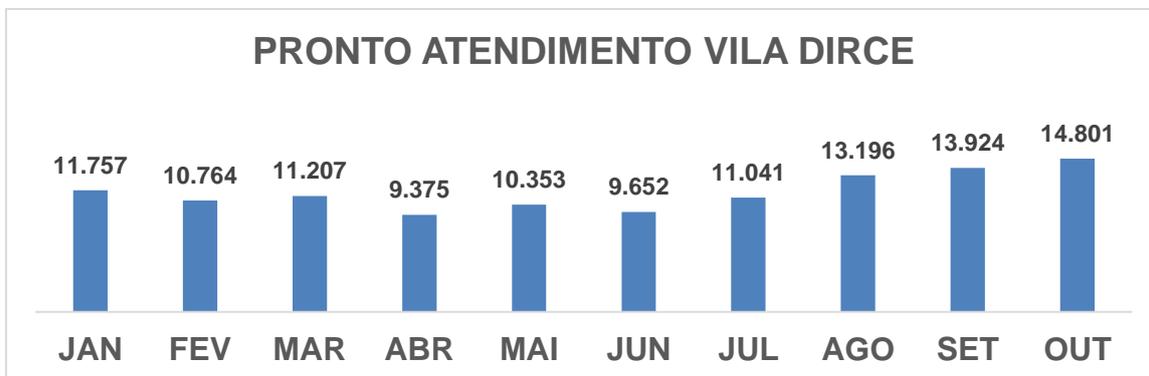
O serviço de Ortopedia e Traumatologia consiste no primeiro atendimento e seus respectivos retornos.

É unidade de atendimento por demanda espontânea e referenciada da rede básica de saúde, e que, após estabilização das condições clínicas, referenciarão pacientes, para a internação em unidades hospitalares por meio da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde - CROSS.

Os leitos de internação do PSVD são regulados pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR) do Município de Carapicuíba, que poderá, diante das disponibilidades dos leitos, autorizar transferências do Pronto Atendimento da Cohab II para o PSVD gerando a devida AIH, a qualquer momento, conforme necessidade da rede municipal de saúde.

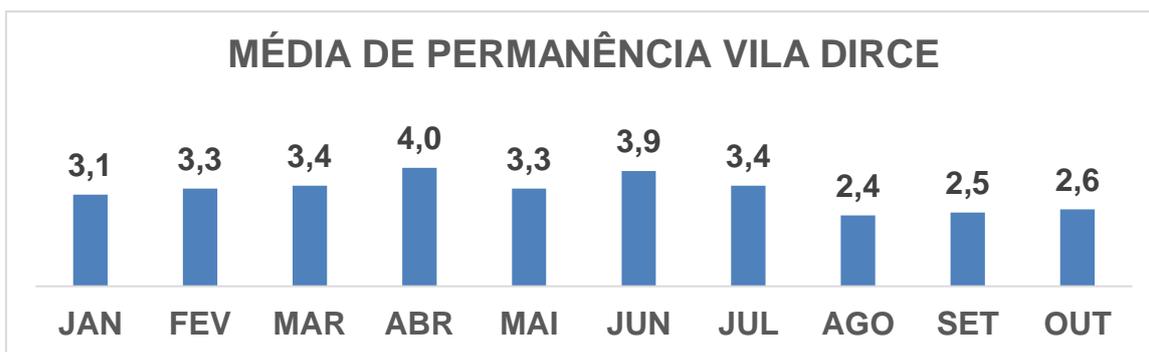
Pronto Atendimento Vila Dirce realiza atendimento aos pacientes com queixas clínicas e ortopédica de origem clínica ou traumática à média de atendimentos nos últimos 12 (doze) meses ficou acima de 11.000 (onze mil) atendimentos.

Gráfico 38: Atendimento Pronto Atendimento Vila Dirce



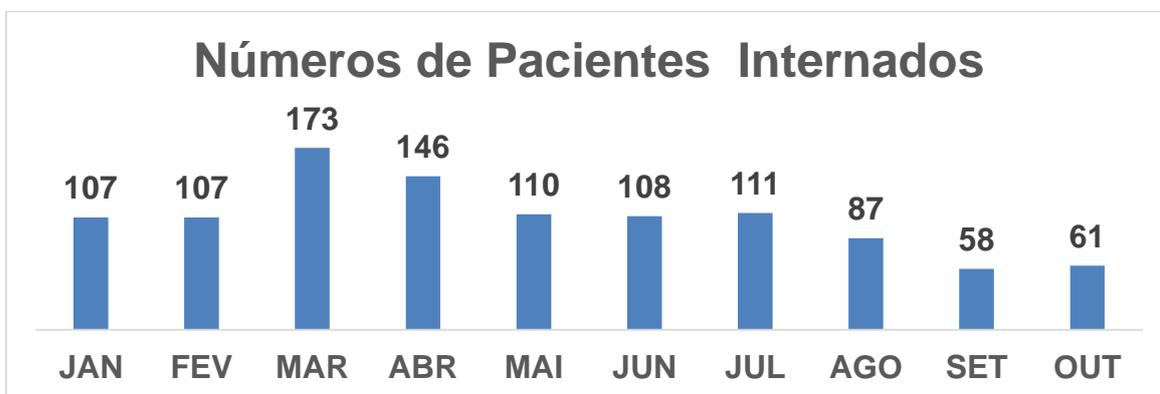
Fonte: Plano Estatístico (2021).

Gráfico 39: Média de Permanência



Fonte: Plano Estatístico (2021).

Gráfico 40: Número de Pacientes Internados



Fonte: Plano Estatístico (2021).

Em junho de 2021 realizamos a mudança da gestão da unidade e dá empresa médica que realizava o atendimento desde novembro 2019, com as mudanças realizadas trouxemos qualidade aos serviços prestados para os munícipes e diminuição do tempo de internação e queda nas internações.

12.5. Pronto Socorro COHAB II

Figura 17: Pronto Atendimento COHAB II



Fonte: SMS

O Pronto Socorro Cohab II é atualmente administrado pela Secretaria Municipal de Saúde Carapicuíba, com prestação de serviços exclusivos ao SUS, atendendo prioritariamente casos de urgência e emergência de adultos em regime de 24 horas por meio de demanda espontânea da população (regime de pronto atendimento) e encaminhados pelos serviços de transportes de urgência e emergência.

O funcionamento dos serviços deverá ocorrer durante 24 horas, de segunda-feira a domingo, inclusive feriados.

Configura-se como serviço de saúde com estrutura e complexidade intermediária entre a Atenção Primária e o atendimento

de Alta Complexidade Hospitalar, integrando uma rede organizada de Atenção às Urgências do Município de Carapicuíba, no Estado de São Paulo.

A Unidade se encontra em local de fácil acesso, situada à Avenida São Apostolo, 410 – Cohab – Carapicuíba.

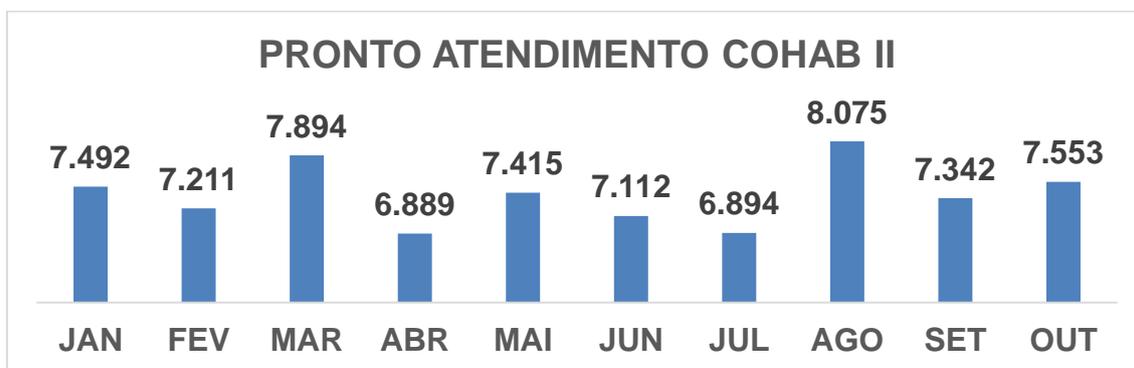
O Pronto Socorro Cohab II realizará os procedimentos de baixa e média complexidade com ênfase no atendimento de Urgência/Emergência e Observação.

É unidade de atendimento por demanda espontânea e referenciada da rede básica de saúde, e que, após estabilização das condições clínicas, referenciarão pacientes, para a internação em unidades hospitalares por meio da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde - CROSS.

Os leitos de observação serão regulados pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR), que ficará responsável pelo gerenciamento de leitos e transportes e remoções inter-hospitalares de pacientes, conforme disponibilidades dos leitos/vagas e de acordo com a necessidade da rede municipal de saúde.

Pronto Atendimento Cohab II realiza atendimento aos pacientes com queixas clínicas e psiquiátrica à média de atendimentos nos últimos 12 (doze) meses ficou acima de 7.000 (sete mil) atendimentos.

Gráfico 41: Atendimento Realizado Pronto Atendimento Cohab II



Fonte: Plano Estatístico (2021).

Em dezembro 2020 realizamos a mudança física, passamos o atendimento de urgência e emergência para o prédio ao lado após o processo de ampliação e revitalização para o atendimento aos nossos munícipes, com a nova estrutura aumentando o atendimento em 2.000 pacientes mês.

12.6. Pronto Socorro Infantil

O Pronto Socorro Infantil é atualmente administrado pela Secretaria Municipal de Saúde Carapicuíba, com prestação de serviços exclusivos ao SUS, atendendo prioritariamente casos de urgência e emergência de infantil em regime de 24 horas por meio de demanda espontânea da população (regime de pronto atendimento) e encaminhado pelos serviços de transportes de urgência e emergência.

O funcionamento dos serviços deverá ocorrer durante 24 horas, de segunda-feira a domingo, inclusive feriados.

Configura-se como serviço de saúde com estrutura e complexidade intermediária entre a Atenção Primária e o atendimento de Alta Complexidade Hospitalar, integrando uma rede organizada de Atenção às Urgências do Município de Carapicuíba, no Estado de São Paulo.

A Unidade se encontra em local de fácil acesso, situada à Avenida General Teixeira Lott, 601 – Vila Cretti – Carapicuíba.

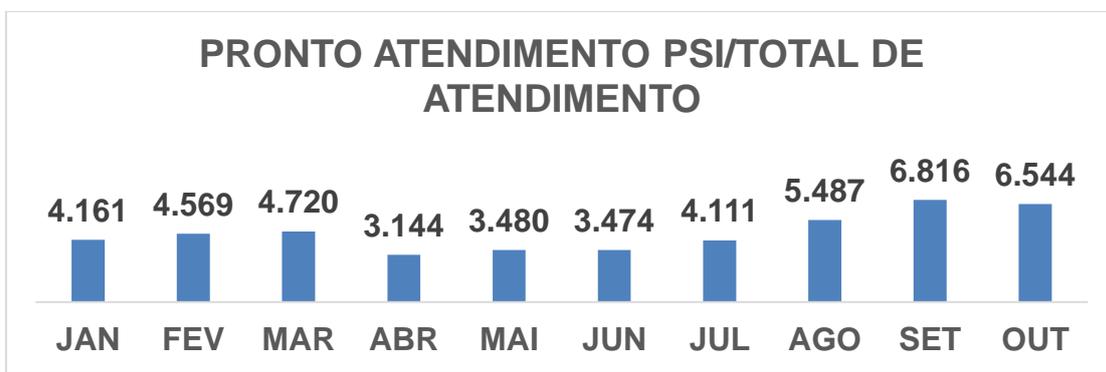
O Pronto Atendimento Infantil realizará os procedimentos de baixa e média complexidade com ênfase no atendimento de Urgência/Emergência e Observação.

É unidade de atendimento por demanda espontânea e referenciada da rede básica de saúde, e que, após estabilização das condições clínicas, referenciarão pacientes, para a internação em

unidades hospitalares por meio da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde - CROSS.

Os leitos de observação serão regulados pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR), que ficará responsável pelo gerenciamento de leitos e transportes e remoções inter-hospitalares de pacientes, conforme disponibilidades dos leitos/vagas e de acordo com a necessidade da rede municipal de saúde.

Gráfico 42: Atendimento Pronto Atendimento Infantil



Fonte: Plano Estatístico (2021).

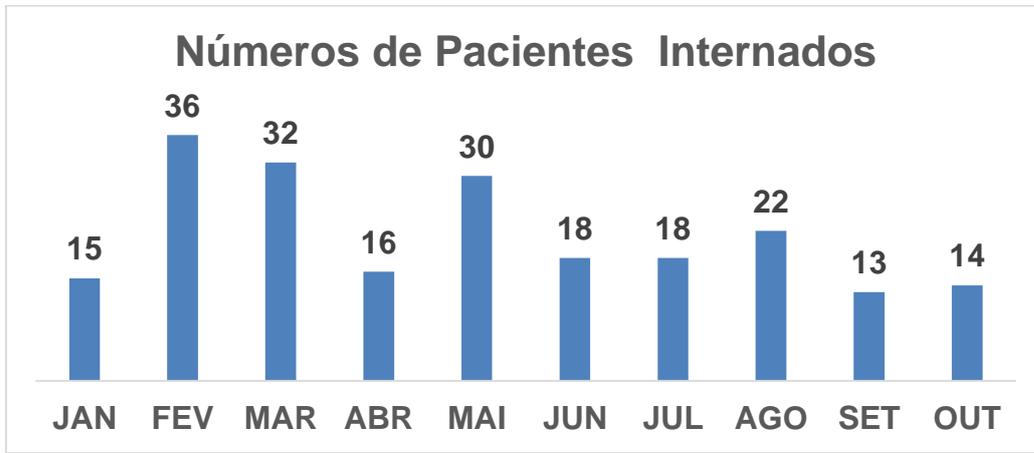
Durante o período dos picos da pandemia, a procura por atendimentos no Pronto Atendimento Infantil teve uma queda, após a liberação da circulação da população e retorno das escolas os atendimentos voltaram a subir.

Gráfico 43: Média de Permanência PSI



Fonte: Plano Estatístico (2021).

Gráfico 44: Número de Pacientes Internados



Fonte: Plano Estatístico (2021).

A média de permanência em nosso serviço de atendimento infantil manteve-se baixa, pois conseguimos as vagas para transferência dos pacientes rapidamente pelo CROSS.

12.7. Serviço Atendimento Móvel De Urgência (SAMU)

O SAMU com prestação de serviços exclusivos ao SUS, atendendo prioritariamente casos de urgência e emergência em regime de 24 horas pelo acionamento pela Central de Regulação número 192. A Unidade se encontra em local de fácil acesso, situada à Avenida Santo Estevão, 103 – Vila Jussara – Carapicuíba.

O funcionamento dos serviços ocorre durante 24 horas, de segunda-feira a domingo, inclusive feriados.

Configura-se como componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte, mediante

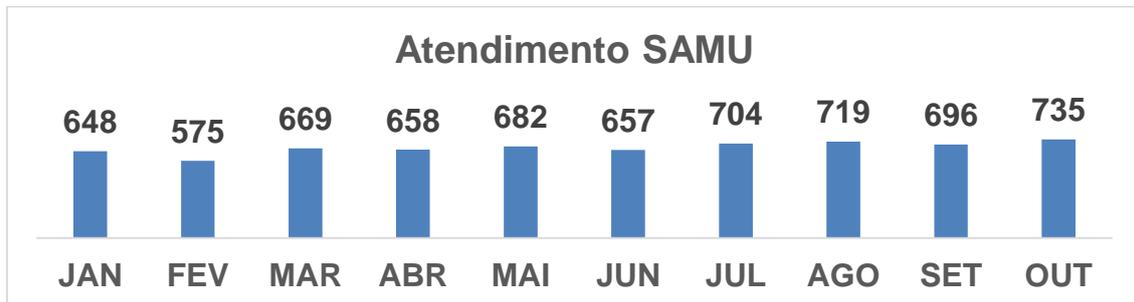
o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências.

A portaria Nº 1.864, de 29 de setembro de 2003 a proporção de um veículo de suporte básico à vida para cada grupo de 100.000 a 150.000 habitantes, e de um veículo de suporte avançado à vida para cada 400.000 a 450.000 por habitantes.

O serviço mantém em atividade 01 (uma) motolância, 04 (quatro) ambulâncias básicas e 01 (uma) ambulância UTI (USA Unidade de Suporte Avançado), além de manter duas ambulâncias e uma moto como Reserva Técnica, devendo cumprir integralmente a legislação vigente que regula tal atividade.

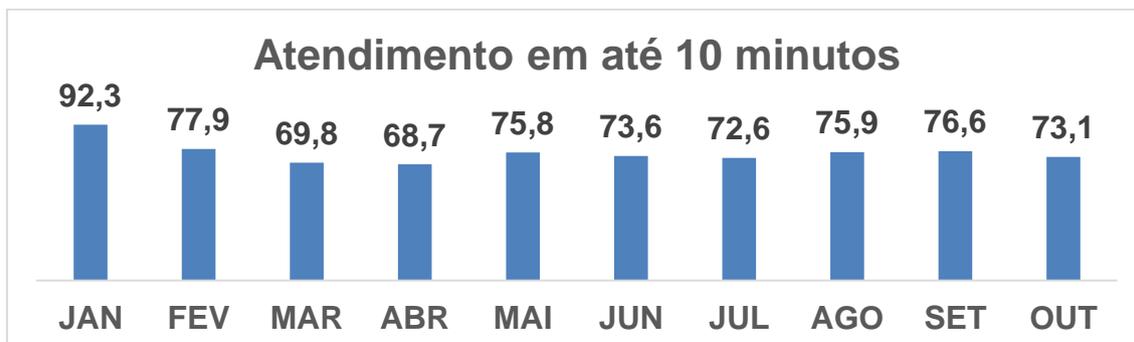
SAMU realiza atendimento aos pacientes com necessidades de atendimento de emergência fora do ambiente hospitalar nos últimos 12 (doze) meses ficou acima de 700 (setecentos) atendimentos.

Gráfico 45: Atendimento SAMU



Fonte: Plano Estatístico (2021).

Gráfico 46: Atendimento em até 10 minutos



Fonte: Plano Estatístico (2021).

No período de 12 meses atendemos uma média de 76% em até 10 minutos após acionamento na base do SAMU.

12.8. Serviço de Transporte Inter Hospitalar (SETIH)

O funcionamento dos serviços deverá ocorrer durante 24 horas, de segunda-feira a domingo, inclusive feriados. A Unidade se encontra em local de fácil acesso, situada à Avenida Santo Estevão, 103 – Vila Jussara – Carapicuíba.

Configura-se como componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo as transferências dos pacientes internados nos Pronto Socorro Municipal;

O serviço deverá manter 4 (quatro) ambulância básicas e 2 (duas) ambulâncias UTI completas. As remoções serão gerenciadas pelo NIR conforme necessidade ou gravidade dos pacientes. Devendo cumprir integralmente a legislação vigente que regula tal atividade.

12.9. SAD – Serviço de Atenção Domiciliar

O Programa de Atendimento Domiciliar “Melhor em Casa” destina-se a pacientes que possuam problemas de saúde que dificulte ou impossibilite a locomoção até uma UBS. Em geral, estes pacientes necessitam de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos, podendo ser provenientes de diferentes serviços da Rede de Atenção à Saúde. A prestação de assistência à Saúde na modalidade AD2, AD3 é de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).

AD2 pacientes que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado.

AD3 destina-se aos pacientes semelhantes aos da AD2, mas que façam uso de equipamentos específicos.

O SAD está composto por duas equipes EMADs e uma EMAP, realizamos atendimentos 7 (sete) dias na semana inclusive sábado domingo e feriado.

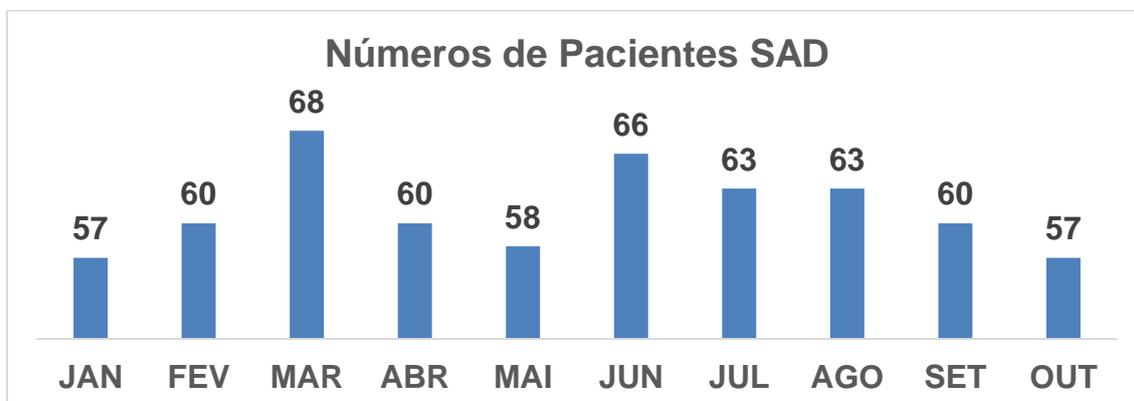
Os pacientes elegíveis são assistidos integralmente pelas equipes e os insumos que utilizam sem entregues em suas residências.

Quadro 15: Equipe Multiprofissionais SAD

Profissionais	Quantidades
Enfermeiras	5
Técnicos de Enfermagem	6
Médicos	3
Psicóloga	1
Assistente Social	1
Fonoaudiólogo	1
Fisioterapeutas	2
Dentista	1

Fonte: Plano Estatístico (2021).

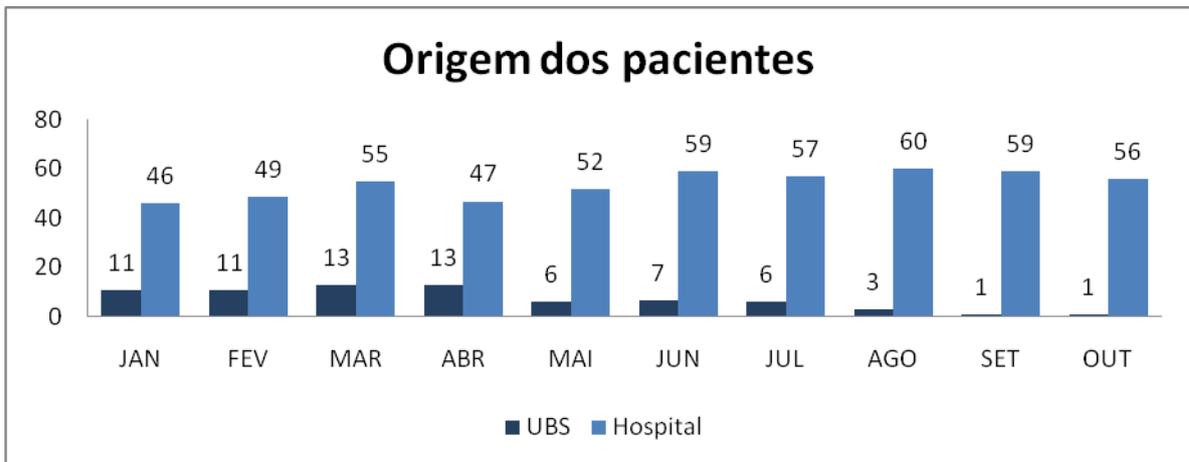
Gráfico 47: Produtividade do SAD.



Fonte: Plano Estatístico (2021).

O SAD faz acompanhamento em média de 60 pacientes em atendimentos domiciliar, onde são assistidos integralmente pela equipe multiprofissional. A equipe realiza visitas no Hospital Geral de Carapicuíba e nos Pronto Atendimento realizando busca ativas dos pacientes.

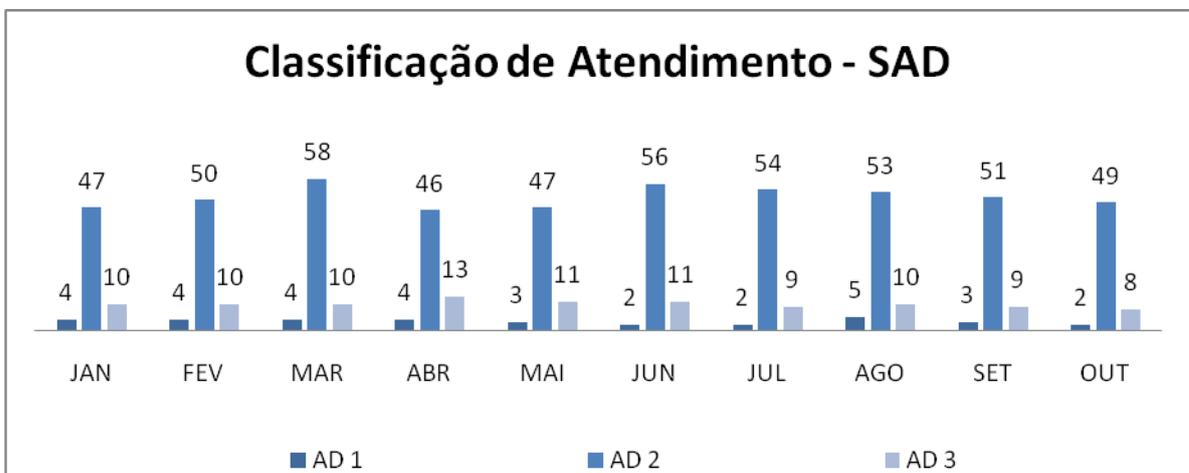
Gráfico 48: Origem dos Pacientes



Fonte: Plano Estatístico (2021).

A maioria dos pacientes assistido pela equipe do SAD são AD2 e AD3, os pacientes AD1 são pacientes que estão em uso de medicação endovenosa que após termino segue acompanhamento em UBS.

Gráfico 49: Classificação SAD



Fonte: Plano Estatístico (2021).

12.10. Atenção Hospitalar

Os hospitais que compõem o SUS são pontos de atenção estratégicos na RAS, oferecendo assistência de forma integrada e articulada com os demais pontos de atenção, na perspectiva da integralidade da assistência, continuidade do cuidado e universalidade do acesso, organizados conforme as necessidades locais e regionais, de formas racionais, harmônicas, sistêmicas e reguladas.

O acesso à Atenção Hospitalar em Carapicuíba ocorre de maneira referenciada via complexo regulador: (CROSS, SAMU), ou através de serviços eletivos ou de emergência.

A referência principal para o município é o Hospital Geral de Carapicuíba, Hospital Estadual que está sob gestão de Organização Social. Há necessidade da PNHOSP ser editada através de Portaria para melhor regular o setor, pois atualmente os pacientes aguardam nos serviços municipais de emergência, em seus leitos observação, para liberação de uma vaga para internação hospitalar.

Outra referência é o Hospital Regional de Osasco, também sob gestão estadual, que presta assistência de maior complexidade, é a única referência para neuroclínica e serviço de neurocirurgia.

Quadro 16: Grade de Referência

MICRO SOLICITANTE DE CARAPICUÍBA																			
DRS:	RRAS:	FICHA																	
MICRO SOLICITANTE	UNIDADE DE REFERÊNCIA	PADRÃO			CARDIOPATIAS CONGÊNITAS	GESTANTE		CARDIOLOGIA		MARCA-PASSO		NEUROCIRURGIA NEUROLOGIA			ORTOPEDIA			QUEIMADO	RN
		1ª REF	2ª REF	3ª REF		1ª REF	2ª REF	1ª REF	2ª REF	1ª REF	2ª REF	1ª REF	2ª REF	3ª REF	1ª REF	2ª REF	3ª REF		
Pronto Atendimento Vila Dirce	H.G.C	X			S/REF	X										X			S/REF
	H.G.I		X														X		
	HRO			X								X						X	
Pronto Atendimento COHAB II	H.G.C	X			S/REF	X										X			S/REF
	H.G.I		X														X		
	HRO			X								X						X	
Pronto Atendimento Infantil	H.G.C	X			S/REF	X										X			S/REF
	H.G.I		X														X		
	HRO			X								X						X	

Fonte: DRS 1

12.11. Função Cross

O Cross é um serviço que organiza a regulação de recursos disponíveis na saúde pública. O sistema trabalha em vários âmbitos: pré-hospitalar, ambulatorial, regulação entre regiões. Estas são as frentes ordenadas pelo Cross, que é um sistema atualizado pelos próprios médicos, a fim de buscar os melhores recursos, mais próximos do paciente.

13. Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica compreende um conjunto de ações voltadas à prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, individual e coletiva, por meio do acesso medicamentoso e seu uso racional. Portanto, essa Assistência deve estar presente em todas as unidades de saúde do município e não restrita apenas à distribuição de medicamentos.

Áreas abrangentes da Assistência Farmacêutica no município:

- Atenção Primária (CBAF) – Unidades Básicas de Saúde
- Componente Especializado (CEAF) e Saúde Mental – Farmácia Especializada
- Componente Estratégico (CESAF) - NAIC
- Urgência e emergência (PAs e SAMU)
- Saúde mental (CAPs e Residências terapêuticas)
- Almoxarifado
- Farmácia Judicial
- Vigilância Sanitária

13.1. Acesso e Serviços oferecidos

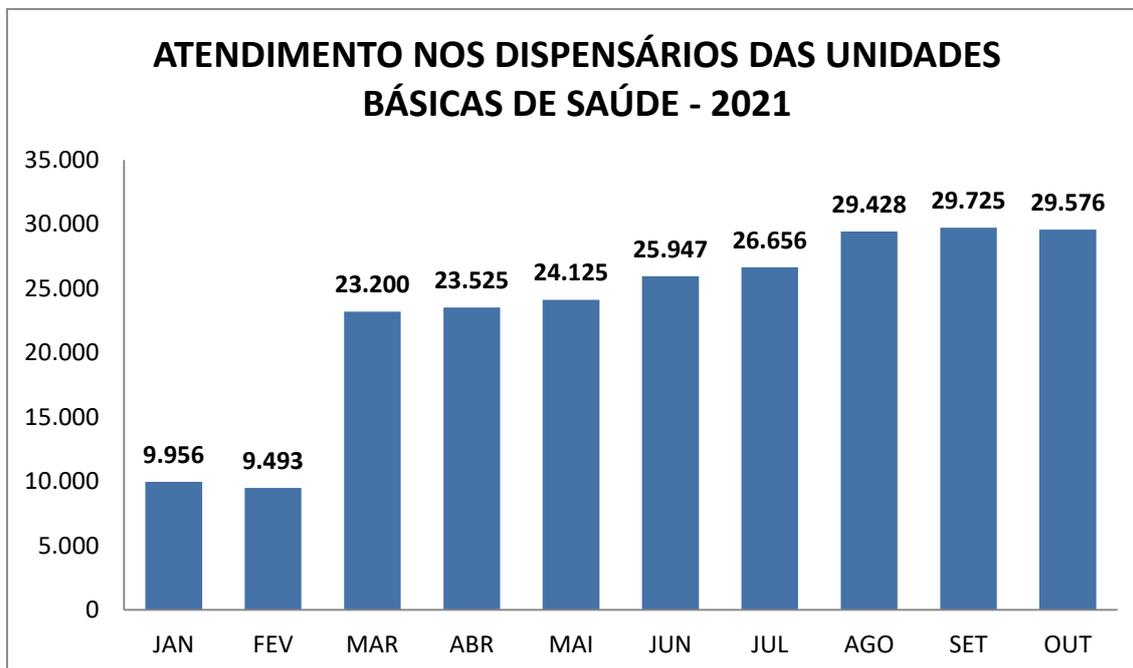
O acesso aos dispensários municipais de medicamentos, estabelecidos em todas as Unidades Básicas de Saúde é livre a toda população do município atendido na rede pública ou particular.

Os serviços oferecidos são: Dispensação de medicamentos e insumos e orientação aos usuários com atenção farmacêutica.

Os programas contemplados nas UBSs são:

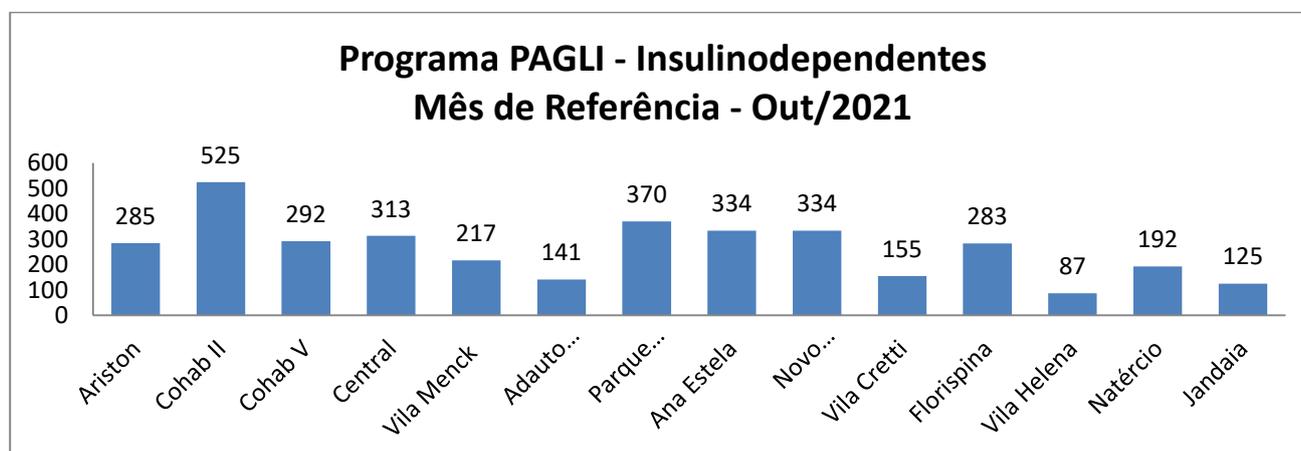
- Componente Básico da Assistência Farmacêutica - CBAF, através da REMUME;
- Programa Saúde da Mulher;
- Programa Insulinodependente (PAGLI);
- Programa Descarte de Medicamentos;

Gráfico 50: Dispensação Unidade Básica de Saúde



Fonte: Plano Estatístico (2021).

Gráfico 51: Programa Insulinodependente



Fonte: Plano Estatístico (2021).

13.2. Componente Especializado e Saúde Mental – Farmácia Especializada

O acesso aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, estabelecido na Farmácia Especializada, é livre a toda população do município, atendidos na rede pública ou particular.

Os serviços oferecidos são: Dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica “Alto Custo” e medicamentos do programa Saúde Mental – Psicotrópicos.

A Farmácia Especializada do Município está localizada na Estr. Ernestina Vieira, 149, Vila Silviana, dentro do Plaza Shopping de Carapicuíba.

O horário de funcionamento é de segunda a sexta feira, das 8h às 18h.

Figura 18: Farmácia Especializada

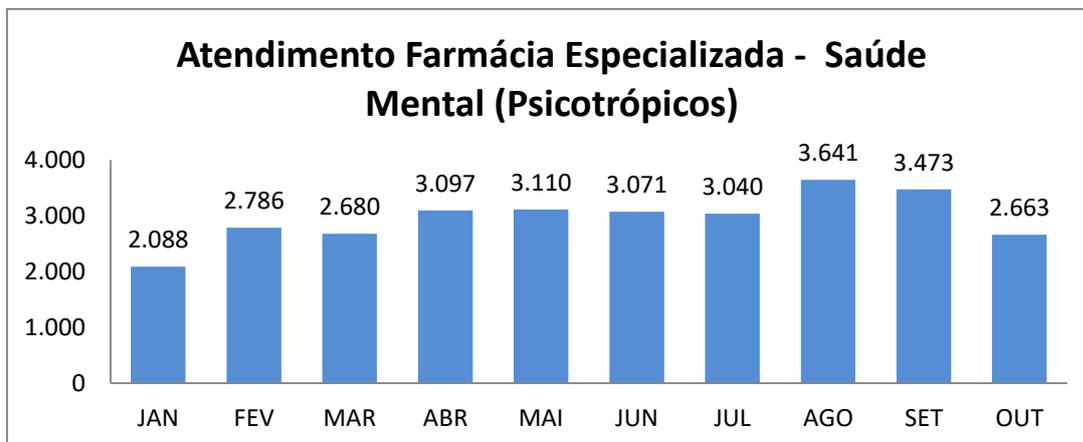


Fonte: SMS

Os programas contemplados na Farmácia Especializada são:

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF,
através da PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas;
Programa Saúde Mental (Psicotrópicos), através da REMUME

Gráfico 52: Farmácia Especializada – Saúde Mental



Fonte: Plano Estatístico (2021).

Gráfico 53: Farmácia Especializada – Alto Custo



Fonte: Plano Estatístico (2021).

13.3. Componente Estratégico – NAIC

O acesso aos medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, estabelecido no NAIC, é livre a toda população do município, atendidos na rede pública ou particular, desde

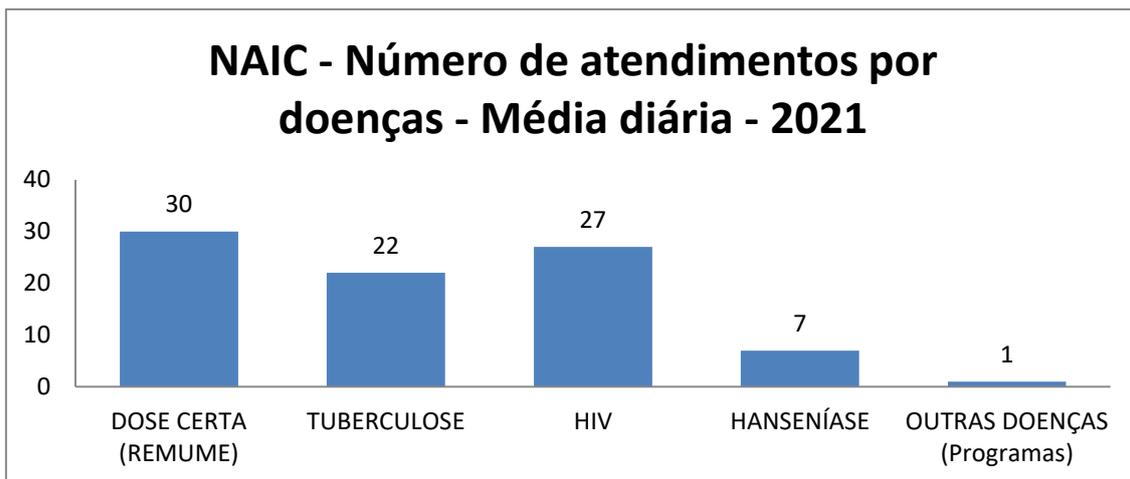
que sejam apresentados os formulários devidamente preenchidos e documentos exigidos pelo estado.

Os serviços oferecidos são: Dispensação de medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica. Medicamentos para doenças de perfil endêmico e com impacto socioeconômico (IST/AIDS, tuberculose, hanseníase, meningite, tracoma, esquistossomose, leishmaniose, cólera, lupus eritematoso, malária, doença de chagas, coqueluche, influenza, febre maculosa, toxoplasmose, brucelose e hepatites virais).

Os programas do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) contemplados no NAIC são:

- Controle da Tuberculose;
- Controle da Hanseníase;
- Hepatites Virais (fase de implantação);
- IST/AIDS;
- Endemias Focais;
- Alimentação e Nutrição;
- Controle do Tabagismo (fase de implantação);
- PEP (Profilaxia pós exposição);
- PrEP (Profilaxia pré exposição – fase de implantação);
- Influenza;
- Imunizações (imunoglobulinas, soros e vacinas)

Gráfico 54: Dispensação de Medicamentos NAIC



Fonte: Plano Estatístico (2021).

13.4. Urgência e Emergência – PAS e SAMU

O acesso aos medicamentos de urgência e emergência, no que se refere a PAS e SAMU, é direcionado às equipes de saúde destes estabelecimentos, exclusivamente para consumo interno.

Os serviços oferecidos são: Dispensação de medicamentos e insumos hospitalares do componente básico (CBAF), saúde mental e componente estratégico (kit PEP).

Os programas contemplados na urgência e emergência são:
Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)
Componente estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF).

13.5. Saúde Mental (CAPS E Residências Terapêuticas)

O acesso aos medicamentos de saúde mental, no que se refere a CAPS e Residências Terapêuticas, é direcionado aos pacientes internos destes estabelecimentos, exclusivamente para consumo interno e assistidos.

Os serviços oferecidos são: Dispensação de medicamentos do componente básico e de saúde mental.

Os programas contemplados são:
Componente Básico da Assistência Farmacêutica;
Saúde Mental;

13.6. Almoxarifado

Distribuição de medicamentos, insumos, materiais de escritório, materiais de higiene e limpeza a todas as unidades de saúde do município.

Armazenamento e distribuição de medicamentos do componente básico, de saúde mental, hospitalares, termolábeis insumos e itens judiciais.

A Central de Abastecimento Farmacêutico armazena medicamentos abrangentes a todos programas:

Componente básico da Assistência Farmacêutica

Componente especializado da Assistência Farmacêutica

Componente estratégico da Assistência Farmacêutica

Programa insulín dependente

Programa Saúde da Mulher

13.7. Farmácia Judicial

Para o cumprimento de sentenças judiciais, o acesso a este serviço ocorre EXCLUSIVAMENTE na Farmácia Judicial do Município.

Os serviços oferecidos são: Dispensação de medicamentos e insumos excepcionais (não contemplados pelo SUS); Medicamentos da REMUME e do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Os programas contemplados são:

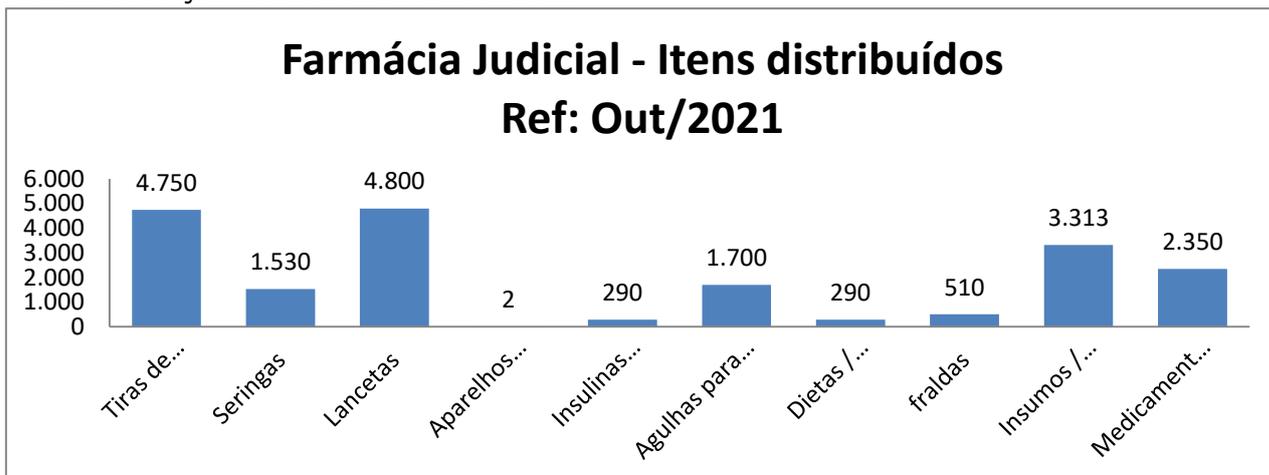
Componente Básico da Assistência Farmacêutica

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

Programa insulín dependentes

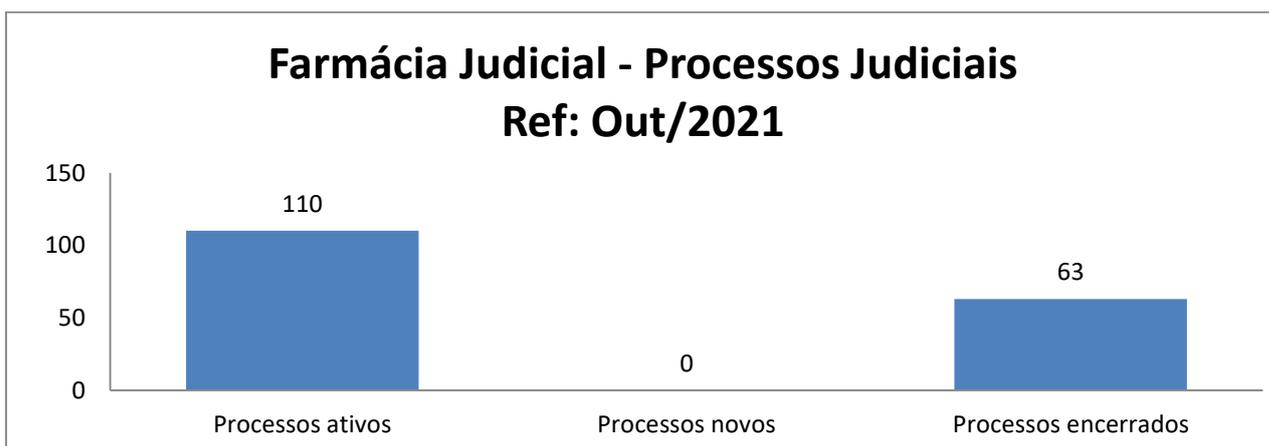
Itens excepcionais, não contemplados pelo SUS.

Gráfico 55: Ação Judicial itens distribuídos



Fonte: Plano Estatístico (2021).

Gráfico 56: Processos Judiciais



Fonte: Plano Estatístico (2021).

13.8. Ferramenta de Apoio

POPs e Protocolos Municipais, Estaduais e Federais na área da saúde; REMUME e RENAME; Notas técnicas publicadas pela Equipe de Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo; Atualizações publicadas pelo Ministério da Saúde; Portaria 344 e demais legislações farmacêuticas; Legislações específicas vigentes da área de Vigilância Sanitária.

14. Vigilância em Saúde

O reconhecimento da Vigilância em Saúde como responsabilidade indelegável e como um componente indissociável do SUS é a base estratégica do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Dentre inúmeras atribuições, cabe a Vigilância em Saúde atuar no âmbito de proteção contra danos, riscos, agravos e determinantes dos problemas de saúde que afetam a população.

A Vigilância em Saúde constitui um processo de trabalho contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, todo este processo leva ao planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, sejam elas para proteção, prevenção ou promoção da saúde, sendo assim, as ações executadas pela Vigilância em Saúde são definidas em função do risco epidemiológico, sanitário e ambiental em saúde, existentes no Município e também definidas pelo Ministério da Saúde.

Os pactos de Vigilância em Saúde são tratados no PQA-VS (Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde).

A área de Vigilância em Saúde do município de Carapicuíba é composta pelas seguintes vigilâncias: Vigilância em Zoonoses, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária, para cada Vigilância há um Coordenador e as três são dirigidas pela Diretoria de Vigilância em Saúde. Estes três âmbitos devem trabalhar de maneira articuladas entre si para a máxima eficiência nos processos de controles de riscos, doenças e agravos, além disso, há grande necessidade da articulação com os demais serviços da rede, onde ocorrem a maior execução da assistência à saúde da população.

14.1. Vigilância Sanitária

A definição de Vigilância Sanitária, apregoada pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, conforme o artigo 6º, parágrafo 1º, diz o seguinte:

Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

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

O papel da vigilância sanitária é eliminar, diminuir ou prevenir riscos decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, assim como interferir em toda a reprodução das condições econômico-sociais e de vida, isto é, em todos os fatores determinantes do processo saúde-doença.

A Unidade de Vigilância Sanitária de Carapicuíba está situada na Rua Antônio Roberto, 53 – Jardim das Belezas – Carapicuíba/SP.

O acesso a este serviço pode ser presencial, por telefone ou por e-mail.

As ações de Vigilância Sanitária são:

- inspecionar para fins de cadastramento e licenciamento os estabelecimentos de interesse à saúde (alta e média complexidade);
- Análise e aprovação de projeto arquitetônico (LTA) dos estabelecimentos de interesse à saúde;
- Investigação de surtos de doenças de notificação em conjunto com vigilância epidemiológica;
- Investigação dos ambientes relacionados à ocorrência de acidentes de trabalho;
- Fiscalização de saneamento (água e esgoto);

- realizar inspeção nos serviços de Alimentação;
- incluir em todas as inspeções o olhar para normativa referente aos ambientes livres de tabaco e proibição de álcool para menores;
- intervir nos estabelecimentos que comercializam produtos contendo amianto;
- atuar nas áreas contaminadas identificadas pelos órgãos competentes;
- promover a vigilância da qualidade da água para consumo humano (PROÁGUA), interferindo neste processo quando necessário;
- Inspeção por denúncias relacionadas a Alimentos, Saneamento, Ferro Velho, Acumuladores e Outros.

Quadro 17: Demonstrativo de Produtividade de 2021

DEMOSTRATIVO	JAN.	FEV.	MAR.	ABR.	MAIO	JUN.	JUL	AGO.	SET.	OUT.	TOTAL.
1. Amostras de águas analisadas	30	40	40	40	40	40	40	40	40	40	390
2. Licenças Sanitárias	2	8	6	13	41	7	8	19	16	8	128
3. Renovação de licenças Sanitárias	1	7	10	19	34	12	21	24	6	14	148
4. Inspeções de Denúncias	27	30	21	28	17	24	25	29	48	16	265

Fonte: Plano Estatístico (2021).

14.2. Vigilância em Zoonoses

Zoonoses são doenças naturalmente transmissíveis entre animais, e seres humanos. Dentre as zoonoses de relevante importância para a Saúde Pública e incidente em área urbana, destacam-se: dengue, raiva, leptospirose, toxoplasmose.

Em decorrência da importância das zoonoses, tanto do ponto de vista social quanto do ponto de vista econômico, é necessária a adoção de medidas capazes de minimizar estes transtornos através de

aplicação de métodos adequados para a prevenção, controle ou erradicação destas doenças.

Para que a aplicação destes métodos possa ser bem-sucedida, é de suma importância o conhecimento de prevalência de cada uma das zoonoses.

Constituem dentre outras atribuições do setor de zoonoses atenção as denúncias zoonosológicas, atividades de educação em saúde visando a multiplicação das ações envolvidas nas medidas de controle dos principais agravos e o controle de animais sinantrópicos com ênfase para desratização e desinsetização.

A Unidade de Vigilância em Zoonoses de Carapicuíba está situada na Rua Maracaí, S/N – Cidade Ariston – Carapicuíba/SP.

O acesso a este serviço pode ser presencial, por telefone ou por e-mail.

As ações de Zoonoses são:

- realizar visitas a imóveis para controle de arboviroses (casa a casa);
- Readequar do Plano de Contingência da Dengue e submeter à aprovação do Conselho Municipal de Saúde;
- realizar a vigilância da circulação do vírus da raiva em cães, morcegos e gato.
- manter a aplicação da vacina antirrábica em cães e gatos;
- realizar desratização, desinsetização quando necessário;
- Atendimento a denúncias de animais peçonhentos (escorpião, aranha e serpente);
- Atendimento a denúncias de ratos, morcegos, gambá, pombo, caramujo, Carrapato e outros;
- Resgate de animais feridos ou em situações emergenciais (macaco, cavalo, cachorro, gato);
- Ampliação do “Bem-estar Animal”

- a. Realizar controle populacional de cães e gatos por meio de mutirões de castração e educação em saúde sobre posse responsável
- b. Feiras de adoção de cães e gatos
- c. Ampliação de ações de bem-estar animal com a atenção básica

Quadro 18: Demonstrativo de Produtividade de 2021

DEMOSTRATIVO	JAN.	FEV.	MAR.	ABR.	MAIO	JUN.	JUL	AGO.	SET.	OUT.	TOTAL.
1. Vistorias de Arboviroses	2358	1683	871	2425	4441	6105	11640	9766	8055	3813	40767
2. Vacinas de Raiva Aplicadas	58	11	14	18	29	18	59	151	170	49	577
3. Resgate de Animais	11	11	5	10	8	12	11	7	13	5	93
4. Denúncias de Escorpião, Aranha e Serpente	9	4	2	3	9	6	3	3	4	8	51

Fonte: Plano Estatístico (2021).

14.3. Vigilância Epidemiológica

A Lei 8.080/90 define vigilância epidemiológica como “um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.”

A partir das orientações técnicas fornecidas pela Vigilância Epidemiológica, os profissionais de saúde decidem sobre o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, bem como normatizam atividades técnicas.

A Unidade de Vigilância Epidemiológica de Carapicuíba está situada na Avenida General Teixeira Lott, 601 – Vila Cretti – Carapicuíba/SP.

O acesso a este serviço pode ser presencial, por telefone ou por e-mail.

Entre as funções da Vigilância Epidemiológica estão:

- Coleta, processamento, análise e interpretação de dados relacionados à saúde e às doenças em um determinado território e população;
- Recomendação de medidas de prevenção e controle apropriadas;
- Promoção das ações de prevenção e controle de doenças e agravos;
- Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- Divulgação de informações pertinentes, inclusive prestando apoio na capacitação dos profissionais de saúde
- Busca ativa para diagnóstico situacional do Município;
- Vacinação.

A partir destas ações, a Vigilância em Saúde deve estar preparada para detectar precocemente as questões que podem colocar em risco a saúde da população e adotar medidas oportunas.

Em 2020 o planeta apresentou necessidade de ações para contingência em combate ao COVID-19, pois a Organização Mundial da Saúde - OMS declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, a COVID-19, constituiu uma emergência de saúde pública. Em 11 de março de 2020, a situação foi caracterizada pelo órgão como uma pandemia. Dado o ganho de importância e relevância das ações de vigilância, diante da pandemia de COVID-19, destacam-se as diferentes áreas de atuação da Vigilância em Saúde no monitoramento da pandemia:

- Vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave;

- Vigilância de óbitos;
- Vigilância de Síndrome Gripal e Surtos;
- Vigilância da Vacinação contra COVID-19.

A Secretaria Municipal da Saúde de Carapicuíba, com base no conjunto de análises dos dados disponíveis até a presente data, avalia que o município está em processo de desaceleração quanto ao número de casos, porém mesmo assim estamos tomando medidas para evitar o aumento da transmissão da doença evitando a sobrecarga da rede de saúde.

Quadro19: Demonstrativo de Produtividade de 2021

DEMOSTRATIVO	JAN.	FEV.	AR.	ABR.	MAIO	JUN.	JUL	AGO.	SET.	OUT.	TOTAL.
1. Vacinas de Rotina Aplicadas – Geral	9743	7184	-	17194	30207	28421	40411	13341	8578	8715	163.760
2. Vacinas de Rotina Aplicadas – Menores de um ano	5763	4349	-	3948	6925	6198	8048	5977	5288	4616	5.112
3. Doenças de Notificação compulsória - Registradas	174	203	139	83	71	148	134	119	95	102	1.268

Fonte: Plano Estatístico (2021).

14.4. NAIC - Núcleo de Atendimento de Infectologia de Carapicuíba

O Núcleo de Atendimento de Infectologia de Carapicuíba, conta com uma equipe multiprofissional composta por Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Assistente Social, Psicólogo, Médico Clínico Geral e Médico Infectologista adulto e infantil, toda esta equipe está preparada para realizar atendimento para as seguintes doenças/agravos:

- Tuberculose;

- Hanseníase;
- DST;
- HIV/AIDS;
- Hepatites Virais;
- Acidentes biológicos.

O horário de atendimento é amplo, pois pensamos também naqueles que trabalham em horário comercial e não querem apresentar atestado em seus trabalhos pois sabe-se que mesmo nos dias atuais ainda há estigma para algumas doenças infectocontagiosas.

Os pacientes deste serviço são olhados com olhos especiais, pois o impacto de se saber que tem algumas das doenças tratadas no local costuma ser bem forte e dolorido, sendo assim, sempre que diagnosticado e sempre que necessário os pacientes têm portas abertas para os serviços de acolhimento com a equipe.

Acesso: Demanda espontânea para triagem e consultas agendadas para tratamento.

O NAIC está situado na Estrada Ernestina Vieira, 70 – Vila Dirce – Carapicuíba/SP.

Quadro 20: Demonstrativo de Produtividade de 2021

DEMOSTRATIVO	JAN.	FEV.	MAR.	ABR.	MAIO	JUN.	JUL	AGO.	SET.	OUT.	TOTAL.
1. Casos novos de Tuberculose	10	16	20	18	14	15	19	19	16	17	164
2. Testes rápido de HIV realizados na Unidade NAIC	277	419	420	245	441	422	482	561	545	536	4348
3. Testes rápido de Sífilis em Gestantes	163	415	259	149	248	252	266	326	355	323	2756
4. Casos Positivos de Sífilis em Gestantes	28	29	25	17	21	22	22	18	25	14	221

Fonte: Plano Estatístico (2021).

15. Gestão em saúde

O processo de criação do SUS teve início com a nova Constituição Federal do Brasil de 1988, sendo consolidado e fundamentado com a Lei Orgânicas da Saúde nº 8080/90 que dispõe sobre “as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” e a Lei nº 8142/90 que dispõe sobre a “participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Com a consolidação das legislações citadas acima temos um novo cenário da assistência à saúde, possibilitando um novo olhar para as ações, serviços e práticas assistenciais, sendo estas norteadas pelos princípios e diretrizes da:

- I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde;
- II - Integralidade da assistência;
- III - Equidade;
- IV - Regionalização e Hierarquização;
- V - Descentralização e Comando único;
- VI - Participação popular.

Nesse contexto, cabe ressaltar que o SUS realiza ações e serviços públicos de relevância pública e tais ações de saúde não são exclusivas do Estado, mas exigem, permanentemente, o exercício do poder e da autoridade estatal, para serem executadas conforme as necessidades da população.

A qualidade da gestão pública implica a adoção de métodos e instrumentos de gestão adequados, eficazes e eficientes, que favoreçam o alcance de padrões elevados de desempenho e qualidade. Cabe à gestão estar atenta às principais necessidades de saúde da população e do sistema de saúde para, a partir daí, nortear a equipe sob sua abrangência gerencial.

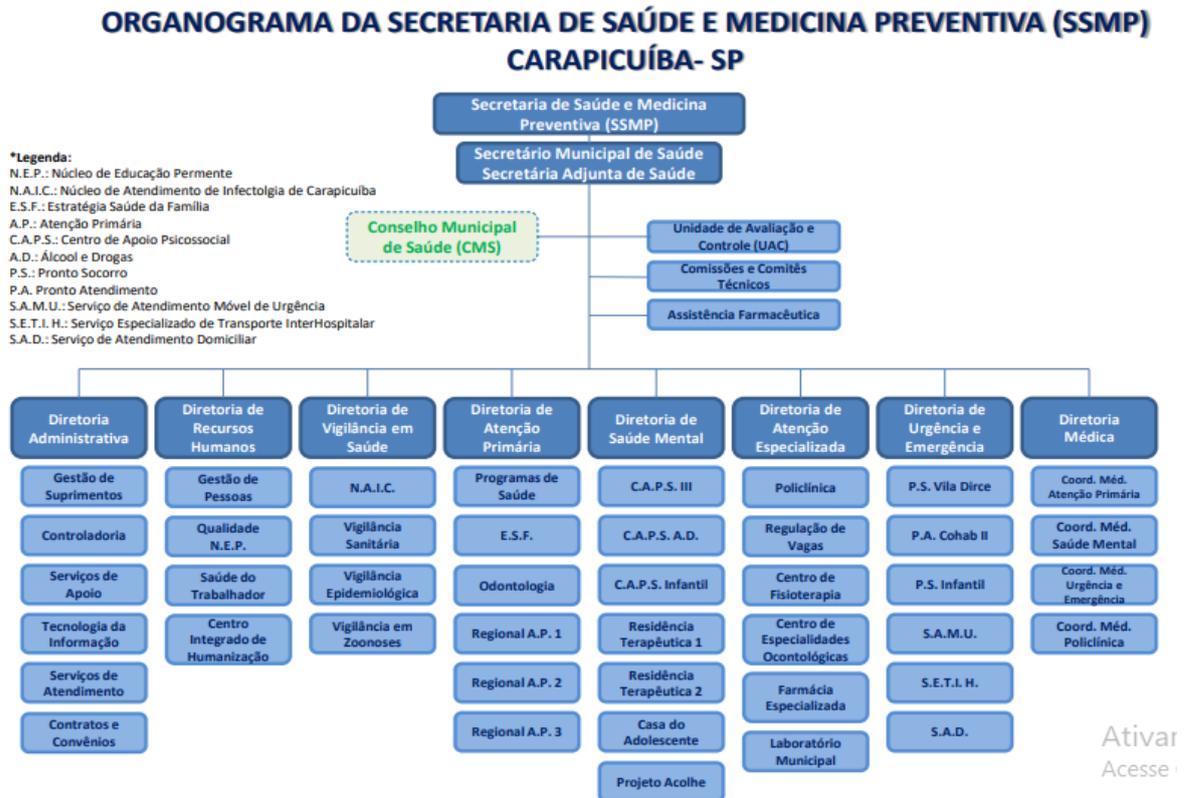
Importante ainda mencionar que a Gestão do SUS significa que o “gestor possui autoridade em cada esfera de governo, capaz de agir pautados nos princípios éticos, político, educativos orientados pelas legislações vigentes, possuindo responsabilidade pública de agir na garantia da continuidade e consolidação das políticas de saúde de acordo com as diretrizes constitucionais e legais do SUS”.

O gestor da Secretaria de Saúde evidenciou que a estrutura administrativa de gestão era prejudicial ao andamento dos serviços, bem como, para fiscalização dos serviços prestados à população sendo ineficaz para o desenvolvimento da saúde no Município.

Diante deste fato, foi elaborada estrutura administrativa, com foco na gestão da saúde em diversas áreas, quais sejam, Atenção Primária, Especializada, Urgência e Emergência, Saúde Mental e Vigilância em Saúde.

Assim, como demonstra abaixo, a divisão das áreas por diretoria e apoios vêm facilitando a implantação e efetivação de novos protocolos, bem como, que o responsável direto da área tenha contato com os servidores ligados a ele, criando importantes vínculos e grandes avanços para gestão da saúde.

Figura 19: Organograma Secretaria de Saúde



Fonte: SMS

15.1. Estratégia na Saúde

A Secretaria de Saúde vem sempre aperfeiçoando seus processos e qualificando suas ações e serviços de saúde para garantir o cuidado integral da população, posto isto importante mencionar que a gestão juntamente com a participação social, através da conferência de saúde atuará com base nos seguintes eixos prioritários:

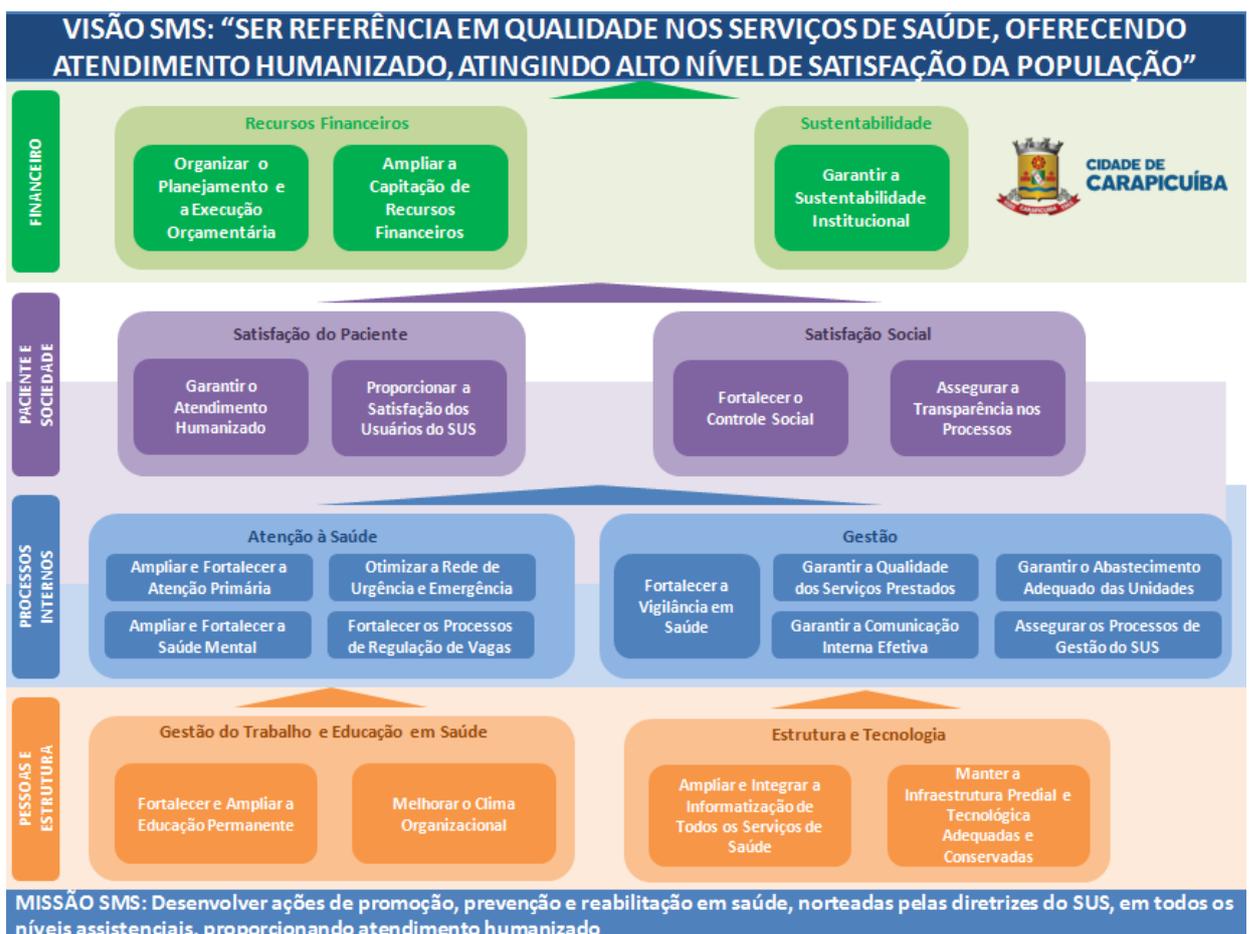
- I - Atenção à Saúde e Fortalecimento das redes (Atenção Primária, Especializada, Saúde Mental e Vigilância em Saúde;
- II - Financiamento adequado e suficiente para o SUS
- III - Fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde e a Garantia da Participação Popular.

No item abaixo será apresentado o mapa estratégico que norteará as políticas de saúde municipais para os próximos 4 anos. O PMS foi organizado em torno dos 3 eixos estruturantes dos quais as metas foram agrupadas em detrimento dos objetivos e sua evolução se dará durante o período de vigência do Plano, podendo ser monitorada e avaliada por meio de indicadores definidos para cada uma delas.

15.2. Mapa Estratégico

Diante dos eixos prioritários a Secretaria Municipal de Saúde apresentará abaixo o mapa estratégico que tem como escopo organizar a Instituição para cumprimento das Estratégias.

Figura 20: Mapa Estratégico



Fonte: SMS

15.3. Relações Inter setoriais

A Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS, redefinida pela Portaria nº 2.446/14 em seu artigo 4º, inciso V, dispõe como um dos seus princípios a inter setorialidade, que se refere ao processo de articulações, experiências na construção de objetivos comuns entre áreas.

Visando de fato o atendimento integral e universal da população a Prefeitura vem desenvolvendo estratégias entre as diversas Secretarias, em especial Saúde, Assistência Social e Educação, tendo os gestores e funcionárias destas pastas se articulando nas ações no território municipal, para garantir a população mais vulnerável melhorias e condições de vida.

15.4. Relações Interfederativas

As relações interfederativas são concretizadas a partir de instâncias representativas envolvendo todos os entes federados (União, Estado e Municípios). Referidos entes participam de forma integrada no planejamento e na tomada de decisões sobre a política pública de saúde, através das comissões intergestoras: Comissão Intergestora Bipartite - CIB, Comissão Intergestora Regional - CIR.

Além das Comissões citadas acima, temos organizado em conselhos de gestores o CONASEMS, que visa fortalecer a governança das esferas municipais e estaduais frente à esfera Federal.

“O gestor Municipal deve participar ativamente da condução e formação da região de saúde e suas inter-relações com os demais municípios e estes com outras esferas de poder Estado”.

Com grande preocupação com as estratégias adotadas pelas comissões, no ano de 2021 o Gestor da Saúde se candidatou para vaga de Presidente da Comissão de Secretários da Rota dos Bandeirantes, o qual foi eleito pelos membros. Tal compromisso é de grande relevância para saúde do Município de Carapicuíba, que ao

longo de anos foi tida como precária e insuficiente no atendimento de sua população, cenário que não condiz com a realidade que vem sendo construída desde 2017.

Tais mudanças na saúde vão desde novos equipamentos e/ou reformas, garantindo local adequado para o atendimento dos munícipes, bem como, local de trabalho estruturado para os servidores públicos, além de, fortalecer e qualificar os serviços desenvolvidos nas unidades.

Importante trazer neste Plano que a Secretaria tem grande preocupação com a forma de financiamento para possibilitar a concretização das diretrizes definidas. Uma ferramenta que auxilia o Município neste processo é o Sistema de Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - SISPACTO e o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos na Saúde - SIOPS.

Além desses, existem as portarias sobre rede de atenção à saúde, sobre cofinanciamento da saúde, sobre planos de áreas estratégicas instituídas nacionalmente.

16. Planejamento

No âmbito do SUS, o planejamento em saúde envolve a atuação integrada dos três entes federativos (União, Estados e Municípios) de forma que a ação governamental efetive a organização do trabalho, por meio da definição de papéis e de corresponsabilidades na alocação de recursos (humanos, físicos, tecnológicos e financeiros).

Na SMS, todas as áreas se envolvem com o planejamento em saúde: a gestão centralizada, a partir das decisões tomadas e planos estratégicos definidos pelo Gabinete (Secretário, Adjunta e seus Assessores), coordenadorias-gerais.

A gestão descentralizada, por meio das Gerências, equipes de monitoramento e fóruns de serviços e áreas, como a Saúde Mental e o controle social, pela via da participação de trabalhadores e usuários dos serviços de saúde na fiscalização de serviços e na avaliação e proposição de planos para implementação pela SMS.

Com a edição do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, recolocam o planejamento em saúde para o gestor em razão das inovações políticas, gestoras e assistenciais ali estabelecidas. Essas normas determinaram a necessidade de revisão normativa, de aprimoramento de estruturas instrumentais e de construção de novos processos e novas ferramentas de apoio ao planejamento no SUS.

Os princípios gerais para o planejamento, com foco no setor saúde, estão dispostos ao longo de um conjunto de normas de diversas naturezas. A legislação a ser observada no campo da saúde é composta tanto por normas gerais aplicáveis ao planejamento governamental, quanto pelas normas específicas editadas no âmbito do SUS, conforme pode ser visto abaixo.

Quadro21: Planejamento Governamental

LEGISLAÇÃO	DISPÕE SOBRE O PLANEJAMENTO GOVERNAMENTAL
Lei nº 4.320, de 1964	Estabelece normas gerais de direito financeiro para elaboração, execução e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal
Art. 165 a 169 da Constituição Federal de 1988	Estabelece o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) como os componentes fundamentais do ciclo de planejamento e orçamento para os três entes da Federação
Art. 195, § 2º da Constituição Federal de 1988	Define que a proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social.
Lei nº 12.527, de 2011	Dispõe sobre os procedimentos a serem observados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios visando garantir o acesso à informação previsto na Constituição Federal de 1988.
Lei Complementar nº 101, de 29 de dezembro de 2000	Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e estatui disposições complementares para a elaboração e execução do PPA, da LDO e da LOA.

Fonte: Ministério da Saúde

As regras gerais de planejamento são orientações que devem ser seguidas por todas as áreas desenvolvedoras de políticas públicas e estão expressas, em sua maior parte, nos art. 165 a 169 e 195, § 2º, da Constituição de 1988, e na Lei Complementar nº 101, de 2000, além

das normas de Direito Financeiro estabelecidas anteriormente pela Lei nº 4.320, de 1964.

O setor saúde deve se orientar primeiramente por essas regras e, subsidiariamente, pelas disposições constantes das regras setoriais ou específicas que abrangem um conjunto mais amplo de normas, desde as Leis Orgânicas até as publicações infralegais, como portarias e resoluções mais recentes, como pode ser visto abaixo.

Quadro 22: Planejamento do SUS

LEGISLAÇÃO	DIPOSIÇÕES SOBRE O PLANEJAMENTO DO SUS
Art. 36 da Lei nº 8.080, de 1990	Estabelece que o processo de planejamento e orçamento no SUS será de natureza ascendente desde a esfera municipal até a federal e deverá observar o equilíbrio financeiro dos entes da Federação, define o Plano de Saúde como instrumento básico do planejamento setorial e confere ao CNS a atribuição de estabelecer as diretrizes gerais para a elaboração dos planos de saúde.
Lei nº 8.142, de 1990	Define as conferências de saúde como instâncias para avaliação da situação de saúde e proposição de diretrizes para a formulação da política de saúde nas três esferas, de maneira ascendente, e estabelece a elaboração dos planos de saúde como condição para o recebimento de transferências do Fundo Nacional de Saúde (FNS)
Emenda Constitucional nº 29, de 2000	Institui a obrigatoriedade da aplicação por parte dos três entes da Federação de patamares mínimos de recursos fiscais para o financiamento das ações e serviços de saúde no SUS, patamares esses que deverão balizar a previsão de receitas e despesas nos processos de planejamento do SUS
Portaria nº 4.279, de 2010	Estabelece os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização das redes de atenção à saúde e as diretrizes para sua implementação, visando a regionalização das ações e serviços de saúde no SUS e consequente garantia da integralidade do cuidado

Decreto nº 7.508, de 2011	Regulamenta a Lei 8.080/1990 no que se refere à organização do SUS, ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa. Estabelece critérios para a instituição das regiões de saúde, define o planejamento como atividade obrigatória dos entes federados, de natureza ascendente e integrada e indutora das políticas para a iniciativa privada. Institui o Coap como acordo de colaboração entre os entes da Federação, visando integrar as ações e serviços de saúde no âmbito regional.
Resolução CIT nº 01/2011	Estabelece as diretrizes gerais para a instituição das regiões de saúde no âmbito do SUS, institui a Região de Saúde como base para o planejamento dos entes federados e define as CIR, as CIB e a CIT como fóruns de pactuação de um amplo conjunto de decisões essenciais para o planejamento regional integrado no SUS.
Lei Complementar nº 141, de 2012	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; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo.
Portaria nº 2.135, de 2013	Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, define o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão como os instrumentos fundamentais para o planejamento no âmbito do SUS. Estabelece ainda que o Plano de Saúde deverá observar os prazos do PPA de cada ente da Federação. Dispõe que o processo de planejamento regional integrado será coordenado pela gestão estadual, envolverá os três entes federados e será elaborado no âmbito das regiões de saúde

O ciclo de planejamento precisa estar sincronizado com essa lógica para permitir a harmonia das políticas de saúde com as demais políticas governamentais, bem como para promover o monitoramento e avaliação contínua das ações. Os principais instrumentos de planejamento em saúde e gestão são:

Quadro 23: Instrumentos de Planejamento

Planejamento em Saúde	Planejamento Governamental
Plano Municipal de Saúde	Plano Plurianual
Programação Anual de Saúde	Lei de Diretrizes Orçamentárias
Relatório de Gestão	Lei Orçamentária Anual

FONTE: SMS.

No esforço de aprimorar a execução da Política de Saúde, diversos instrumentos norteadores são elaborados. No município, recentemente, planos e políticas setoriais foram construídas, em consonância com diretrizes regionais e nacionais, da mesma maneira sempre buscamos avançar e aprimorar o atendimento, por isso, na tabela abaixo demonstramos os principais avanços, bem como os desafios que ainda é preciso superar.

Quadro24: Principais Avanços na Saúde

PRINCIPAIS AVANÇOS NA SAÚDE
Unidades com novas estruturas
Implantação do Acesso avançado na Atenção Primária
Composição de 37 equipes do PSF
Entrega de medicamentos do SAD diretamente na residência
Implantação da Classificação de Risco
Transformação do CAPS II e CAPS Ad II em tipo III
Ampliação da câmara de vacinas e novo controle de estoque
Ampliação do quadro de funcionários
Implantação de espaço exclusivo para dispensa de medicamentos/insumos de demanda judicial
Implantação de transporte exclusivo para pacientes de Hemodiálise

Estruturada equipe técnica multidisciplinar para discussão de protocolos
Implantação do setor de ensino e qualidade para os profissionais da Saúde
Elaboração do Plano Anual de Capacitações, visando estruturar as capacitações e os cursos necessários para que seus colaboradores adquiram conhecimentos e desenvolvam habilidades nos níveis ideais para a conquista dos objetivos.

FONTE: SMS.

Quadro 25: Principais Desafios

PRINCIPAIS DESAFIOS
Garantir a devida manutenção nos equipamentos reestruturados
Treinamento para os profissionais da Saúde com base nos protocolos implantados
Implantação de sistema integrado da saúde
Atendimento Humanizado
Adequação de salários em algumas categorias
Imagem do RH para os profissionais que atuam na Secretaria de Saúde

FONTE: SMS.

Com o planejamento descentralizado, compartilhado, apoiado por ferramentas tecnológicas que propiciem a ampliação da participação e o monitoramento constante, espera-se garantir o desenvolvimento institucional direcionado à melhoria dos indicadores de saúde da população.

17. Participação e Controle Social

A inclusão da participação popular e controle social nos princípios do SUS são de grande relevância social e política, pois garante que a população participe do processo de diretrizes e controle das políticas públicas do SUS.

O Controle Social diz respeito a participação da população no serviço público da saúde, ou seja, é a inclusão da comunidade no planejamento do enfrentamento dos problemas, bem como, na criação de novas políticas públicas, fortalecendo o exercício da cidadania em direção dos objetivos do SUS que é o direito da população a atenção integral à saúde.

O Controle Social se encontra em todas as esferas do SUS através das Conferências (Nacional, Estadual e Federal) de Saúde.

No Município de Carapicuíba a participação e controle social estão previstos na Lei Orgânica do Município em seus artigos 188-B e 189 sendo realizada através do Conselho Municipal de Saúde, o qual foi criado através da Lei nº 139, alterada pela Lei nº 1394/91 e suas alterações, bem como a Lei Municipal 3606/19 que reorganiza e regulamenta o Conselho Municipal de Saúde.

Outro meio de participação da população nas ações em saúde é as audiências públicas que são realizadas a cada quadrimestre, no qual é apresentado os gastos realizados com a saúde, as ações desenvolvidas no período, os serviços instituídos, sendo possível no momento da audiência a participação popular.

18. Conselho de Saúde

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, previstos na Legislação Federal, Estadual e Municipal, que cumprem a função de representação da sociedade no controle da política pública de Saúde. É instância deliberativa no âmbito do planejamento em saúde, bem como tem papel estratégico no controle e fiscalização da gestão e da prestação das ações e serviços de saúde. Nesse sentido, deve ter assegurada a estrutura e capacidade operacional adequadas ao cumprimento dessas funções, bem como ter seu papel reconhecido e respeitado pela gestão do SUS nas três esferas de governo.

Atualmente o Conselho de Saúde está sendo composto por um conselho provisório, pois não houve a realização da eleição, ato que é imprescindível para garantir a participação popular, sendo que a ausência do pleito contrária à proposta da democracia na construção das políticas públicas em saúde.

19. Gestão e Apoio ao Trabalho e Educação Permanente em Saúde

Partindo do pressuposto que a Secretaria Municipal de Saúde visa manter um setor de Gestão de Pessoas estruturado, objetivando assegurar a prestação de serviços de saúde de forma adequada e de qualidade, além de garantir competências e habilidades essenciais para o desenvolvimento do trabalho, como forma de ampliar e qualificar o desempenho da equipe de profissionais frente aos objetivos definidos.

Considerando que as diretrizes que norteiam o processo de trabalho em saúde, são as diretrizes doutrinárias e organizacionais do SUS, quais sejam Integralidade, Universalidade e Equidade, Regionalização, Descentralização e Hierarquização respectivamente, a Gestão, vista a partir dessa perspectiva, assume papel estratégico para a implementação de uma política de gestão do trabalho na saúde, que privilegie a profissionalização pela necessidade de qualificação do trabalhador da saúde para as novas funções, que se utilize da valorização do trabalhador, ou seja, da sua profissionalização com desenvolvimento de habilidades e responsabilidades.

A secretaria estruturou o departamento de Gestão de Pessoas para atuação dos seguintes eixos:

- Gestão de Pessoas
- Educação Permanente
- Padronização dos Processos de Trabalho
- Qualidade de Vida do Servidor

19.1. Gestão de Pessoas

De modo geral, o setor de gestão de pessoas tem o objetivo de ser a área mediadora entre a SMS e os servidores, para que ambos tenham seus interesses atingidos e desenvolvam uma relação harmoniosa.

Cabe ao departamento de Gestão de Pessoas, garantir um quadro de RH equilibrado, bem como implantar diretrizes e normas regidos pelo Estatuto do Servidor.

Para tanto, a SMS fortaleceu o setor de Gestão de Pessoas com objetivo de qualificar e parametrizar as rotinas de trabalho, padronizando a comunicação entre suas Unidades de Serviços, garantindo efetividade nos processos que se referem a administração de pessoal.

19.2. Educação Permanente em Saúde

Pensar na gestão do trabalho, como eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde, significa pensar no desenvolvimento da qualificação contínua do serviço oferecido à sociedade.

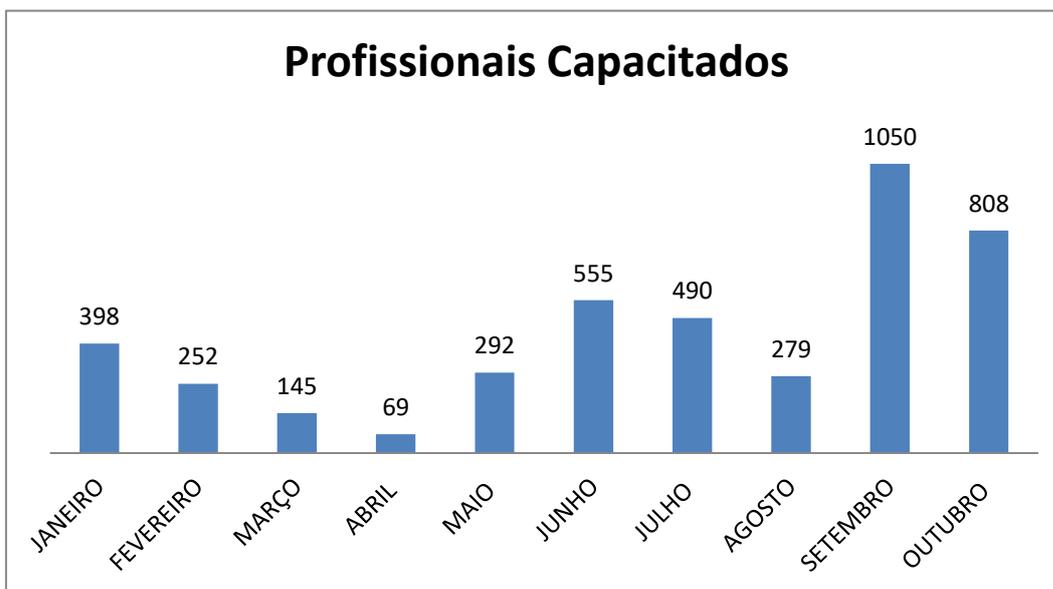
Para tanto a SMS criou o NEPS – Núcleo de Educação Permanente em Saúde, objetivando a capacitação técnica e comportamental dos nossos servidores.

Figura 21: NEPS



Fonte: SMS

Gráfico 57: PROFISSIONAIS CAPACITADOS



Fonte: SMS

19.3. Qualidade de Vida do Servidor

Toda organização comprometida com o bom desenvolvimento de suas equipes tem como foco a qualidade de vida no trabalho. Cuidados com a saúde física e emocional, ambiente de trabalho saudável e planos de desenvolvimento são algumas dentre diversas ações que entram no programa de qualidade de vida no trabalho.

19.4. Padronização dos Processos de Trabalho

Visando garantir assertividade das suas operações e uma visão única do processo a Secretaria de Saúde implantou o setor de Gestão da Qualidade para Padronização de Processos de trabalhos, desenvolvendo um padrão a ser seguido por todos os servidores, com objetivo de garantir um modelo de trabalho e ter um caminho bem-definido para a execução das atividades e conferir previsibilidade ao processo. Foram mais de 40 protocolos assistenciais elaborados e 160 procedimentos padronizados.

20. Financiamento e Principais Despesas Municipais

20.1. Histórico do financiamento do SUS

O avanço da saúde pública no Brasil, protagonizado pela VIII Conferência Nacional da Saúde, em 1986, se concretizou na Constituição Federal de 1988, que disciplinou a Saúde como direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas. A fim de viabilizar tal direito, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), responsável por ações e serviços públicos de saúde.

Desse modo, o poder público deve garantir os recursos necessários e gerenciar o sistema, a fim de que seja efetivado esse direito a toda a população. O financiamento do SUS está previsto na Constituição e teve sua regulamentação nas Leis Orgânicas da Saúde, as quais reúnem as leis federais 8.080 e 8.142, de 1990. A primeira define que os planos municipais de saúde são os instrumentos centrais de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde; a segunda trata dos condicionantes para recebimento de recursos federais e da participação da comunidade na gestão do SUS.

A Constituição Federal prevê as fontes de financiamento, os percentuais a serem gastos em saúde e as respectivas leis orgânicas, a forma de divisão e o repasse dos recursos entre as esferas de governo. A Emenda Constitucional 29/2000, marco histórico do financiamento da saúde, ratificou a vinculação de recursos financeiros da seguridade social, definindo percentuais mínimos de investimento da Receita Corrente Líquida (RCL) para os Estados (12%) e os Municípios (15%). No entanto, para o governo federal não foi estabelecido um mínimo percentual vinculado à RCL, situação que ao

longo dos anos elevou, de forma substancial, os percentuais investidos em saúde pelos demais Entes da Federação.

20.2. Mudanças no Financiamento da Saúde - Blocos de Financiamento

Ainda que criado em 1988, com suas subseqüentes legislações nos anos seguintes, o SUS somente teve a regulamentação de sua Lei Orgânica em 2011 com o Decreto 7.508. Entre outros pontos, o Decreto acrescenta a inserção dos serviços privados nos instrumentos de planejamento da saúde e define a forma de organização, planejamento, assistência e articulação interfederativa. Como parte dessa história, foi sancionada em 2012 a Lei Complementar 141, que estabeleceu a necessidade de criar uma metodologia de distribuição dos recursos da União para Estados e Municípios, ratificando o texto do art. 35 da Lei 8.080/1990. A nova legislação define para fins de cumprimento do mínimo constitucional quais são os gastos com saúde e as despesas que não podem ser declaradas como Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), estabelecendo ainda a obrigatoriedade, para União, Estados, Distrito Federal e Municípios, de declarar e homologar bimestralmente os recursos aplicados em Saúde, por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). Em 2015, com a aprovação da Emenda Constitucional 86, as esperanças de um financiamento mais adequado para o SUS foram perdidas. Apesar de definir o percentual mínimo de investimento em saúde para a União de 15% da RCL, tal emenda estabeleceu uma regra transitória de escalonamento (de 13,2% a 15%) ao longo de 5 anos, o que pode ser considerada uma das mais dramáticas derrotas da saúde pública no Brasil, visto que no ano de 2016 o valor deflacionado aplicado pela União foi inferior a 2015. Além disso, inseriu os valores apurados dos royalties do petróleo como uma das fontes para o

cumprimento do mínimo constitucional a ser aplicado em saúde, fazendo com que uma receita que deveria ser considerada adicional se tornasse parte do mínimo. Como se não bastasse, em 2016, o Congresso Nacional promulgou a Emenda Constitucional 95, a qual limita pelos 20 próximos anos os gastos federais que passarão a ser corrigidos pela inflação do ano anterior e, no caso da saúde, não mais pelo crescimento da RCL.

Em meio a este cenário, com o objetivo de possibilitar maior autonomia aos gestores da saúde no gerenciamento financeiro dos recursos transferidos da União, em 28 de dezembro 2017, foi publicada a Portaria do Ministério da Saúde, de n. 3.992, que trata da alteração das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS. Como principal mudança, a nova normativa estabeleceu que, a partir de 2018, o repasse dos recursos financeiros federais destinados ao financiamento das ações e dos serviços de saúde, transferidos aos demais Entes federados na modalidade fundo a fundo, passam a ser organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento: Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde. Com a nova metodologia de repasses, muitos gestores estão com dificuldades em identificar a maneira correta da utilização dos recursos, e, diante do cenário, a maior preocupação é manter o comprometimento da prestação dos serviços de saúde.

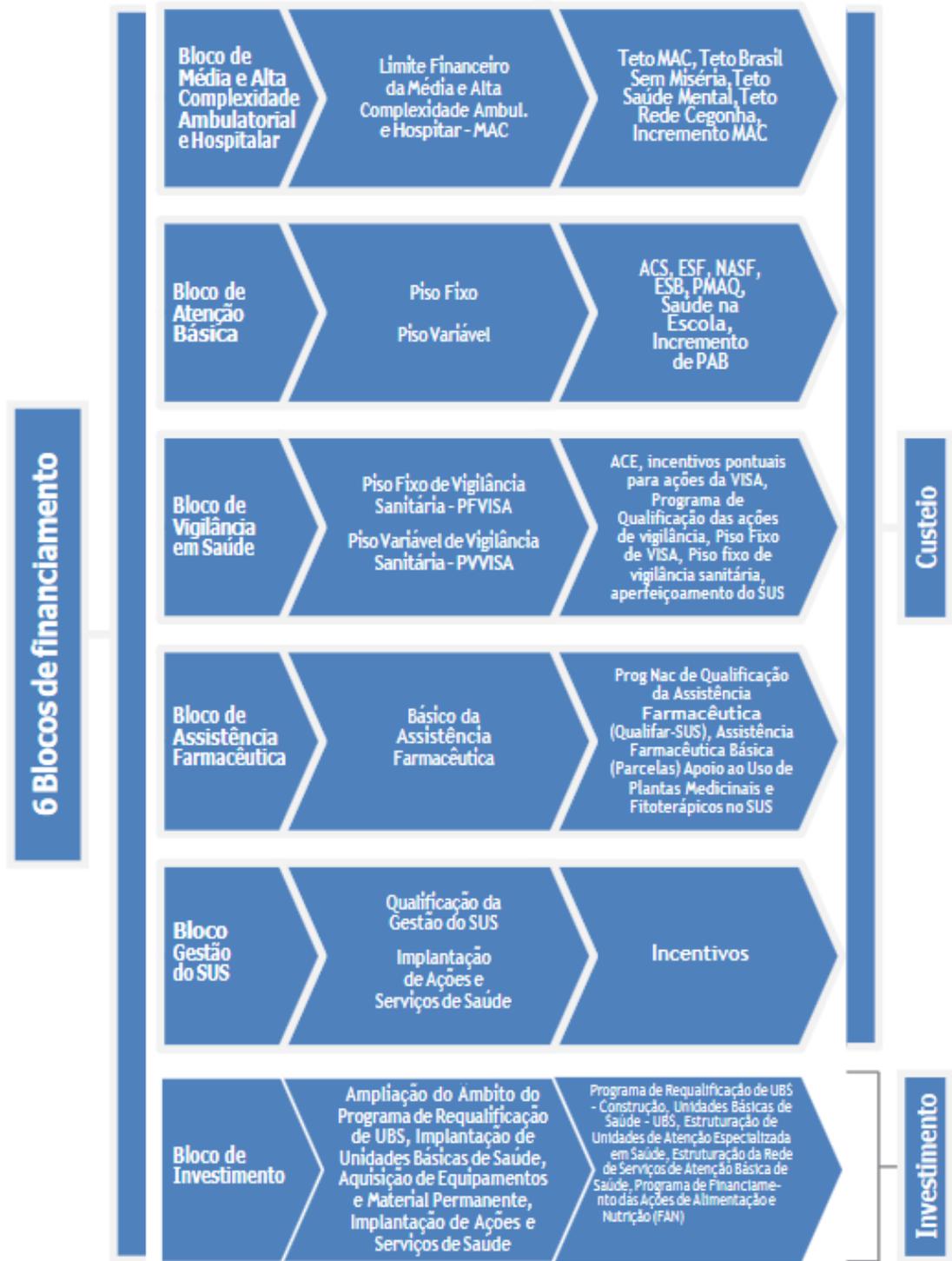
Figura 22 Evolução Histórica do Financiamento com as seguintes datas;

Ano	Legislação	Descrição
1988	Constituição Federal	 Cria o SUS.
1990	Lei 8.080	Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes.
1990	Lei 8.142	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.
2000	Emenda Constitucional 29	Dispõe sobre os recursos mínimos para o financiamento das ASPS.
2007	Portaria 204	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ASPS, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.
2011	Decreto 7.508	Regulamenta a Lei 8.080/1990, a fim de tratar da organização do SUS, do planejamento da saúde, da assistência à saúde e da articulação interfederativa.
2012	Lei Complementar 141	Regulamenta o §3º do art. 198 da CF para dispor sobre valores mínimos, critérios de rateio, normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas.
2015	Emenda Constitucional 86	Altera os arts. 165, 166 e 198 da CF, com o intuito de tornar obrigatória a execução da programação orçamentária.
2016	Emenda Constitucional 95	Institui o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros.
2017	Portaria 3.992	Dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ASPS do SUS.

Fonte: <https://www.cnm.org.br/>

Conheça como eram o financiamento e a transferência dos recursos federais para ações e serviços públicos de saúde com a Portaria 204/2007:

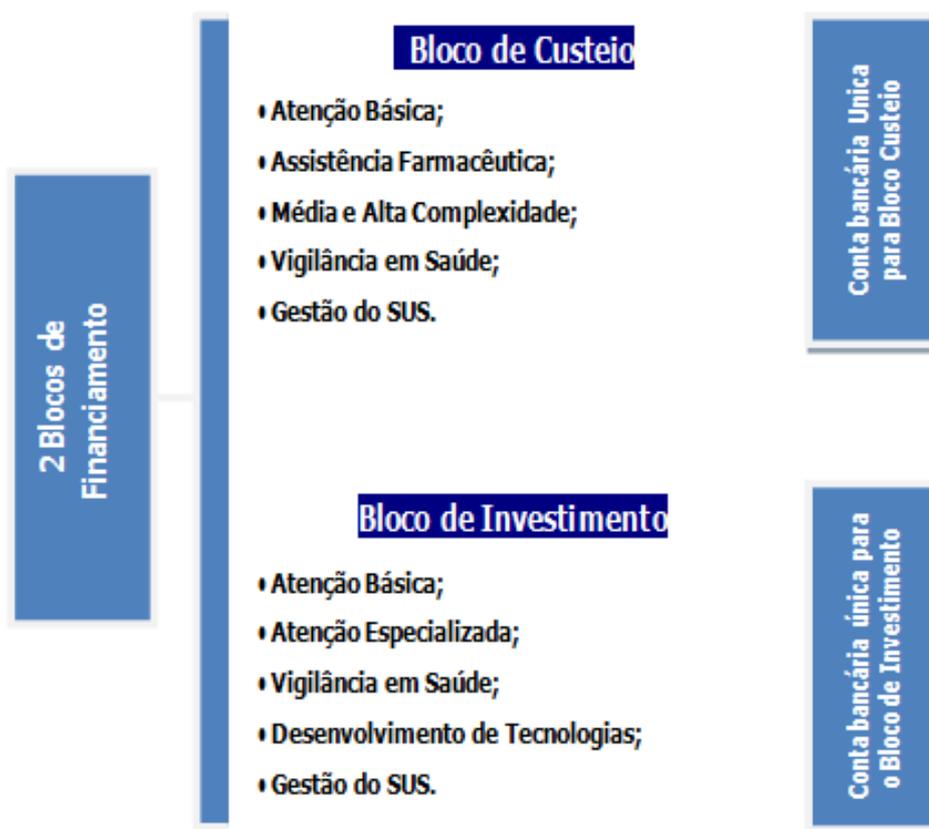
Figura 23: Divisão dos Blocos de financiamento



Fonte: <https://www.cnm.org.br/>

Conheça como ficaram o financiamento e a transferência dos recursos federais para ações e serviços públicos de saúde com a Portaria 3.992/2017.

Figura 24: Blocos de financiamento



Fonte: <https://www.cnm.org.br/>

Apesar das mudanças no modelo de repasse, que possibilitam maior autonomia na utilização dos recursos financeiros durante o exercício financeiro vigente, vale ressaltar a importância de que os recursos federais permaneçam vinculados às normativas que deram origem aos repasses.

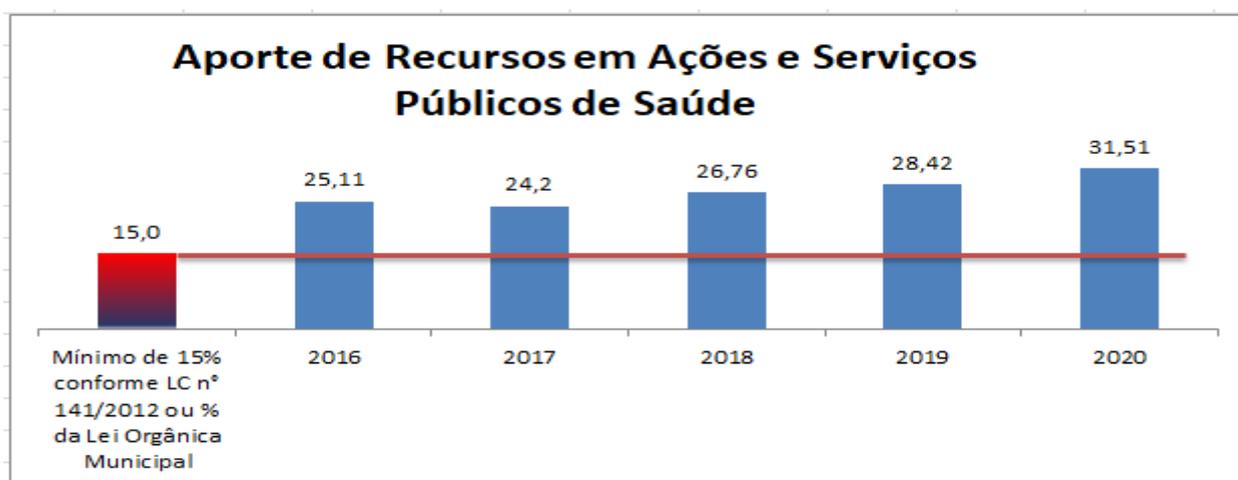
Desta forma, ao final do ano, a execução dos recursos deve estar vinculada:

- Há finalidade definida em cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União que deu origem aos repasses realizados, em cada exercício financeiro;
- Ao estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual, submetidos ao respectivo Conselho de Saúde;
- Ao cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos e pactuados nas instâncias decisórias do SUS.

20.3. Aporte de recursos em Ações e Serviços Públicos de Saúde

Sobre o aporte regular e obrigatório dos municípios em Ações e Serviços de Saúde (LC 141/2012), de no mínimo 15% da arrecadação dos impostos próprios acrescidas das transferências constitucionais, o município de Carapicuíba vem tendo dificuldade em cumprir o disposto.

Gráfico 58: Aporte de Recursos



Fonte: SIOPS-novembro/2021

Contudo, é necessária uma análise mais detalhada sobre a representatividade e a relevância deste indicador. A simples indicação de que Carapicuíba aplica mais de 20% da receita de impostos próprios acrescidas das transferências constitucionais não evidencia que este percentual mínimo seja suficiente e adequado para as necessidades em saúde da população assistida.

A Tabela abaixo demonstra que Carapicuíba é o 3º Município da Rota dos Bandeirantes com os maiores percentuais da receita de impostos aplicados em saúde.

Quadro 26: Aporte de Recursos

APORTE DE RECURSOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS				
Rota dos Bandeirantes	2017	2018	2019	2020
Santana de Parnaíba	23,25	19,36	20,94	24,28
Jandira	24,18	15,16	18,15	19,31
<i>Carapicuíba</i>	<i>24,2</i>	<i>26,76</i>	<i>28,42</i>	<i>31,51</i>
Pirapora do Bom Jesus	27,76	26,91	21,07	23,08
Itapevi	28,47	28,03	26,53	26,6
Barueri	30,2	26,99	29,21	29,04
Osasco	34	30	30,06	29,71

Fonte: SIOPS-novembro/2021

Na análise per capita, a evolução dos gastos em saúde no município entre 2017 e 2020 mostra que, no primeiro ano, o gasto foi de R\$ 324,85 por habitante/ano e, em 2019, o valor foi de R\$ 376,13 por habitante/ano.

Houve um aumento do gasto per capita entre 2017 e 2020, contudo, em 2019 o valor foi menor que o gasto do ano anterior (391,35 em 2018). No comparativo do gasto per capita com outras cidades da Rota dos Bandeirantes, Carapicuíba se destaca como sendo

a cidade com a menor renda per capita, conforme apresentado na Tabela, a seguir.

Quadro 27: Gasto per capita segundo Município, 2018 a 2020, Rota dos Bandeirantes.

Rota dos Bandeirantes	2017	2018	2019	2020
Barueri	R\$2.459,63	R\$2.629,71	R\$3.027,51	R\$3.227,47
Santana de Parnaíba	R\$1.197,97	R\$1.327,54	R\$1.563,21	R\$1.699,12
Osasco	R\$857,08	R\$919,82	R\$1.035,40	R\$1.253,45
Jandira	R\$621,51	R\$535,73	R\$668,57	R\$757,96
Itapevi	R\$611,70	R\$741,46	R\$794,21	R\$907,38
Pirapora do Bom Jesus	R\$552,72	R\$627,35	R\$726,23	R\$865,50
Carapicuíba	R\$324,85	R\$391,35	R\$376,13	R\$441,44

Fonte: SIOPS – novembro/2021

O que demonstra claramente que o Município de Carapicuíba tem a menor renda per capita da Rota dos Bandeirantes, como se vê no Tabela 03, ainda que Osasco tenha uma quantidade populacional maior, o Município possui uma renda per capita superior, estando em 03º lugar na aplicação per capita dos Recursos de Saúde.

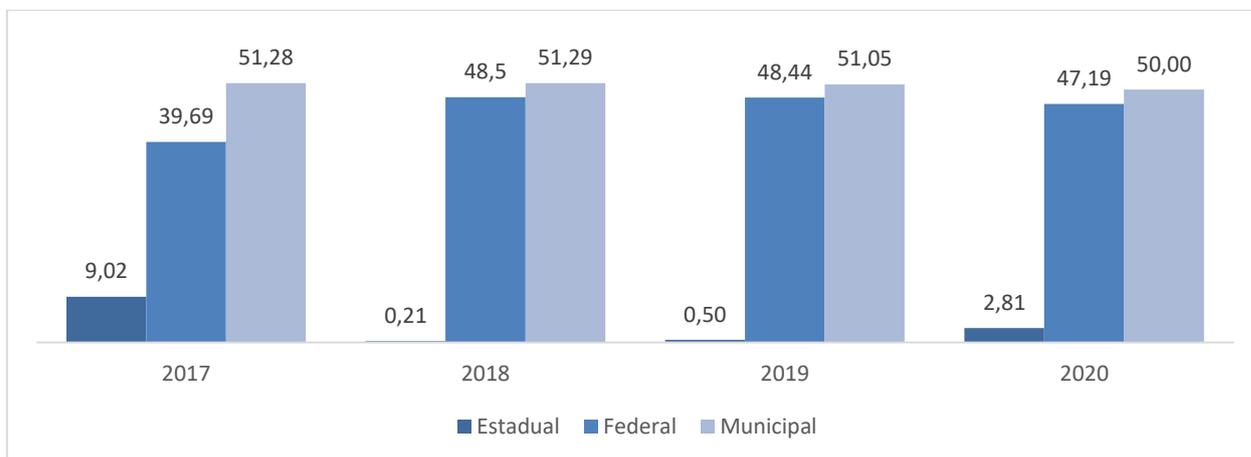
Quadro 28: Dados do IBGE de quantidade populacional por Município da Rota dos Bandeirantes

CENSO IBGE	
Pirapora do Bom Jesus	19.453
Jandira	127.734
Santana de Parnaíba	145.073
Itapevi	244.131
Barueri	279.704
Carapicuíba	405.375
Osasco	701.428

Fonte: IBGE

Enquanto o financiamento da saúde for insuficiente para a real necessidade, este indicador deve ser continuamente criticado e revisado.

Gráfico 59: Evolução percentual dos recursos aportados para o SUS em Carapicuíba



Fonte: Sistema de Gestão – Contabilidade

As informações que podem ser compreendidas do Gráfico 02 em termos relativos a contribuição percentual do município oscilou entre 51,28% em 2017, caindo para 50% em 2020. Já a contribuição estadual oscilou diminuindo de 9% em 2017 para 2,81% em 2020 e demonstrou queda considerável para 0,2% em 2018. No entanto, mesmo assim, a contribuição estadual é pequena se comparada à contribuição dos outros entes. Importante salientar, também, que a participação federal teve um aumento significativo de 39,69% em 2017 para 47,19% em 2020, além disso, em 2018 aumentou em 48,50% nos recursos aportados pelo Município.

20.4. Orçamento

O orçamento da SMS foi ampliado consideravelmente de 2017 a 2020, passando de R\$ 134.451.689,38 no primeiro ano para R\$ 156.724.890,03 no último ano referenciado (Tabela 02).

Quadro 29: Orçamento da SMS – comparativo 2017 a 2020.

Orçamento	2017	2018	2019	2020
Orçamento Inicial	R\$134.451.689,38	R\$129.451.689,38	R\$129.451.688,62	R\$156.724.890,03
Orçamento Final	R\$104.198.936,27	R\$120.003.367,99	R\$130.400.666,37	R\$159.706.823,46
Orçamento Executado (empenhado)	R\$110.486.132,15	R\$136.677.410,53	R\$138.400.666,37	R\$167.294.421,53
Diferença entre Inicial e Executado	R\$23.965.557,23	-R\$7.225.721,15	-R\$8.948.977,75	-R\$10.569.531,50

Fonte: Contabilidade SMS

20.5. Emendas Parlamentares

Um importante instrumento de captação de recursos para a saúde é através de emendas parlamentares (§ 9º, Art. 166, da CF/88). No ano de 2020 ocorreu um importante incremento no número de emendas, e o Município contou com 46 emendas parlamentares sendo que, 26 emendas foram destinadas ao COVID-19, já em 2021 o Município recebeu mais 30 emendas. Salienta-se que, após a data de ingresso, o recurso financeiro possui 2 anos para que possa ser aplicado, conforme escopo determinado pelo objeto de cada emenda parlamentar. Como desafio para os próximos anos está a ampliar e reforçar a captação de recurso financeiro junto aos parlamentares,

além de monitorar, junto às áreas finalísticas, a aplicação dos recursos dentro do período de 2 anos.

20.6. Contratos

Contrato administrativo ou contrato público é o instrumento criado pelo órgão público para se dirigir e atuar perante seus administrados sempre que for necessária a aquisição de bens ou serviços particulares.

Este contrato é formado por acordos recíprocos de vontade com a finalidade de gerar obrigações também recíprocas entre os contratantes. Tanto a administração Pública quanto o fornecedor celebram esses contratos com o intuito de obter resultados de interesse público.

Todo contrato administrativo deve estabelecer com muita clareza e detalhamento todas as condições para sua execução. As condições devem ser expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, sempre de acordo com os termos do edital.

O contrato administrativo é regido pela recente promulgada Lei Federal Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, mais conhecida como Lei de Licitações e Contratos Administrativos.

Hoje a SMS conta com um total de 117 (cento e dezessete) procedimentos, entre contratos e registros de preços,

Quadro 30: Contratos, dispensa de licitações e Registos de preços

Contratos, dispensa de licitações e Registos de preços	
63	Ata de registro de preço com vigência até 2022
13	Ata de registro de preço com vigência até 2021
41	Contratos Vigentes entre aquisição e serviços

Fonte: SMS

20.7. Judicialização da Saúde

Sendo o município o principal executor dos serviços de saúde, esse sofre a pressão dos cidadãos e, conseqüentemente, é alvo direto de demandas judiciais. O fenômeno crescente por acesso a serviços e medicamentos pela via judicial é denominado de judicialização da saúde. A situação tem trazido preocupação, pois influencia tanto na gestão da política de saúde quanto na alocação dos recursos financeiros.

A partir de uma análise mais detalhada sobre as causas das demandas judiciais, verifica-se que a falta de condições financeiras, a busca de medicamentos não padronizados pela REMUME e também a falta de informação da população são os motivos mais recorrentes das ações (SILVEIRA, 2015).

Quadro 31: Percentual de gasto com judicialização

2020		
Total de Arrecadação	Demanda Judicial	Percentual
R\$ 71.165.220,20	R\$ 2.083.852,75	2,93%

Fonte: SMS

Destaca-se que está SMS que as demandas judiciais comprometem 2,93% do total arrecadado, como se vê na tabela acima. Dessa forma, faz-se necessário adotar critérios de controle e sistematização para quantificação dos gastos e mapeamento dos processos judiciais. De posse das informações, será possível traçar estratégias de racionalização da judicialização como, por exemplo: melhorar o planejamento e a gestão dos recursos, ampliar a comunicação pública, em linguagem acessível e que atinja ao maior número de pessoas sobre o funcionamento, acessos e ofertas nos serviços públicos.

21. Diagnóstico Geral

A situação econômica do município sofre impactos consideráveis da crise financeira pela qual atravessa o país. Espera-se grandes dificuldades no financiamento para atender à demanda crescente em serviços de saúde. Merece atenção a Emenda Constitucional 95 (BRASIL, 2016c), que instituiu o Novo Regime Fiscal com o objetivo de no médio e longo prazo reverter o desequilíbrio fiscal existente. Durante a vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) equivalerão, a partir de 2018, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos pela inflação do período, apurada pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Esse cenário gera uma enorme pressão para ampliar os recursos investidos no setor, o que leva a um desafio para sustentar o financiamento público de saúde de forma persistente, econômica e criativa.

22. Relatório Final IX Conferência de Saúde

Figura 25: XI Conferência Municipal de Saúde



Fonte: SMS

Neste tópico serão apresentadas as propostas que foram aprovadas na IX Conferência de Saúde realizada no dia 05 de novembro de 2021. Tais propostas foram norteadoras das políticas de saúde apresentadas neste plano.

EIXO 1: Atenção à Saúde e Fortalecimento das Redes: Atenção Primária, Especializada, Urgência e Emergência, Saúde Mental e Vigilância em Saúde

ATENÇÃO BÁSICA:

- 1 AMPLIAR USF (EQUIPES);
- 2 CONSTRUÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE;
- 3 GARANTIR E FORTALECER A SAÚDE DA MULHER;
- 4 FORTALECER O ACOLHIMENTO NA UBS COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO;
- 5 CALL CENTER – MENSAGEM VIA WHATSAPP PARA LEMBRAR DA CONSULTA;

- 6 ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DOS PACIENTES DENTRO DA UNIDADE
"POSSO AJUDAR"
- 7 FORTALECIMENTO DOS ACS;
- 8 MELHORIA DE COMUNICAÇÃO ENTRE OS ACS E A COORDENAÇÃO;
- 9 AUMENTO DAS EQUIPES ACS;
- 10 AUMENTO DO QUADRO DE MÉDICOS E CAPACITAÇÃO DE TODOS OS
FUNCIONÁRIOS DA UNIDADE;
- 11 PADRONIZAÇÃO DOS FORMULÁRIOS E CARTÃO DO POSTO;
- 12 PADRONIZAÇÃO DE UNIFORME PARA TODOS OS SERVIÇOS PARA
TODOS OS FUNCIONÁRIOS;
- 13 AUMENTAR A EQUIPE DA RECEPÇÃO;
- 14 AUMENTAR O NÚMERO DE DENTISTA E LABORATÓRIO PRÓTESE;
- 15 FORTALECER O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA JUNTO A POPULAÇÃO;
- 16 GARANTIR A UNIVERSALIDADE DO SUS;
- 17 DIMINUIR TEMPO DE ESPERA DA CONSULTA MÉDICA;
- 18 GARANTIR EPIS PARA OS ACS UNIFORMES E INSUMOS;
- 19 CAPACITAR EQUIPE NA HUMANIZAÇÃO;
- 20 GARANTIR A DISTRIBUIÇÃO DA CESTA BÁSICA DE MEDICAMENTOS;
- 21 FORTALECER A TECNOLOGIA DE COMUNICAÇÃO ENTRE A
SECRETARIA DE SAÚDE E UBS/POPULAÇÃO;
- 22 AGILIZAR A ENTREGA DA USB ARISTON;
- 23 AMPLIAR PSF (PROPORCIONAL A QUANTIDADE DE CIDADÃO
CADASTRADO);
- 24 GARANTIR MEDICAMENTOS DA REMUME;
- 25 FORTALECER HUMANIZAÇÃO ACOLHIMENTO;
- 26 CRIAR GRUPO DE FORTALECIMENTO COM FAMILIARES DE PESSOAS
COM NECESSIDADES ESPECIAIS GARANTIR TRANSPORTE PARA
LEVAR EM CONSULTA (PCD);
- 27 AMPLIAR EQUIPE DAS UBS (MÉDICOS DENTISTA GINECOLOGISTA
PEDIATRA);

- 28 PUBLICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DA REMUME;
29 IMPLANTAÇÃO POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL SAÚDE PARA
POPULAÇÃO NEGRA;
30 MELHORAR DETECÇÃO PRECOCE DE CÂNCER;
31 AUMENTAR QUADRO DE PSICÓLOGOS NA UBS;
32 GARANTIR DISTRIBUIÇÃO DE FRALDAS NAS UBS;
33 IMPLANTAR CONSULTÓRIOS DE RUA;
34 REVISÃO DO MAPEAMENTO DA ABRANGÊNCIA DAS EQUIPES DE ESF;
TORNAR INCENTIVO A MELHORIA DE SALÁRIO E BENEFÍCIOS A
35 TODOS OS FUNCIONÁRIOS (TORNAR SISTEMA AMIS DINÂMICO DE
LANÇAMENTO DAS EQUIPES);
36 REFORÇAR AO CONHECIMENTO DOS SERVIDORES "CUIDANDO DE
QUEM CUIDA";
37 NO SITE DA PREFEITURA INSERIR CONSULTA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA CONSULTA;
38 CONTRATAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL PARA TODA ATENÇÃO BÁSICA;
39 APOIO AO PACIENTE QUE PRECISAM DE SUPORTE FÍSICO PARA
LOCOMOÇÃO DE AMBULÂNCIA;
40 TRANSPORTE PARA OS ACS PARA TREINAMENTOS QUANDO HOUVER
CAPACITAÇÃO E REUNIÕES;
41 MELHORAR A COMUNICAÇÃO DAS ATIVIDADES NO SITE DA
PREFEITURA;
42 REUNIÕES PERIÓDICAS DE EQUIPE;
43 TABLET PARA OS ACS;
44 GARANTIA DE RESULTADOS E AGILIDADE DE EXAMES
LABORATORIAIS;
45 DIMINUIR TEMPO DE ESPERA DE EXAMES;
46 MELHORAR A REDE MATERNO INFANTIL;
47 INSTALAÇÃO DE PAINEL ELETRÔNICO NAS UBS;
48 IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE TABAGISMO;

- 49 IMPLANTAR CONSULTÓRIO DE RUA;
50 EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA OS ADOLESCENTES E RESPONSÁVEIS;
51 AMPLIAÇÃO E CAPACITAÇÃO DENTRO DAS UBS;
52 ACESSIBILIDADE NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO;
53 AÇÕES E PROMOÇÃO EM SAÚDE;
54 CAPACITAR EQUIPE DE ENFERMAGEM (EM SAÚDE) E FAZER ATENDIMENTO HUMANIZADO;
55 CAPACITAR ATENDENTES PARA FAZER ATENDIMENTO HUMANIZADO;
56 AUMENTAR QUADRO DE DENTISTAS NAS UBS;
57 VOLTAR COM O PROGRAMA "PREFEITURA NO BAIRRO";
58 GARANTIR HORÁRIO ESTENDIDO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE;
59 GARANTIR ABASTECIMENTO DE MEDICAMENTOS NAS FARMÁCIAS;
60 AUMENTAR QUADRO DE ENFERMEIROS PARA ACOLHIMENTO;
61 GARANTIR TODOS OS PROCESSOS INTERNOS DA SMS;
62 GARANTIR A OFERTA DE DIU E AMPLIAR (PLANEJAMENTO FAMILIAR);
63 AUMENTO DE COTA DE EXAMES PROPORCIONAL POR UNIDADE;
64 PAINEL ELETRÔNICO PARA UBS;
65 LIBERAÇÃO DE TRANSPORTE PARA EQUIPE QUANDO A VISITA FOR MUITO LONGE DA UBS;
66 ADEQUAÇÃO PICS – REVER CNES DA UNIDADE;
67 FORTALECER COM CRAS TRANSPORTE SOCIAL E VALE
68 GARANTIR O ACESSO DAS MULHERES DENTRO DA SAÚDE DA MULHER;
69 ESTRUTURA FÍSICA – NOVO PRÉDIO PARA O VILA HELENA NO BAIRRO;
70 AUMENTO DE EQUIPES DA ESTRATÉGIA EM ESPAÇO ADEQUADO (NOVA UNIDADE);
71 GARANTIR O FORNECIMENTO E DISTRIBUIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DA CESTA BÁSICA E INSUMOS;

- 72 AUMENTO DO QUADRO DE PSICÓLOGOS E ASSISTENTE SOCIAL NAS
UBS ESPECIALISTAS E EXAMES;
- 73 CAPACITAR OS ACS NA BUSCA ATIVA DE PACIENTES FORA DO
TRATAMENTO PSIQUIATRIA;
- 74 GARANTIR A QUALIDADE / CONTINUIDADE NO ATENDIMENTO NA
UNIDADE;
- 75 CRIAR GUICHÊ PARA ATENDER PRIORIDADES;
- 76 GARANTIR O ATENDIMENTO NO HORÁRIO AGENDADO DA CONSULTA;
- 77 RETORNAR O ATENDIMENTO DOS DENTISTAS;
- 78 FORTALECER O VÍNCULO DA UBS COM OS PACIENTES DE TB NA
MEDICAÇÃO ASSISTI E ENTREGA DE KIT ALIMENTAR;
- 79 CAPACITAR ACS EM LEITURA DE CARTEIRA DE VACINA;
- 80 FORTALECER O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA PARA AUMENTAR
INDICE DE VACINAÇÃO;
- 81 OTIMIZAR AGENDA MÉDICA;
- 82 AMPLIAÇÃO DO QUADRO MÉDICO;
- 83 QUALIFICAÇÃO MÉDICA;
- 84 IMPLANTAR ACADEMIAS DE SAÚDE NAS UBS E USF;
- 85 ABERTURA DE CONCURSO PÚBLICO;
- 86 ADESÃO PNICS (POLITICAS NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS
E COMPLEMENTARES EM SAÚDE)
- 87 FORTALECIMENTO CAMPANHAS DE PREVENÇÃO;
- 88 FORTALECER A CAPACITAÇÃO DOS SERVIDORES;
- 89 MELHORAR COMUNICAÇÃO ENTRE SERVIDORES E USUÁRIOS;
- 90 PRIORIZAR ATENDIMENTO IDOSO;
- 91 FORTALECER O TRANSPORTE SOCIAL;
- 92 HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO SEM PRIVILÉGIO ATENDIMENTO
IGUAL A TODOS OS USUÁRIOS;
- 93 MANTER A CONTINUIDADE DO ABASTECIMENTO DE MEDICAÇÃO;
- 94 GARANTIR RETORNO DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO;

- 95 GARANTIR A RONDA DA GUARDA MUNICIPAL NAS UBS;
- 96 GARANTIR ACESSO AO GINECOLOGISTA;

ATENÇÃO ESPECIALIZADA:

- 97 AUMENTAR O NÚMERO DE ESPECIALISTAS, MUTIRÕES DE ESPECIALIDADES;
- 98 AQUISIÇÃO DE UM MAMÓGRAFO;
- 99 AGILIDADE NOS AGENDAMENTOS DE EXAMES E CONSULTAS (AMPLIAR A DEMANDA);
- 100 QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE AGENDAM OS EXAMES (FUNCIONÁRIOS);
- 101 AUMENTO DE MÉDICO ESPECIALIDADE GERIATRIA;
- 102 PRIORIZAR A CONTRA-REFERÊNCIA EM PACIENTES EM ALTA E TRATAMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE;
- 103 AUMENTAR O QUADRO DE ESPECIALIDADES DE MAIOR DEMANDA (MUNICÍPIO);
- 104 SOLICITAR O AUMENTO COTA DE CONSULTAS E EXAMES NA SAÚDE ESPECIALIZADA (ESTADO);
- 105 O ESTADO TEM QUE GARANTIR AS CIRURGIAS EM TEMPO DE RESPOSTA MELHOR;
- 106 CAPACITAR EQUIPE EM HUMANIZAÇÃO NA ESPECIALIZADA;
- 107 DIVULGAÇÃO PARA POPULAÇÃO DA CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE O ABSENTEÍSMO (FALTA NA CONSULTA E/OU EXAME);
- 108 AGILIDADE NA FILA DE ESPERA;
- 109 AUMENTO DO QUADRO DE MÉDICOS NA POLICLÍNICA;
- 110 SISTEMA DE MENSAGEM PARA AVISAR AO PACIENTE SOBRE A DATA DA CONSULTA;
- 111 CAPACITAR ATENDENTES PARA MELHORAR O ATENDIMENTO;
- 112 GARANTIR EQUIPAMENTOS FUNCIONANDO NA POLICLÍNICA;

- 113 INSUMOS PARA O CEO;
- 114 MELHORIA DOS PROTOCOLOS COM OBJETIVOS CLAROS DE EXAMES
E ESPECIALIDADES SUGERIDOS;
- 115 AMPLIAÇÃO DA OFERTA DE VAGAS DE ESPECIALIDADES COM
CRITÉRIOS DE PRIORIDADES;
- 116 ESTADO DEVE GARANTIR LOCAL PARA REALIZAÇÃO DE
HEMODIÁLISE;
- 117 GARANTIR A CONTINUIDADE DO PROJETO CUIDANDO DE QUEM
CUIDA;
- 118 AUMENTO COTA DE FRALDAS;
- 119 AGILIDADE E AUMENTAR EQUIPE DE FISIOTERAPIA;
- 120 AUMENTO DE COTA PARA TERAPIA RENAL CRÔNICA HEMODIÁLISE;
- 121 QUALIFICAR EQUIPES DE ATENDIMENTOS PARA UM MELHOR
ENTENDIMENTO DAS DEMANDAS DE ESPECIALIDADES;
- 122 AUMENTAR O QUADRO DE PROFISSIONAL PSQUIATRA NA
ESPECIALIDADE;
- 123 CAPACITAÇÃO DE HUMANIZAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS;
- 124 FORTALECER O FLUXO DE PRIORIDADE ENTRE UNIDADE BÁSICA E
ESPECIALIZADA;
- 125 MOÇÃO PARA SASC - CENTRO CONVIVÊNCIA DO IDOSO;
- 126 GARANTIR OS INSUMOS DA ODONTOLOGIA;
- 127 AQUISIÇÃO MACA GINECOLOGICA PARA OBESO;
- 128 AQUISIÇÃO DE CADEIRA DE RODA OBESO;
- 129 SOLICITAR AO ESTADO CENTRO REF PÓS-COVID;

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

- 130 ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DENTRO DOS P.AS;
- 131 FARMÁCIA PARA ATENDIMENTO DENTRO DOS PAS 24 HORAS;
- 132 TRANSPORTE DIRETO DOS BAIRROS PARA PSI;
- 133 ATENDIMENTO HUMANIZADO;

- 134 REESTRUTURAÇÃO DA BASE DO SAMU E AMPLIAÇÃO DA FROTA E DO
QUADRO DE FUNCIONÁRIO;
- 135 AMPLIAÇÃO DE AMBULÂNCIAS BÁSICAS;
- 136 ORGANIZAÇÃO DO FLUXO PARA PACIENTES DENTRO DA UNIDADE
"POSSO AJUDAR";
- 137 SOLICITAR A COTA DE VAGAS - SERVIÇO INTERNO DE REGULAÇÃO DE
VAGAS;
- 138 MÉDICO ORTOPEDISTA TODOS OS DIAS;
- 139 QUALIFICAR OS PROFISSIONAIS QUANTO A PRESCRIÇÃO MÉDICA A SER
TOMADA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA;
- 140 MOÇÃO - FORTALECER A IMPORTÂNCIA DE MUDANÇA DE TRAJETO DAS
LINHAS DE TRANSPORTE PÚBLICO PARA PASSAR EM FRENTE AO PSI;
- 141 DIVULGAÇÃO PARA POPULAÇÃO FAZENDO CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE
ABSENTEÍSMO ESPEC;
- 142 CRIAR UMA REDE SOCIAL EXCLUSIVO PARA SAÚDE PARA DIVULGAÇÃO E
CONSCIENTIZAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE;
- 143 PRONTO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO 24H NO P.A;
- 144 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA DE GINECOLOGIA 24H;
- 145 MOÇÃO - SEGURANÇA 24 H EM TODAS AS UNIDADES;
- 146 AMBULÂNCIA COM ESTRUTURA PARA PACIENTES OBESOS;
- 147 AMPLIAR NÚMERO DE AMBULÂNCIA SAMU E MUNICIPAL;
- 148 DEIXAR CLARO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA COM A URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA (UBS COHAB 2 QUE FICA AO LADO DO P.A);
- 149 MELHORAR A COMUNICAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA COM A
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA;
- 150 REFORÇAR PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO PRONTO
ATENDIMENTO;
- 151 REFORÇAR E GARANTIR A SEGURANÇA DA INTEGRIDADE DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM TODOS OS SERVIÇOS;

- 152 DEMARCAÇÃO DE ESTACIONAMENTO PRIORITÁRIO PARA A UBS E PRONTO ATENDIMENTO;
- 153 ADEQUAÇÃO DO SAMU PARA OS ATENDIMENTOS DE GESTANTES;
- 154 PRONTO ATENDIMENTO DE REFERÊNCIA GINECOLOGICA;
- 155 QUALIFICAÇÃO DO SAMU;
- 156 MELHORIAS NO PRONTO SOCORRO DOS SERVIÇOS – ATENDIMENTO HUMANIZADO;
- 157 REVOGAR GRADATIVAMENTE A O.S (PRIVATIZAÇÃO);
- 158 ESTUDAR (PROPOSTA) O PRONTO SOCORRO DA VILA DIRCE COMO HOSPITAL DE PEQUENO PORTE;
- 159 INFORMATIZAÇÃO COM PRONTUÁRIO INTEGRADO EM TODOS OS SERVIÇOS;
- 160 DIMINUIR TEMPO DE ESPERA NO P.A COM CAPACITAÇÃO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO;
- 161 GARANTIR INSUMOS MÉDICO-HOSPITALARES NA ASSISTÊNCIA;
- 162 AUMENTAR E QUALIFICAR PROFISSIONAL MÉDICO (ORTOPEDISTA NO P.A 24 HORAS);
- 163 CAPACITAR EQUIPE MÉDICA (UBS E SAMU) PARA TRANSFERÊNCIA COM MENOR TEMPO DE RESPOSTA;
- 164 OTIMIZAR TEMPO DE REMOÇÃO PELO CROSS;
- 165 FORTALECER O ENCAMINHAMENTO DAS UBS PARA U/E (REMOÇÃO);
- 166 AQUISIÇÃO DE AMBULÂNCIA PARA PACIENTE + 150 KG;
- 167 CAPACITAR MÉDICOS NA DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO DO PACIENTE PARA SOLICITAR VAGA ZERO ENTRE P.S E HGC;
- 168 AMPLIAR FARMÁCIA 24 H;
- 169 GARANTIR INSUMOS;
- 170 AUMENTO DE QUADRO DE ENFERMEIROS;

SAÚDE MENTAL:

- 180 REALIZAR EVENTOS PARA DIVULGAÇÃO TRABALHOS
TERAPÊUTICOS DA SAÚDE MENTAL;
- 181 FORTALECER O PROJETO CUIDANDO DE QUEM CUIDA;
182 GARANTIR DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA
PSIQUIATRIA;
- 183 AMPLIAR ATENDIMENTO DE PSICOLOGIA;
184 AGILIDADE NAS CONSULTAS DE PSIQUIATRIA;
- 185 GARANTIR ATENDIMENTO PARA AUTISTAS;
186 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO AUTISTA;
- 187 MELHORAR OS SERVIÇOS DO CAPS III;
188 DIRECIONAR ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO DIRETO DO PAP;
189 AUMENTAR QUADRO DE PSIQUIATRAS E PSICÓLOGOS E
OTIMIZAR ATENDIMENTOS AO CAPS;
CAPACITAR PROFISSIONAIS DE TODOS OS SERVIÇOS E
190 APRESENTAR TODOS OS SERVIÇOS DO MUNICÍPIO (SEMPRE
QUE HOUVER NOVAS CONTRATAÇÕES SEMPRE ATUALIZAR
EQUIPES);
- 191 SALAS PREPARADAS PARA GRUPOS E ATENDIMENTOS NO
GERAL;
- 192 GARANTIR MEDICAMENTOS PARA PACIENTES DE SAÚDE
MENTAL;
- 193 IMPLANTAR ESPAÇO DO SERVIDOR PARA CUIDADO DA SAÚDE
FÍSICA E MENTAL;
- 194 GARANTIR O PROGRAMA "CUIDANDO DE QUEM CUIDA";
195 ELABORAR CARTILHA COM OS SERVIÇOS E PROTOCOLOS PARA
OS COLABORADORES.
- 196 AMPLIAÇÃO DO CAPS III;
197 AUMENTAR O NÚMERO DE EQUIPE MULTI NO CAPS III;
198 ORGANIZAR FLUXO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO;

- 199 MELHORA ESTRUTURA DO CAPS INFANTIL;
- 200 OTIMIZAR ATENDIMENTOS EM GRUPOS COM A EQUIPE MULTI;
- 201 AMPLIAR EQUIPES DE ATENDIMENTOS DOS CAPS DO
MUNICÍPIO;
- 202 ESPAÇO PARA TERAPIA: EX: CURSOS, ARTESANATO, COM
PARCERIAS VOLUNTÁRIOS, FACULDADES;
- 203 AMPLIAR QUADRO DE PROFISSIONAIS NA SAÚDE MENTAL;
- 204 GARANTIR MEDICAMENTOS NA SAÚDE MENTAL;
- 205 ANTECIPAÇÃO DA MEDICAÇÃO EM FERIADOS PROLONGADOS;
- 206 AUMENTAR NÚMERO EQUIPE NA SAÚDE MENTAL;
- 207 AUMENTAR NÚMERO DE TO NOS CAPS;
- 208 CAPACITAR EQUIPE DO ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO INFANTIL;
- 209 GARANTIR A DISTRIBUIÇÃO DOS PSICOTRÓPICOS AOS
PACIENTES EM TRATAMENTO;
- 210 GARANTIR O ACESSO DOS USUÁRIOS NOS SERVIÇOS;
- 211 CRIAR UM CENTRO REFERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL ESTADUAL;
- 212 AMPLIAR E FORTALECER A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NOS
CAPS;
- 213 GARANTIR ALIMENTAÇÃO NOS CAPS;
- 214 ADESÃO A PNPICS;
- 215 AUMENTO DO QUADRO DE SERVIDORES;
- 216 AGILIZAR ACESSO;
- 217 GARANTIR A DISTRIBUIÇÃO DAS MEDICAÇÕES PSICOTRÓPICAS
EM FERIADO PROLONGADO;
- 218 GARANTIR AS CONSULTAS INDIVIDUAIS NO PSIQUIATRA;

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- 219 AMPLIAR A EQUIPE DE FISCALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA;
- 220 AUMENTAR A FISCALIZAÇÃO DESCARTE DE LIXO;
- 221 DIVULGAÇÃO DA VACINA CONTRA RAIVA (ANIMAIS);

- 222 APLICAÇÃO DE VACINA NOS BAIRROS;
223 TRANSPARÊNCIA NO SERVIÇO DE CASTRAÇÃO;
224 DIVULGAÇÃO E DESTINAÇÃO ADEQUADA PARA ANIMAIS MORTOS
(ANIMAIS);
225 AMPLIAR AS CAMPANHAS DE SENSIBILIZAÇÃO PARA A
ATUALIZAÇÃO DOS CARTÕES DE VACINA;
226 AUMENTAR O NÚMERO AGENTE DE ACE;
227 GARANTIR A CASTRAÇÃO NOS BAIRROS, COM DIVULGAÇÃO
ANTECIPADA. NÃO PERMITIR QUE VEREADOR USEM COMO
POLÍTICA;
228 CONSCIENTIZAR A POPULAÇÃO QUANTO AO FLUXO DA ENTREGA
DO ANIMAL MORTO;
229 REALIZAR CASTRAÇÃO E VACINAÇÃO NO PORTO DE AREIA;
230 MOÇÃO - HOSPITAL VETERINÁRIO;
231 AMPLIAR FISCALIZAÇÃO DOS AGENTES ENDEMIAS;
232 FISCALIZAR CLÍNICAS E PROTETORES DE ANIMAIS;
233 MELHORAR A DIVULGAÇÃO DOS SERVIÇOS;
234 REALIZAR CURSOS NOS BAIRROS E NOS ESTABELECIMENTOS
SOBRE HIGIENE;
235 GUARDA RESPONSÁVEL;
236 DIVULGAÇÃO COM CARROS E CARTAZES DE EDUCAÇÃO EM
SAÚDE;
237 RETORNAR OS POSTOS VOLANTES DE VACINA NOS BAIRROS E
FAZER DIVULGAÇÃO;
238 CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE;
239 ORIENTAÇÃO TRABALHO NAS ESCOLAS COM AS CRIANÇAS;
240 CRIAÇÃO DE MATERIAL (ANIMAÇÃO) PARA CAMPANHAS
EDUCATIVAS PREVENTIVAS;
241 AÇÕES DE SUSTENTABILIDADE;

- 242 INTEGRAR OS ACS NA DIVULGAÇÃO E BUSCA ATIVA DA DENGUE;
- 243 INTEGRAR AS SECRETARIAS DE OBRAS E SAÚDE NO COMBATE A DENGUE E ROEDORES;
- 244 CONSCIENTIZAÇÃO DA POPULAÇÃO QUANTO A IMPORTÂNCIA DOS AGENTES NOS CONTROLES DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS;
- 245 EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA POPULAÇÃO NAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS ATRAVÉS DE CARRO DE SOM;
- 246 FORTALECER A FISCALIZAÇÃO NO COMÉRCIO GERAL;
- 247 GARANTIR A VACINAÇÃO DOS ANIMAIS;
- 248 FORTALECER O PGRSS NO MUNICÍPIO;
- 249 AUMENTAR A FISCALIZAÇÃO DOS AGENTES NOS ESTABELECIMENTOS ALIMENTÍCIOS;
- 250 AUMENTO DA FISCALIZAÇÃO DOS AGENTES ENDÊMICOS NO COMBATE À DENGUE;
- 251 FORTALECER A BUSCA ATIVA DA HANSENÍASE;
- 252 FORTALECER A BUSCA ATIVA TB;
- 253 CRIAR MONITORAMENTO PARA AGRAVOS CRÔNICOS – DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS;
- 254 CAPACITAR AGENTES;
- 255 GARANTIR A DIVULGAÇÃO DAS INSCRIÇÕES DA CASTRAÇÃO;
- 256 GARANTIR FISCALIZAÇÃO NO COMÉRCIO;
- 257 REQUER AO ESTADO O ABASTECIMENTO ADEQUADO DE TODAS AS VACINAS;

EIXO 2: Financiamento adequado e suficiente para o SUS

- 1 MAIS INVESTIMENTO NA REESTRUTURAÇÃO DA SAÚDE MENTAL;
- 2 ABRIR CONCURSO PÚBLICO;

- 3 INVESTIMENTOS NA SAÚDE DA PESSOA IDOSA E SAÚDE DA
MULHER;
- 4 INVESTIMENTO PARA OS ACS E CAPACITAÇÃO;
5 ABRIR CONTRATOS PERMANENTES E A LONGO PRAZO PARA OS
ACS;
- 6 ESTRATÉGIA PARA OTIMIZAR O USO DOS INSUMOS DE ACORDO
COM OS DADOS ESTATÍSTICOS DE CADA UNIDADE DE SAÚDE;
7 ESTRATÉGIAS PARA ATINGIR AS METAS E AUMENTAR
RECURSOS PARA SAÚDE;
- 8 AMPLIAR O QUADRO DE PROFISSIONAIS DENTRO DE CADA
EQUIPE PARA CAPTAR MAIS RECURSOS;
- 9 AUMENTAR O SALÁRIO DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO
MUNICÍPIO;
- 10 GARANTIR REPASSE DOS ENTES FEDERATIVOS (ESTADO E
UNIÃO);
- 11 IMPLANTAÇÃO DE CENTRO DE CUSTO POR UNIDADE DE SAÚDE
COM DOMÍNIO PÚBLICO;
- 12 REUNIÕES ENTRE SECRETARIA DE SAÚDE, CONSELHO
MUNICIPAL E CÂMARA MUNICIPAL PARA PPA E LDO;
- 13 INCLUIR NAS REUNIÕES COM O CONSELHO E SECRETARIA
ASSUNTOS SOBRE O PLANEJAMENTO DAS VERBAS DESTINADAS
PARA A SAÚDE;
- 14 MAIS TRANSPARÊNCIAS JUNTO AO CONSELHO SOBRE DECISÕES
TOMADAS;
- 15 INTERAÇÃO ENTRE SECRETARIA DE SAÚDE E CONSELHO;
- 16 INCLUIR OS BENEFÍCIOS PADRÃO PARA OS ACS;
- 17 MELHORAR CAPTAÇÃO DE RECURSOS;
- 18 USAR RECURSOS DE FORMA ADEQUADA;
- 19 REVER BENEFÍCIOS E SALÁRIOS DOS ACS;

- 20 IMPLANTAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DE PLANOS DE CARGOS E
CARREIRA PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE;
- 21 CAPACITAÇÃO DE RECURSOS E PLANEJAMENTO PARA
EXECUÇÃO;
- 22 GESTÃO DE CONTRATOS E FISCALIZAÇÃO;
- 23 NOVOS PROJETOS DE CONSTRUÇÕES DE EQUIPAMENTOS
PÚBLICOS SEJAM VOLTADOS PARA A SUSTENTABILIDADE;
- 24 AUMENTO DE VERBA DE CUSTEIO DOS PROGRAMAS DO
MINISTÉRIO DA SAÚDE E GOVERNO DO ESTADO;
- 25 GARANTIR REPASSES FINANCEIROS DE TODAS AS FONTES DE
RECEITAS DA PREFEITURA PARA SAÚDE;
- 26 CAPTAR REPASSE FINANCEIRO NOS ENTES FEDERATIVOS
(ESTADUAL E FEDERAL);
- 27 AUMENTAR O REPASSE PARA O MUNICÍPIO;
- 28 CRIAR COORDENAÇÃO TÉCNICA VOLTADA PARA PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA;
- 29 AUMENTAR REPASSE FINANCEIRO DAS ESFERAS ESTADUAL E
FEDERAL;
- 30 GARANTIR O USO DOS REPASSES DA SAÚDE;
- 31 PLANEJAMENTO PARA COMPRA DE EQUIPAMENTOS
HOSPITALARES E MANUTENÇÃO
- 32 FORTALECER TRANSPARÊNCIA NOS REPASSES FINANCEIROS;
- 33 GARANTIR OS REPASSES FINANCEIROS PARA USO NA SAÚDE;
- 34 AUMENTAR A CAPTAÇÃO DE REPASSE DE RECURSOS
FINANCEIRA;
- 35 CAPTAR RECURSOS PARA CONSTRUÇÃO, REVITALIZAÇÃO E
REFORMAS UNIDADES DE SAÚDE;
- 36 REESTRUTURAÇÃO E MELHORIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA;
- 37 AUMENTAR REPASSE DO BLOCO ATENÇÃO BÁSICA;
- 38 GARANTIR DIREITO TRABALHISTA AOS ACS;

- 39 GARANTIR TRANSPORTE AOS ACS QUE ESTIVEREM ATUANDO FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA;

EIXO 3: Fortalecimento do conselho municipal de saúde e a garantia da participação social

- 1 USAR A VERBA DESTINADA PARA O PRÓPRIO CONSELHO;
2 FISCALIZAÇÃO DA VERBA PELO PRÓPRIO CONSELHO;
3 CAPACITAÇÃO DOS CONSELHEIROS;
4 MELHORIA NO RELACIONAMENTO COM O CONSELHO ENTRE CONSELHEIROS E FUNCIONÁRIOS;
5 PARTICIPAÇÃO DE UM PROFISSIONAL TÉCNICO NAS REUNIÕES;
6 GARANTIR TRANSPORTE DOS EVENTOS AOS CONSELHEIROS DA SAÚDE;
7 GARANTIR ESPAÇO ADEQUADO AO CONSELHO MUNICIPAL DA SAÚDE;
8 GARANTIR INSUMOS AO CMS;
9 CONSELHO COM PESSOAS TÉCNICAS;
10 GARANTIR PARTICIPAÇÃO DO CONSELHO NAS UBS;
11 PARTICIPAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS NAS REUNIÕES DO CONSELHO;
12 RETOMADA DE REUNIÕES DO CONSELHO NAS UBS;
13 GARANTIR TRANSPORTE PARA OS CONSELHEIROS EM EVENTOS E REUNIÕES;
14 GARANTIR DIREITOS DO CONSELHO
15 FAZER DIVULGAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PARA SABER QUE EXISTE O CONSELHO NO MUNICÍPIO; FORTALECER O CONSELHO NAS UNIDADE DE SAÚDE;
16 ESPAÇO ADEQUADO PARA O CONSELHO DE SAÚDE COM ORGANIZAÇÃO DA EQUIPE E PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES;

- 17 GARANTIR O REPASSE FINANCEIRO PARA CUSTEIO DO CONSELHO;
- 18 FORTALECER A PARTICIPAÇÃO DOS SEGMENTOS NA REUNIÃO MENSAL;
- 19 FORTALECER O RESPEITO MÚTUO AO CMS;
- 20 VALORIZAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE COM A SECRETARIA DE SAÚDE;
- 21 CAPACITAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE COM O NEPS E O ESTADO;
- 22 GARANTIR A PARTICIPAÇÃO DO CMS NOS PROJETOS FINANCIADOS PELO REPASSES FINANCEIROS (VERSO)
- 23 REFORÇAR O PAPEL DO CMS;
- 24 DIVULGAÇÃO DA ELEIÇÃO CMS;
- 25 GARANTIR DIVULGAÇÃO SOBRE O PAPEL DO CMS;
- 26 ALINHAR INTERFACE ENTRE CMS E SMS;

Ademais, cumprem informar que o quadro que apresenta abaixo traz as diretrizes, objetivo, metas e indicadores para o período deste Plano Municipal.

23. Diretrizes, Objetivos e Metas

Diretrizes: Expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias. Devem ser definidas em função das características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde.

Objetivos: Expressam os resultados almejados e comunicam quais aspectos da realidade pretende-se modificar. Exercem, portanto, papel de guia para as metas e ações. Os objetivos têm seu alcance quantificado por meio das metas.

Metas: são “medidas de alcance do Objetivo” e podem expressar desafios que precisam ser enfrentados, ao mesmo tempo em que estipulam compromissos para o alcance dos objetivos.

Indicadores: representam um “conjunto de parâmetros que permite identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta. Devem ser passíveis de apuração periódica, de forma a possibilitar a avaliação da intervenção. ” Permitem o monitoramento das metas.

A elaboração de objetivos estratégicos, metas e indicadores foram realizados pelas áreas técnicas da SMS, onde foram definidos objetivos e metas desafiadoras, que representam mudanças na realidade da saúde do Município.

DIRETRIZ	Desenvolver políticas e ações de gestão do trabalho, educação, ciência, tecnologia e inovação em saúde.					
OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	2022	2023	2024	2025	DESCRIÇÃO DA META
Ampliar e Integrar a Informatização de Todos os Serviços de Saúde	Índice de Unidades de saúde informatizadas	70%	100%	100%	100%	Promover qualidade e agilidade nas informações de saúde por meio do Prontuário Eletrônico integrado em todos os Serviços de Saúde
Fortalecer e Ampliar a Educação Permanente	Proporção de treinamentos realizados por equipe própria do NEP	90%	90%	90%	90%	Ampliar o número de treinamentos para os servidores da Saúde
Fortalecer e Ampliar a Educação Permanente	Índice de efetividade das capacitações	70%	80%	90%	90%	Realizar pesquisa de Satisfação medir a eficácia dos cursos e o respectivo desempenho dos colaboradores
Fortalecer e Ampliar a Educação Permanente	Percentual de treinamentos internos	70%	80%	90%	90%	Monitorar a quantidade de treinamentos em relação aos protocolos
Fortalecer e Ampliar a Educação Permanente	Horas de treinamentos	1.200	1.500	1.800	2.000	Qualificar e capacitar os profissionais de saúde
Fortalecer e Ampliar a Educação Permanente	Índice de execução do Plano Anual de Capacitações	80%	90%	95%	95%	Planejar e executar o plano anual de capacitação, assegurando o envolvimento dos servidores
Fortalecer e Ampliar a Educação Permanente	Índice de integração de Admissões	100%	100%	100%	100%	Promover qualidade na integração de admissões
Fortalecer e Ampliar a Educação Permanente	Índice de integração de Transferências	100%	100%	100%	100%	Fortalecer a qualidade na integração de transferências

Garantir Comunicação Interna Efetiva	Número de newsletter divulgados	6	12	12	12	Garantir a divulgação de informes nos serviços de Saúde
Garantir Comunicação Interna Efetiva	Índice de efetividade de pautas de reuniões	80%	90%	95%	100%	Garantir que todas as reuniões ocorram com o registro de pautas e atas.
Manter a Infraestrutura Predial e Tecnológica Adequadas e Conservadas	Índice de não conformidades de Hotelaria	30%	20%	10%	5%	Promover qualidade e satisfação na execução dos serviços de Hotelaria
Manter a Infraestrutura Predial e Tecnológica Adequadas e Conservadas	Índice de Funcionalidade equipamentos críticos	100%	100%	100%	100%	Monitorar em check list o funcionamento dos equipamentos críticos
Melhorar o Clima Organizacional	Ações de Melhoria da Qualidade de Vida	3	5	7	10	Ampliar ações de Melhoria de vida do Servidor

DIRETRIZ	Fortalecer a Gestão da Saúde no Município, com foco na governança regional e no controle social, para aprimoramento das redes de atenção à saúde.					
OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	2022	2023	2024	2025	DESCRIÇÃO DA META
Ampliar a Captação de Recursos Financeiros	Índice de população vinculada à UBS/USF	50%	55%	60%	65%	Ampliar o potencial de financiamento da Atenção Primária por meio da captação ponderada
Ampliar a Captação de Recursos Financeiros	Índice de AIH faturadas	100%	100%	100%	100%	Manter o faturamento das internações nas Unidades de Urgência Emergência
Ampliar a Captação de Recursos Financeiros	Índice de BPA faturadas	80%	90%	100%	100%	Monitorar e capacitar a equipe para correta informação de dados do prontuário

Ampliar a Captação de Recursos Financeiros	Taxa de adesão aos programas federais de saúde	70%	80%	90%	100%	Ampliar a implantação de programas Federais com financiamento específico que sejam viáveis ao Município
Assegurar os Processos de Gestão do SUS	Índice de conformidades de processos auditados	40%	60%	80%	95%	Garantir conformidade de processos realizados
Assegurar os Processos de Gestão do SUS	Índice de documentos efetivamente implantados	100%	100%	100%	100%	Padronizar os processos administrativos e assistenciais em saúde.
Assegurar os Processos de Gestão do SUS	Número de reuniões sobre gestão estratégica	8	12	12	12	Garantir o alcance e cumprimento das Metas expressas no Plano Estratégico
Fortalecer o Controle Social	Índice de participação do Conselho nas decisões	50%	70%	80%	90%	Fortalecer o Conselho Municipal da Saúde como forma de aumentar a participação popular no gerenciamento da saúde
Fortalecer o Controle Social	Número de treinamentos realizados para os conselheiros	1	2	2	2	Implementar educação continuada e processos de educação permanente para Conselho Gestor
Garantir a Sustentabilidade Institucional	Índice de implantação da política de sustentabilidade	0%	25%	50%	75%	Implantar a política de sustentabilidade nos serviços
Garantir a Sustentabilidade Institucional	Número de ações/dinâmicas voltadas à sustentabilidade	0	1	1	1	Realizar treinamentos nas unidades voltados a Sustentabilidade
Garantir a Sustentabilidade Institucional	Índice de unidades que aplicam efetivamente o PGRSS	0%	25%	50%	75%	Monitorar o gerenciamento de resíduos dentro da unidade
Garantir o Abastecimento Adequado nas Unidades	Proporção de compras emergenciais em relação à de rotina	15%	10%	5%	5%	Realizar planejamento técnico e orçamentário da necessidade de compras, mantendo estoque necessário para o bom funcionamento das unidades

Garantir o Abastecimento Adequado nas Unidades	Índice de disponibilidade de itens no Almoxarifado	90%	95%	95%	95%	Garantir a disponibilidade de estoque para o funcionamento com qualidade das unidades de saúde
Otimizar o Planejamento e Execução Orçamentária	Percentual de Perda de insumos e medicamentos	1,5%	1,5%	1,0%	1,0%	Manter estoque necessário dos itens selecionados nas quantidades necessárias e em tempo oportuno
Otimizar o Planejamento e Execução Orçamentária	Proporção de Projetos Concluídos em tempo Hábil	100%	100%	100%	100%	Elaborar Projetos em tempo oportuno a fim de viabilizar a captação de recursos e execução adequada do orçamento.
Otimizar o Planejamento e Execução Orçamentária	Taxa de Cumprimento orçamentário	90%	95%	100%	100%	Realizar o cumprimento orçamentário de acordo com a disponibilidade

DIRETRIZ	Garantir o acesso da população em tempo oportuno, aperfeiçoar a qualidade dos serviços de saúde, e integrar a atenção básica e especializada.					
OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	2022	2023	2024	2025	DESCRIÇÃO DA META
Fortalecer os Processos de Regulação de Vagas	Absenteísmo na Policlínica	12%	10%	5%	5%	Garantir o adequado aproveitamento das vagas ofertadas na Policlínica por meio da implantação de processos para redução de absenteísmo
Fortalecer os Processos de Regulação de Vagas	Taxa de perda primária	5%	3%	2%	1%	Implantar processos para redução de perda primária

Garantir a Qualidade dos Serviços Prestados	Índice de implantação do Plano de Segurança do Paciente (PSP)	60%	70%	80%	90%	Disseminar a cultura de segurança, articular e integrar os processos de gestão de risco e garantir as boas práticas de funcionamento do serviço de saúde
Garantir a Qualidade dos Serviços Prestados	Número de reunião Comissão de Óbito	12	12	12	12	Avaliar as características dos óbitos ocorridos na instituição a fim de subsidiar a gestão e qualidade do serviço
Garantir a Qualidade dos Serviços Prestados	Números de reunião Comissão de Prontuário	12	12	12	12	Analisar e acompanhar os prontuários do serviço
Garantir o Atendimento Humanizado	Taxa de cumprimento do Plano HumanizaSUS	90%	95%	100%	100%	Implementar as ações do HumanizaSUS
Garantir o Atendimento Humanizado	Percentual de projeto de ambiência realizado	70%	80%	90%	100%	Proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva.
Garantir o Atendimento Humanizado	Percentual de unidades com acessibilidade aos usuários	80%	90%	100%	100%	Garantir a acessibilidade aos usuários
Otimizar a Rede de Urgência e Emergência	Índice de transferências em até 2h	90%	95%	95%	95%	Reduzir o tempo de transferência do Paciente na Urgência e Emergência
Otimizar a Rede de Urgência e Emergência	Taxa de retorno em até 48h pelo mesmo CID	15%	10%	5%	5%	Melhorar a resolutividade nos Serviços de Urgência Emergência

Otimizar a Rede de Urgência e Emergência	Tempo médio de espera nos PAS	120min	120min	90min	90min	Prestar atendimento em tempo oportuno nos serviços de urgência de acordo com a classificação de risco
Otimizar a Rede de Urgência e Emergência	Proporção de atendimento do SAMU em até 15 minutos	100%	100%	100%	100%	Prestar atendimento pré-hospitalar de forma ágil e em tempo oportuno
Otimizar a Rede de Urgência e Emergência	Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	100%	100%	100%	100%	Aprimorar a vigilância em saúde do trabalhador
Otimizar a Rede de Urgência e Emergência	Proporção de Registro de óbitos com causa básica definida	100%	100%	100%	100%	Qualificar as informações relativas às causas de mortalidade
Proporcionar a Satisfação do Usuário do SUS	Índice de Satisfação do usuário	75%	80%	85%	90%	Ampliar o nível de satisfação dos usuários da rede municipal de saúde
Proporcionar a Satisfação do Usuário do SUS	Taxa de respostas da Ouvidoria dentro do prazo	100%	100%	100%	100%	Incrementar a taxa de resposta da Ouvidoria em tempo oportuno

DIRETRIZ	Promover o cuidado integral às pessoas em seus diferentes ciclos de vida, considerando os segmentos específicos da população.					
OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	2022	2023	2024	2025	DESCRIÇÃO DA META
Ampliar e Fortalecer a Atenção Primária	Atendimentos de HAS e DM descompensados nos serviços de urgência e emergência com acompanhamento na APS	60%	70%	90%	95%	Capacitação dos profissionais envolvidos, suprir a infraestrutura adequada para atendimento conforme os protocolos implantados.
Ampliar e Fortalecer a Atenção Primária	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	0,28	0,29	0,30	0,30	Ampliar a detecção precoce câncer mama na população
Ampliar e Fortalecer a Atenção Primária	Número de atividades educativas em grupo com foco na promoção e prevenção em saúde	180	180	180	180	Fortalecer ações de promoção e prevenção em saúde na Atenção Primária
Ampliar e Fortalecer a Atenção Primária	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	15%	20%	25%	30%	Garantir o acesso da população a ações e serviços de saúde bucal
Ampliar e Fortalecer a Atenção Primária	Proporção de atendimento de urgência de odontologia em relação aos atendimentos programáticos	30%	25%	20%	15%	Qualificar o atendimento em saúde bucal
Ampliar e Fortalecer a Atenção Primária	Proporção de Gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;	60%	70%	90%	100%	Qualificar o pré-natal e reduzir a transmissão vertical de doenças
Ampliar e Fortalecer a Atenção Primária	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	60%	70%	90%	100%	Prevenir os agravos de saúde bucal que possam comprometer a gestação e o bem-estar da gestante.

Ampliar e Fortalecer a Atenção Primária	Razão de tratamento odontológicos concluídos em relação as primeiras consultas odontológicas programáticas	50%	55%	60%	65%	Ampliar a adesão ao tratamento odontológico com qualidade e resolutividade.
Ampliar e Fortalecer a Atenção Primária	Proporção de acolhimento com classificação de risco de demanda espontânea	90%	95%	100%	100%	Ampliar o acesso integral e humanizado na atenção primária
Ampliar e Fortalecer a Atenção Primária	Número de reuniões de equipe	180	180	192	192	Melhorar a articulação da equipe e qualificar os processos assistências
Ampliar e Fortalecer a Atenção Primária	Índice de absenteísmo por especialidade da Atenção Primária	35%	25%	20%	15%	Reduzir a perda de consultas na Atenção Primária devido ao absenteísmo
Ampliar e Fortalecer a Atenção Primária	Cobertura de visitas domiciliares	0,75%	0,85%	0,95%	1%	Manter o acompanhamento de saúde dos indivíduos e famílias cadastradas, em especial as de maior vulnerabilidade
Ampliar e Fortalecer a Atenção Primária	Razão de exames cito patológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.	0,20	0,23	0,25	0,28	Ampliar a detecção precoce câncer de colo de útero na população
Ampliar e Fortalecer a Atenção Primária	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.	13%	12%	11%	10%	Prevenir a gestação na adolescência, fornecendo educação em saúde reprodutiva de boa qualidade, fornecimento de métodos contraceptivos, combate a violência sexual e ações Inter setoriais.
Ampliar e Fortalecer a Atenção Primária	Cobertura da atenção primária em relação população vulnerável	50%	55%	60%	65%	Manter e qualificar o atendimento oferecido à população em situação de vulnerabilidade

Ampliar e Fortalecer a Atenção Primária	Gestantes atendidas na primeira consultas em até 12 semanas	70%	75%	85%	90%	Ampliar a captação precoce de gestantes pelos serviços de saúde para acompanhamento de pré-natal na Atenção Primária
Ampliar e Fortalecer a Atenção Primária	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Primária.	45%	50%	50%	50%	Ampliar as equipes de saúde ESF e EAP
Ampliar e Fortalecer a Atenção Primária	Gestantes com pré-natal concluído com no mínimo 7 consultas Indicador 1: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação;	70%	75%	85%	95%	Qualificar o pré-natal promovendo atenção integral à gestante
Ampliar e Fortalecer a Atenção Primária	Número de casos novos de Sífilis Congênita em menores de um ano de idade.	55	50	45	40	Qualificar as ações de pré-natal
Ampliar e Fortalecer a Atenção Primária	Taxa de mortalidade infantil.	10,0	9,8	9,5	9,3	Qualificar o pré-natal, parto e puerpério promovendo atenção integral a gestante e ao Recém-nascido
Ampliar e Fortalecer a Atenção Primária	Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre;	70%	70%	80%	100%	Cumprir com qualidade o acompanhamento de hipertensos na Atenção Primária
Ampliar e Fortalecer a Atenção Primária	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	60%	70%	80%	100%	Cumprir com qualidade o acompanhamento de diabéticos na Atenção Primária
Ampliar e Fortalecer a Atenção Primária	Taxa de mortalidade materna	60,0	55,0	55,0	50,0	Garantir atendimento de saúde de qualidade na gestação, parto e puerpério.
Ampliar e Fortalecer a Atenção Primária	Índice de encaminhamentos qualificados para especialidades	70%	80%	90%	95%	Fortalecer a qualidade dos encaminhamentos

Ampliar e Fortalecer a Atenção Primária	Taxa de resolutividade na atenção primária	65%	70%	75%	80%	Fortalecer a resolutividade na atenção primária
Ampliar e Fortalecer os Serviços de Saúde Mental	Número de Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	12	56	84	168	Qualificar as equipes assistências da Atenção Primária para acompanhamento dos casos leves de saúde mental
Ampliar e Fortalecer os Serviços de Saúde Mental	Índice de participação familiar no tratamento	50%	60%	70%	80%	Estimular o vínculo familiar do paciente
Ampliar e Fortalecer os Serviços de Saúde Mental	Índice de adesão ao tratamento	50%	60%	70%	80%	Fortalecer junto ao paciente a importância adesão ao tratamento
Ampliar e Fortalecer os Serviços de Saúde Mental	Índice da elaboração do plano terapêutico	100%	100%	100%	100%	Propor o Projeto Terapêutico Singular (PTS) articulando as condutas terapêuticas para cada indivíduo ou família realizado pela equipe interdisciplinar
Ampliar e Fortalecer os Serviços de Saúde Mental	Número de atendimentos realizados pela equipe de Consultório de Rua	0	200	250	300	Ampliar o acesso para pessoas em situação de rua que necessitam de assistência em saúde mental
Ampliar e Fortalecer os Serviços de Saúde Mental	Número de atividades para combate ao tabagismo	6	12	12	12	Reduzir o consumo de tabagismo no município
Ampliar e Fortalecer os Serviços de Saúde Mental	Número de atividades em grupo de saúde mental nas unidades	90	192	384	384	Ampliar os grupos terapêuticos nas Unidades.

DIRETRIZ	Reduzir e prevenir riscos relacionados à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e prevenção.					
OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	2022	2023	2024	2025	DESCRIÇÃO DA META
Fortalecer a vigilância em saúde	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	0,3	0,5	0,7	0,8	Controlar as arboviroses no Município
Fortalecer a vigilância em saúde	Proporção de vacinas selecionadas que compõem o Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 1 ano de idade (Pentavalente - 3ª dose, Poliomielite - 3ª dose, pneumocócica 10 valentes - 2ª dose) e para crianças de 1 ano de idade (tríplice viral - 1ª dose) – com coberturas vacinais preconizadas.	100%	100%	100%	100%	Ampliar e manter a cobertura vacinal
Fortalecer a vigilância em saúde	Proporção de casos de doenças de notificação compulsórias imediatos (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	85%	85%	85%	85%	Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
Fortalecer a vigilância em saúde	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.	<2%	<2%	<2%	<2%	Manter a qualidade do pré-natal com realização dos exames preconizados e manejo adequado das gestantes expostas e HIV+
Fortalecer a vigilância em saúde	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	82%	85%	90%	90%	Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
Fortalecer a vigilância em saúde	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	75%	75%	75%	75%	Monitorar a qualidade da água para consumo humano

24. Monitoramento e avaliação

O Monitoramento e a Avaliação é um processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução das políticas, ações e serviços, visando à obtenção de informações, em tempo oportuno, para subsidiar a tomada de decisão e o encaminhamento de solução com a redução dos problemas.

O acesso aos resultados do processo de Monitoramento e Avaliação constitui um poderoso instrumento para a democratização de informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados. Nesse sentido o Plano de Saúde deverá ser operacionalizado através de suas Programações Anuais de Saúde - PAS e seus respectivos Relatórios Anuais de Gestão - RAG, contendo sua avaliação e monitoramento sistemático.

25. Referências

- **Oliveira L. G.** Eutanásia e Seguro de Vida: análise do direito à percepção da indenização. Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2017 jul/set, 6(3):252-255.
- FUNDAÇÃO Getúlio Vargas. (2020). Nota técnica: a pandemia de COVID-19 e os profissionais da assistência social no Brasil. São Paulo: FGV/BEB, 2020. 12 p. Disponível em:
 - <http://www.cfess.org.br/arquivos/PesquisaFGV-rel03-social-COVID-19-depoimentos-v2.pdf>
- FIOCRUZ 2020 - Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19. Disponível em:
 - https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/10/livro_saude_mental_covid19_Fiocruz.pdf
- <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/carapicuiiba>
- <https://www.gov.br/saude/pt-br>
- <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>

Lista de Figuras

Figura 1: Mapa da Região Metropolitana de São Paulo.	15
Figura 2: População de Carapicuíba segundo sexo e idade.	16
Figura 3: Evolução da população de Carapicuíba por grupos de idade	17
Figura 4: Mapa das Rodovias que cruzam a Região da Rota dos Bandeirantes.	21
Figura 5: Área do Setor de Saneamento	22
Figura 6: Índice de Desenvolvimento Humano e Renda per capita	24
Figura 7: Distribuição da população por sexo	48
Figura 8: Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS)	60
Figura 9: Hierarquização das Redes de Atenção	61
Figura 10: Principais pontos da Rede Atenção a Saúde	61
Figura 11: Totens de identificação das UBS e do Programa Saúde na Hora.	68
Figura 12: Policlínica Carapicuíba	84
Figura 13: Triangulo de Cuidado	88
Figura 14: Centro de Fisioterapia	89
Figura 15: CEO COHAB V	93
Figura 16: CAPS III	96
Figura 17: Pronto Atendimento COHAB II	105
Figura 18: Farmácia Especializada	118
Figura 19: Organograma Secretaria de Saúde	134
Figura 20: Mapa Estratégico	135
Figura 21: NEPS	147
Figura 22: Evolução Histórica do Financiamento com as seguintes datas;	152
Figura 23: Divisão dos Blocos de financiamento	153
Figura 24: Blocos de financiamento	154
Figura 25: XI Conferência Municipal de Saúde	163

Lista de Gráficos

Gráfico 1: População Residente – Cor ou raça	17
Gráfico 2: Distribuição da População, do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social	19
Gráfico 3: Número de habitantes por domicílio e projeção até 2050	23
Gráfico 4: Número de óbitos em menores de 1 ano de idade, Carapicuíba, 2018-2021*	27
Gráfico 5: Taxa de Mortalidade Infantil, Carapicuíba, 2018-2021*	28
Gráfico 6: Número de óbitos segundo idade gestacional, Carapicuíba, 2018	28
Gráfico 7: Número de óbitos segundo peso ao nascer, Carapicuíba, 2018	29
Gráfico 8: Número de óbitos segundo Causa Morte mais frequente, Carapicuíba, 2018.	29
Gráfico 9: Número de óbitos segundo idade gestacional, Carapicuíba, 2019	30
Gráfico 10: Número de óbitos segundo peso ao nascer, Carapicuíba, 2019	31
Gráfico 11: Número de óbitos segundo Causa Morte mais frequente, Carapicuíba, 2019	31
Gráfico 12: Número de óbitos segundo idade gestacional, Carapicuíba, 2020	32
Gráfico 13: Número de óbitos segundo peso ao nascer, Carapicuíba, 2020	33
Gráfico 14: Número de óbitos segundo Causa Morte mais frequente, Carapicuíba, 2020	33
Gráfico 15: Número de óbitos segundo idade gestacional, Carapicuíba, 2021	34
Gráfico 16: Número de óbitos segundo peso ao nascer, Carapicuíba, 2021	35
Gráfico 17: Número de óbitos segundo Causa Morte mais frequente, Carapicuíba, 2021	36
Gráfico 18: Número de óbitos maternos, Carapicuíba, 2018 a 2021*	37
Gráfico 19: Taxa de Mortalidade Materna, Carapicuíba, 2018 a 2021*	38
Gráfico 20: Atendimentos de pediatria na Unidade Básica de Saúde	49
Gráfico 21: Dados de vacinação da população	50
Gráfico 22: Atendimentos de hebiatra na AP e na Casa do Adolescente	52
Gráfico 23: Atendimentos odontológicos durante o período pandêmico.	73
Gráfico 24: Atendimento Psicológico durante o período pandêmico.	75
Gráfico 25: Atendimento Assistência Social durante o período pandêmico.	77
Gráfico 26: Atendimento Fonoaudiólogo durante o período pandêmico.	78
Gráfico 27: Coleta de exames laboratorial por pacientes:	80

Gráfico 28: Total de Exames realizados:	80
Gráfico 29: Comparativo da Resolutividade da APS	82
Gráfico 30: Numero de Habitantes por Município da Rota dos Bandeirantes	83
Gráfico31: Atendimento do CAPS Infantil	96
Gráfico32: Atendimento do CAPS III	97
Gráfico33: Atendimento do CAPS Adulto	97
Gráfico34: Atendimento do Projeto Acolhe	98
Gráfico35: Atendimento da Casa Adolescente	99
Gráfico36: Atendimento da Residência Terapêutica I	99
Gráfico37: Atendimento da Residência Terapêutica II	100
Gráfico 38: Atendimento Pronto Atendimento Vila Dirce	104
Gráfico 39: Média de Permanência	104
Gráfico 40: Número de Pacientes Internados	104
Gráfico 41: Atendimento Realizado Pronto Atendimento Cohab II	106
Gráfico 42: Atendimento Pronto Atendimento Infantil	108
Gráfico 43: Média de Permanência PSI	108
Gráfico 44: Número de Pacientes Internados	109
Gráfico 45: Atendimento SAMU	110
Gráfico 46: Atendimento em até 10 minutos	110
Gráfico 47: Produtividade do SAD.	112
Gráfico 48: Origem dos Pacientes	113
Gráfico 49: Classificação SAD	113
Gráfico 50: Dispensação Unidade Básica de Saúde	117
Gráfico 51: Programa Insulinodependente	117
Gráfico 52: Farmácia Especializada – Saúde Mental	119
Gráfico 53: Farmácia Especializada – Alto Custo	119
Gráfico 54: Dispensação de Medicamentos NAIC	121
Gráfico 55: Ação Judicial itens distribuídos	123
Gráfico 56: Processos Judiciais	123
Gráfico 57: Profissionais Capacitados - Jan à Out de 2021	148
Gráfico 58: Aporte de Recursos em Ações e Serviços Públicos de Saúde	155
Gráfico 59: Evolução percentual dos recursos aportados para o SUS	158

Lista de Quadro

Quadro 1: Proporção de Partos segundo tipo, Carapicuíba, 2018-2021*	25
Quadro 2: Total de Óbitos e principais causas, Carapicuíba, 2018-2021*	26
Quadro 3: Lista das Doenças ou Agravos de Notificação Compulsória	39
Quadro 4: Distribuição dos Tipos de Agravos/Doenças, Carapicuíba, 2018-2021*	41
Quadro 5 : Estruturação da Rede Física	58
Quadro 6: Unidade Básica de Saúde por localização	64
Quadro 7: Cobertura populacional das equipes de Saúde da Família	65
Quadro 8: atendimentos realizados durante o período pandêmico:	65
Quadro 9: atendimentos por procedimentos	65
Quadro10: Regulação de Vagas	82
Quando 11: Produtividade da Policlínica nos últimos 4 anos:	85
Quadro 12: Produtividade do Centro de Fisioterapia dos últimos anos:	92
Quadro 13: Atendimento CEO COHAB V	93
Quadro 14: Atendimento CEO Ariston	94
Quadro 15: Equipe Multiprofissional SAD	112
Quadro 16: Grade de Referência	115
Quadro 17: Demonstrativo de Produtividade Vigilância Sanitária	126
Quadro 18: Demonstrativo de Produtividade Zoonose	128
Quadro19: Demonstrativo de Produtividade Vigilância Epidemiológica	130
Quadro 20: Demonstrativo de Produtividade NAIC	131
Quadro21: Planejamento Governamental	139
Quadro 22: Planejamento do SUS	140
Quadro 23: Instrumentos de Planejamento	142
Quadro 24: Principais Avanços na Saúde	142
Quadro 25: Principais Desafios	143
Quadro 26: Aporte de Recursos	156
Quadro 27: Gasto per capita segundo Município, 2018 a 2020, Rota dos Bandeirantes	157
Quadro 28: Quantidade populacional por Município da Rota dos Bandeirantes	157
Quadro 29: Orçamento da SMS – comparativo 2017 a 2020	159
Quadro 30: Contratos, dispensa de licitações e Registros de preços	160
Quadro 31: Percentual de gasto com judicialização	161

Histórico de Revisões

Nº da versão	Descrição e/ou itens alterados
00	Criação do procedimento.
01	Inclusão da formação e cargos dos envolvidos na elaboração do documento (pag. 3)